

Codice A1416C

D.D. 1 febbraio 2021, n. 139

Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.



ATTO DD 139/A1416C/2021

DEL 01/02/2021

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1416C - Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti

OGGETTO: Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.

Premesso che con deliberazione n.13-6981 del 30 dicembre 2013, avente ad oggetto “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate”, sono state definite le specifiche tecniche, nonché le modalità e le tempistiche di trasmissione dei flussi esistenti e dei nuovi flussi del NSIS delle prestazioni sanitarie erogate da parte degli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale.

Tenuto conto che la Giunta regionale, con il medesimo provvedimento, per semplificare le procedure di gestione dei flussi informativi sanitari, ha disposto che la Direzione Sanità e Welfare provveda con propri atti ai futuri aggiornamenti dei contenuti tecnici del documento di cui allegato A della citata deliberazione.

Dato atto che, con le determinazioni n. 460 del 15 maggio 2014, n. 51 del 24 dicembre 2014, n. 416 del 3 luglio 2015, n. 417 del 19 luglio 2016, n. 543 del 15 settembre 2016, n. 885 del 23 dicembre 2016, n. 264 del 26 aprile 2018, n. 323 del 17 maggio 2018, n. 517 del 3 agosto 2018, n. 925 del 21 dicembre 2018, n. 586 del 29 luglio 2019, n. 945 del 20 dicembre 2019, n. 647 del 30 giugno 2020, n. 801 del 3 agosto 2020, n.1531 del 7 dicembre 2020 sono stati approvati gli aggiornamenti della documentazione tecnica di cui alla succitata deliberazione.

Ritenuto di approvare le variazioni ai flussi informativi sanitari alla luce della nota prot. n. 43314/A1400A del 23 dicembre 2020 e della nota prot. n. 2315/A1400A del 21 gennaio 2021 “Approvazione aggiornamento ‘Disciplinare regionale STER FAR-CAVS/SIAD’ versione V15 e richiesta di conseguente adeguamento applicativo”, che hanno confermato la necessità delle modifiche come di seguito riportato:

FLUSSO “F”:

- Introduzione della nuova codifica per la registrazione dei farmaci innovativi somministrati. Il campo 58.0 – Tipo Prestazione prevede il nuovo codice 36 con descrizione “Farmaci innovativi somministrati a pazienti ricoverati (esclusi quelli nell’elenco farmaci ad alto costo) o pazienti in regime ambulatoriale”;
- Introduzione di nuovo controllo logico LG9 – Congruenza tra tipo prestazione 36 e codice farmaco.

Le modifiche elencate entreranno in vigore con la competenza gennaio 2021.

FLUSSO “STER” (FAR-CAVS/SIAD):

- Aggiornati riferimenti normativi, con l’esplicito riferimento ai provvedimenti all’origine di adeguamenti tecnici:
DM MdS n. 43 del 22 febbraio 2007 “Regolamento recante: 'Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311'.”

TRACCIATO FAR:

- Modalità finanziamento (campo 102.0): aggiunta voce 4 = "A totale carico del SSR";
- Aggiunto controllo L107 - "Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Modalità finanziamento": scarta il record se le Prese in Carico con Tipologia di cura a totale carico SSR non presentano Modalità finanziamento = 4;
- Aggiunte segnalazioni d’incoerenza tra Modalità di finanziamento e quote tariffa SSR/Utente/Comune/Ente gestore.

TRACCIATO CAVS:

- Modalità finanziamento (campo 102.0): eliminate voci 1, 2, 3 (non coerenti con la modalità di finanziamento delle Prese in Carico CAVS); aggiunta voce 4 = "A totale carico del SSR".

TRACCIATO SIAD:

- Tipo operatore (82.0):
- Aggiunta voce 24 = "Medico esperto in cure palliative NON facente parte di un'U.O.C.P. (anche se eventualmente di Onlus/ETS o di Fondazione)";
- Aggiunta voce 25 = "Infermiere esperto in cure palliative NON facente parte di un'U.O.C.P. (anche se eventualmente di Onlus/ETS o di Fondazione)";
- Motivo conclusione (109.0): eliminata voce 3 = "Decesso a domicilio", sostituita dalle nuove voci 14 e 15:
 - Aggiunta voce 14 = "Decesso a domicilio per causa di tumore";
 - Aggiunta voce 15 = "Decesso a domicilio per altra causa";
 - Aggiunta voce 16 = "Decesso in ospedale per causa di tumore";
 - Aggiunta voce 17 = "Decesso in ospedale per altra causa";
- Aggiunte segnalazioni d’incoerenza tra conclusione per decesso, patologia prevalente e stato di terminalità oncologica secondo Indicatore LEA n. 4 ex DM 22/02/2007, n. 43 (cit.):
 - S24 "Inattesa causa di decesso per assistito con prevalente patologia oncologica";
 - S25 "Mancata attribuzione dello stato di terminalità oncologica per deceduto a causa di tumore";
 - S26 "Mancata indicazione della patologia oncologica prevalente per assistito in stato di terminalità oncologica";
- modificato il controllo L36 (introduce compilazione obbligatoria dei campi “Tempo GO” e “Tempo H” anche per i tipi operatore Psicologo, Educatore professionale, TNPEE).

Le modifiche elencate entreranno in vigore il primo febbraio 2020, con applicazione a partire dalla competenza del mese di gennaio 2021 e su ogni record inviato ai flussi FAR, CAVS e SIAD dal 15 febbraio 2021, indipendentemente dall'anno o dal mese di competenza del medesimo.

Precisato che le versioni elettroniche aggiornate sono disponibili sul portale regionale Sistema Piemonte.

Tutto ciò premesso,

IL DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- D.lgs n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.;
- L.R. n. 18 del 6 agosto 2007;
- art. 18 della L.R. n. 23 del 28 luglio 2008;
- Decreto del Ministero della Salute del 15 ottobre 2010 di istituzione del Sistema Informativo per la Salute Mentale;
- DGR n. 76-2985 del 28 novembre 2011;
- DGR n. 19-5226 del 16 gennaio 2013;
- DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013;
- DD n. 460 del 15 maggio 2014;
- DD n. 51 del 24 dicembre 2014;
- DD n. 416 del 3 luglio 2015;
- DD n. 417 del 19 luglio 2016;
- DD n. 543 del 15 settembre 2016;
- DD n. 885 del 23 dicembre 2016;
- DD n. 264 del 26 aprile 2018;
- DD n. 323 del 17 maggio 2018;
- DD n. 517 del 3 agosto 2018;
- DD n. 925 del 21 dicembre 2018;
- DD n. 586 del 29 luglio 2019;
- DD n. 945 del 20 dicembre 2019;
- DD n. 647 del 30 giugno 2020;
- DD n. 801 del 3 agosto 2020,
- DD n.1531 del 7 dicembre 2020,

determina

per le motivazioni indicate in premessa, che qui si intendono integralmente riportate, di:

- approvare i documenti “Disciplinare Tecnico Flussi informativi farmaceutica tracciati record file D, file F e Consumi Ospedalieri Farmaci” e "Disciplinare tecnico STER – Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali”, allegati al presente provvedimento per farne parte integrale e sostanziale;
- demandare al CSI Piemonte, nell’ambito dei servizi in continuità, l’aggiornamento della versione elettronica della succitata documentazione tecnica, garantendone la disponibilità della stessa al seguente indirizzo <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali> e sezioni collegate;
- dare atto che il presente provvedimento non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del Bilancio regionale.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi del D.lgs n. 33/2013.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. n. 22/2010.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di pubblicazione della determinazione sul BURP.

Il Funzionario Estensore
Patrizia Scandurra

IL DIRIGENTE (A1416C - Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti)
Firmato digitalmente da Antonino Ruggeri

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. Allegato_Disciplinare_File_F.pdf
2. Allegato_Disciplinare_STER.pdf



Allegato

¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento



**FLUSSI INFORMATIVI
FARMACEUTICA**

**TRACCIATI RECORD
File D, File F e Consumi Ospedalieri Farmaci**

DISCIPLINARE TECNICO

1	CRONOLOGIA VARIAZIONI.....	3
2	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
3	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
3.1	OBIETTIVI.....	3
3.2	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	4
3.3	CONCETTI PRINCIPALI.....	4
4	REGOLE DI COMPILAZIONE.....	6
5	TIPO DI CONTROLLI.....	7
5.1.1	CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD	7
5.1.2	CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE	7
5.1.3	CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA	7
6	Note di COMPILAZIONE.....	8
6.1	CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE	8
6.1.1	CANCELLAZIONE	8
6.1.1.1	FLUSSI “D”, “F” E COMPONENTE ANAG	8
6.1.2	SOSTITUZIONE	8
6.1.2.1	FLUSSI “D”, “F” E COMPONENTE ANAG	8
6.1.2.2	SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA	9
6.2	FILE “F” - PRECISAZIONI	9
6.2.1	Unità di misura file F e tabelle di conversione	11
6.3	TRACCIATI RECORD.....	11
6.4	Tracciato anagrafico	13
6.5	Tracciato D	15
6.6	Tracciato F	16
6.7	Tracciato Consumo Ospedaliero di Faramaci.....	17
7	SCHEDE ANALITICHE	18
8	SCHEDE DEI CONTROLLI.....	78
8.1	Controlli Logici (tipo L)	78
8.2	Controlli Formali (tipo F)	87
8.3	Controlli Bloccanti (tipo N).....	87
8.4	Segnalazioni.....	88
9	TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI.....	89
10	INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI.....	90
11	TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI.....	91
12	TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	92

1 CRONOLOGIA VARIAZIONI

Versione	Variazioni
Gennaio 2021	Tracciato file F Campo 58.0 – Tipo Prestazione: introdotto tipologia “36-Farmaci innovativi somministrati a pazienti ricoverati (esclusi quelli nell’elenco farmaci ad alto costo) o pazienti in regime ambulatoriale”. Implementato nuovo controllo LG9.
Aprile 2020	Tracciato file F Campo 58.0 – Tipo Prestazione: introdotto tipologie “40- Farmaci distribuiti a pazienti COVID-19” e “41- Farmaci somministrati a pazienti ricoverati COVID-19”
Dicembre 2019	Tracciato file F Campo 08.0 – Codice Fiscale paziente: introdotto controllo per i codici STP/ENI regionali rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale. Implementato nuovo controllo LG7 e aggiornato controllo L13.
Luglio 2019	Tracciato File F Campo 29.0 – Codice Diagnosi obbligo di indicazione per la distribuzione diretta e somministrazione Campo 28.0 – Codice Farmaco, potrà essere indicata anche la distribuzione diretta dei dispositivi lettore Free Style e del sensore Free Style. Implementato nuovo Controllo LG4 Nuovo campo 83.0 - Flag Indicazione innovativi oncologici dalla competenza giugno 2019. Implementato nuovo controllo LG5
Agosto 2018	Tracciato File F Aggiornamento campo 04.0 – medico prescrittore. Obbligo per tipologia 03, controllo LG3
Giugno 2016	Campo 03.0 – Medico prescrittore
Ottobre 2016	Tracciato File F Aggiornato controllo LE8 – nuovo costo del servizio
Luglio 2016	Tracciato File F Controllo LF0 - Aggiornata la descrizione del controllo Controllo LF2 – Aggiornata la descrizione del controllo Tracciato File H Modificato campo 121.0 - Prezzo Acquisto. Modificata la posizione e la lunghezza del campo

2 RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.M. del 31 luglio 2007- Istituzione del flusso informativo ministeriale delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto.
- D.M 13 Novembre 2008 - Modifica al decreto 31 luglio 2007 di «Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto»

- D.M. 09 febbraio 2009 - Istituzione del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero.
- D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 – “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”.
- DD n. 460 del 15 Maggio 2014 di aggiornamento alla DGR 13-6981 del 30 dicembre 2013
- Nota del Ministero della Salute prot. n. DGSISS/15847 del 25/11/2019 “Rilevazione dei soggetti Stranieri Temporaneamente presenti attraverso la ‘Tipologia del codice identificativo dell’assistito’ ” e nota regionale prot. n. 24196 del 16/12/2019
- Nota regionale prot. n. 12545 del 15/04/2020 “Dispensazione dei farmaci off-label per pazienti Covid-19”
- Nota regionale prot. n. 43314/A1404B del 23/12/2020 “Rendicontazione farmaci innovativi (art.1, commi 402,403 e 404, della Legge 11/12/2016, n. 232)“

3 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

3.1 OBIETTIVI

Il presente documento si pone due obiettivi principali:

- Offrire alle Aziende Sanitarie Regionali un quadro complessivo riguardante i controlli formali e logici da applicare ai dati inerenti la specialistica ambulatoriale trasmessi al CSI.
- Costituire la base per l’analisi informatica volta all’elaborazione di procedure di rilevazione dei dati.

3.2 STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Nella prima parte del documento (capitoli 4, 5 e 6) sono state riportate informazioni di carattere generale quali le regole di compilazione dei campi, le tipologie di controlli applicati, nonché i meccanismi di cancellazione e sostituzione dei record già inviati e presenti in archivio.

I capitoli 6.3, 7 e 8 contengono rispettivamente i tracciati record, le schede analitiche di compilazione dei campi e l’elenco dettagliato dei controlli di congruenza logica applicati.

3.3 CONCETTI PRINCIPALI

L’adozione di un IDENTIFICATIVO ESTERNO del blocco di informazioni permette:

- il compattamento del file delle informazioni anagrafiche e un risparmio sulle dimensioni dei file che vengono scambiati;
- la gestione della modifica / cancellazione dei blocchi di informazione mediante un elemento di identificazione univoco generato dalle procedure utente.

Per una corretta gestione è necessario che l'IDENTIFICATIVO ESTERNO sia unico nell'ambito dell'azienda, dell'ente inviante e del tracciato a prescindere dall'anno di erogazione della prestazione. Pertanto lo stesso IDENTIFICATIVO ESTERNO non deve essere ripetuto per anni diversi.

La codifica dell'IDENTIFICATIVO ESTERNO non necessita di regole particolari, bensì viene autonomamente gestita dalle aziende con l'unico vincolo già specificato dell'univocità.

La chiave logica di un blocco di informazioni è data dal CODICE AZIENDA, dal CODICE ENTE EROGATORE, dall'IDENTIFICATIVO ESTERNO e dal TIPO RECORD (ad esclusione del tracciato B, dove la chiave è costituita dal codice Azienda, dall'identificativo esterno e dal tipo record).

L'adozione dell'IDENTIFICATIVO ESTERNO e la suddivisione del tracciato in due parti permettono un risparmio nella trasmissione e nella memorizzazione dei file per i seguenti motivi:

- il dato anagrafico e le informazioni salienti della ricetta sono inviati una sola volta per singola ricetta
- i dati relativi al dettaglio delle ricette non comprendono le informazioni anagrafiche, ma sono riconducibili alle stesse mediante il campo IDENTIFICATIVO ESTERNO
- la ricostruzione della ricetta nel sistema centrale avviene in base all'IDENTIFICATIVO ESTERNO generato dai sistemi informativi degli utenti, che è presente sia nel tracciato anagrafico sia nel tracciato delle righe ricetta.

4 REGOLE DI COMPILAZIONE

Nei tracciati in oggetto, si fa riferimento ad una graduazione del carattere obbligatorio del campo. Tale graduazione è così definita:

OBBLIGATORIO – codice OBB

Sono i campi che devono necessariamente essere compilati. La non compilazione di un campo obbligatorio comporta lo scarto del record (per i tracciati B, C4 e C5) oppure del blocco di record che fanno riferimento alla stessa ricetta (per i tracciati C, C2, D e F).

Il valore da inserire nel campo deve essere scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede di riferimento, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE".

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

Sono generalmente campi, la cui compilazione è obbligatoria, se l'evento è avvenuto ed il dato è stato rilevato ma, possono presentarsi vuoti (valorizzati a "spazio" o tutti zeri secondo il tipo di campo), in assenza dell'evento.

NON OBBLIGATORIO – codice NOB

Sono i campi che possono anche non essere compilati. La loro compilazione, pertanto, è considerata un debito informativo, da rispettare, ma al momento non essenziale per la certificazione dell'avvenuta prestazione.

NON VALORIZZARE – codice NV

Questi campi devono essere impostati nel seguente modo:

- con "spazi", se sono alfanumerici
- con tutti zeri, se sono numerici

CONDIZIONATO – codice CON

Il campo deve essere compilato in combinazione con gli altri campi del tracciato.

Relativamente alle regole di compilazione si ricorda inoltre che:

- i **campi alfanumerici (AN)** vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi
- i **campi numerici (N)** vanno sempre allineati a destra e riempiti con zeri.
- I campi che esprimono importi in **euro** devono avere il seguente formato:
NNNNN,NN per i campi **importo totale**
NNNN,NN per i campi **importo ticket**

Poiché il tracciato prevede che gli importi siano espressi secondo quanto esposto ed in particolare con due cifre decimali il campo importo totale delle righe di dettaglio deve essere calcolato come prodotto del campo quantità per l'importo unitario della prestazione e deve essere arrotondato a 2 decimali secondo le norme dell'euro.

la ricostruzione della ricetta nel sistema centrale avviene in base all'IDENTIFICATIVO ESTERNO generato dai sistemi informativi degli utenti, che è presente sia nel tracciato anagrafico sia nel tracciato delle righe ricetta introduzione, in tutti i tracciati di un IDENTIFICATIVO ESTERNO, generato dalle procedure

5 TIPO DI CONTROLLI

Possiamo distinguere tre differenti tipologie di controlli effettuati sui dati:

- Controlli di abbinamento dei record
- Controlli di correttezza formale
- Controlli di correttezza logica

5.1.1 CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD

La suddivisione dei tracciati in coppie di file introduce una nuova classe di controlli; poiché i dati anagrafici sono separati dai dati ricetta è necessario abbinare i dati mediante la chiave univoca del blocco di informazioni che è presente su entrambi i file.

Pertanto sono introdotti dei controlli mirati alla ricerca dei record anagrafici che non hanno riscontro nel file delle righe ricetta e viceversa dei record presenti nel file delle righe ricetta che non compaiono nel file anagrafico.

Tali controlli sono prioritari e implicano lo scarto del blocco informazione che risulta incompleto ovvero privo della controparte.

5.1.2 CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE

I flussi trasmessi al CSI subiscono i controlli riguardanti la correttezza formale dei dati. In particolare per ciascun campo viene verificato che:

- il dato abbia il formato previsto
- il valore inserito appartenga all'insieme dei valori consentiti

Alcuni campi sono inoltre sottoposti al controllo di correttezza sostanziale (si accerta l'esistenza del dato nella tabella di riferimento).

Se una qualunque delle suddette condizioni non è soddisfatta, il record o l'insieme dei record (nel caso di più righe riferite alla stessa ricetta) viene segnalato errato e non accettato.

5.1.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA

I campi formalmente corretti vengono confrontati tra di loro al fine di individuare eventuali incongruenze.

Tutti i record o insieme di record che presentano errori logici vengono segnalati errati e non accettati.

6 Note di COMPILAZIONE

Il seguente paragrafo da indicazioni su varie problematiche di compilazione dei tracciati

6.1 CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE

Entro il periodo previsto dalle regole della trasmissione dei flussi informativi sanitari regionali, è possibile effettuare la cancellazione oppure la sostituzione di prestazioni già inviate al CSI-Piemonte.

6.1.1 CANCELLAZIONE

Nei paragrafi successivi vengono elencati le modalità di cancellazione relative alle varie tipologie di flusso; si evidenzia che per l'operazione di cancellazione sono sufficienti i soli campi che consentono di identificare il blocco di informazioni che deve essere cancellato dalla base dati regionale.

6.1.1.1 FLUSSI "D", "F" E COMPONENTE ANAG

Per i flussi che prevedono la componente anagrafica distinta dai dati ricetta è necessario inviare sia il record anagrafico sia il record ricetta creando una riga ricetta avente la medesima chiave del record anagrafico quale conferma della volontà di cancellazione di tutto il blocco.

La cancellazione avviene su tutto il blocco di informazioni, non vengono cancellate singole righe di dettaglio.

I campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'C'
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

6.1.2 SOSTITUZIONE

L'operazione di sostituzione avviene ritrasmettendo l'intero blocco di informazioni, avente la stessa chiave di identificazione determinata dai seguenti campi:

6.1.2.1 FLUSSI "D", "F" E COMPONENTE ANAG

Per i flussi che prevedono la componente anagrafica distinta dai dati ricetta è necessario inviare sia il record anagrafico sia il record ricetta creando una riga ricetta avente la medesima chiave del record anagrafico quale conferma della volontà di cancellazione di tutto il blocco.

La cancellazione avviene su tutto il blocco di informazioni, non vengono cancellate singole righe di dettaglio.

I campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**

- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a ‘S’
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

La sostituzione avviene su tutto il blocco di informazioni; per la sostituzione parziale anche di una singola riga di dettaglio (flussi D, F) , deve essere inviato tutto il blocco di informazioni calcolando nuovamente tutti gli importi.

6.1.2.2 SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA

Il numero ricetta rimane un elemento importante per la corretta gestione delle ricette, in caso di errore di compilazione del numero è possibile sostituirlo seguendo la seguente procedura:

Per i **FLUSSI D, F** non è ammessa la sostituzione diretta del numero ricetta.

Per eseguire la sostituzione occorre inviare il record contenente il numero ricetta errato con il Tipo di movimento cancellazione (‘C’) e successivamente, con lo stesso ID Esterno, il record con numero di ricetta modificato. In questo caso il tipo di movimento può essere di sostituzione (‘S’).

6.2 FILE “F” - PRECISAZIONI

Dal mese di luglio 2003 è stato introdotto, nella rilevazione del flusso “F”, il campo “tipo prestazione” per indicare la tipologia di prestazione come definita nel suo ultimo aggiornamento con nota regionale n. 9767/DA2009 del 19 dicembre 2007.

Sono previsti specifici controlli per verificare il codice ATC (Anatomico terapeutico chimico) e/o la nota CUF (Commissione Unica Farmaco) abbinata al codice Minsan indicato nel record.

Si ribadisce pertanto che il campo codice farmaco deve essere compilato con il codice Minsan, poiché tale codice identifica il prodotto commerciale effettivamente somministrato/distribuito. Tale codice inoltre viene utilizzato nella compensazione della Mobilità Interregionale. Fanno eccezione:

- i codici sostanza (tabella capitolo 11)
- i codici prodotti per emocomponenti (tabella capitolo 11)
- i vaccini iposensibilizzanti (tabella capitolo 11)
- i farmaci galenici per malattie rare (tabella capitolo 11)
- i farmaci galenici generici codifica ministeriale (tabella capitolo 11)
- i farmaci esteri codifica ministeriale (tabella capitolo 11)
- le costanti OSSIGENO, OSSIGENOLQ

Il codice Minsan identifica in modo univoco il prodotto commerciale, intendendo una precisa specialità (marchio o nome commerciale), un preciso dosaggio (es. millilitri/milligrammi/unità internazionali), una precisa forma farmaceutica (es. fiale/comprese/supposte)

Il codice ATC definisce la sostanza che è presente in un farmaco identificato con codice Minsan; tale codice è strutturato su livelli, ovvero sul numero di caratteri che lo compongono. Al numero di livello corrisponde un diverso livello di dettaglio informativo.

Il primo livello (ATC1) è caratterizzato dalla lettera iniziale del codice ATC e indica il gruppo anatomico del corpo umano per il quale si prevede la destinazione di uso.

Il secondo livello (ATC3) è caratterizzato dalla 2° e 3° cifra del codice ATC e indica il gruppo

terapeutico principale.

Il terzo livello (ATC4) è caratterizzato dalla 4° cifra del codice ATC e indica il sottogruppo terapeutico

Il quarto livello (ATC5) è caratterizzato dalla 5° cifra del codice ATC e indica il sottogruppo chimico della molecola.

Il quinto livello (ATC7) è caratterizzato dalla 6° e 7° cifra del codice ATC e indica in modo univoco il principio attivo della molecola costituente il farmaco.

Alcuni medicinali sono prescrivibili a carico del SSN soltanto per patologie specifiche. La CUF ha previsto delle “Note”, la maggior parte delle quali limita ad indicazioni terapeutiche particolari la prescrivibilità in regime assistenziale dei prodotti contrassegnati dalle stesse.

6.2.1 Unità di misura file F e tabelle di conversione

Ad oggi l'acquisizione dell'informazione relativa alle quantità di farmaci erogati/distribuiti avviene nel file F mediante la compilazione di due campi:

- Campo 89.0 "Quantità Erogata": campo numerico, indica il numero di prestazioni/quantità erogate rispetto al farmaco erogato/somministrato rispetto all'unità di misura di rilevazione del farmaco
- Campo 56.0 "Unità di misura": indica l'unità di misura con cui viene espresso il valore di quantità erogata e quantità della confezione.

Al fine di esprimere in maniera uniforme e, quindi, sommabile, le quantità erogate, si è reso necessario adottare unicamente le unità di misura confezioni oppure unità posologiche, intese come attributo univoco correlato a ciascun codice Minsan, utilizzando le seguenti codifiche:

Codice Unità Misura	Descrizione
01	Scatola/Confezione
25	Unità posologiche

Qualora sul tracciato venga indicato nel campo 56.0 - Unità di misura, il valore '25' (unità posologiche), il sistema utilizzerà il fattore di conversione indicato nella banca dati BDF per il calcolo della quantità erogata convertita, per tutti i codici AIC.

Per le tipologie sotto elencate dovranno essere adottate le seguenti convenzioni:

Vaccini Iposensibilizzanti = l'unità posologica associata a ciascun prodotto è sempre 01, in quanto c'è corrispondenza tra confezione e unità posologiche;

Ossigeno = l'unità posologica corrisponde al n° di litri, fino all'adozione del codice Minsan per singola confezione di ossigeno (in tal caso verrà accettata solo più l'unità di misura 01=confezione)

Galenici = le quantità erogate vanno sempre espresse come confezioni

6.3 TRACCIATI RECORD

Di seguito sono stati riportati i tracciati record inerenti l'attività farmaceutica: mobilità Farmaceutica convezionata –Flusso D, Attività distribuzione e somministrazione diretta di farmaci – Flusso F e Consumo interno di farmaci FC

In particolare viene introdotto il record anagrafico che è comune ai seguenti tracciati: D e F. Tale record contiene le informazioni anagrafiche del paziente e quelle di testata delle ricette che non ricadono nell'insieme dei dati sensibili.

L'invio dei flussi D e F è quindi costituito dall'invio di due file:

- dati anagrafici ed intestazione ricetta
- dati di carattere sanitario relativi alle righe ricetta

La ricostruzione della ricetta avviene mediante la chiave logica costituita dai campi:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO RECORD**

Le colonne delle tabelle contengono le seguenti informazioni:

Numero Scheda di riferimento:

indica il numero progressivo della scheda di riferimento contenente le norme di compilazione del campo.

Nome Campo:

è il nome del campo all'interno del tracciato record.

Tipo:

definisce il campo quale *alfanumerico* (AN) oppure *numerico* (N).

Lunghezza:

numero dei caratteri del campo.

Posizione da:

posizione del primo carattere del campo nell'ambito dell'intero tracciato.

Posizione a:

posizione dell'ultimo carattere del campo nell'ambito dell'intero tracciato.

Note:

breve osservazione volta a caratterizzare il campo. Note esplicative più estese sono contenute nei quadri "descrizione del campo" e "osservazioni e precisazioni" di ogni singola scheda.

Modalità:

indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo per i diversi tracciati. I codici riportati nella colonna si riferiscono alle diverse tipologie di obbligatorietà secondo quanto specificato nel precedente capitolo 4 "Regole di compilazione".

6.4 Tracciato anagrafico

Il presente tracciato è comune ai flussi D, F.

Il presente tracciato viene identificato con il codice **ANAG** nella trattazione delle schede

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	D	F	Note
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	OBB	OBB	Codice dell'azienda sanitaria inviante
03.1	Ente inviante del flusso	AN	8	4	11	OBB	OBB	. D Codice farmacia erogante; F Codice HSP11BIS/STS11 inviante o codice farmacia (per DPC)
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	OBB	OBB	Indica il tipo di tracciato record (D/F)
04.0	Cod. medico prescrittore	AN	16	14	29	OBB	OSP	
05.0	Cognome	AN	30	30	59	OBB	OBB	
06.0	Nome	AN	20	60	79	OBB	OBB	
	Filler	AN	16	80	95	NV	NV	
08.0	Cod. fiscale	AN	16	96	111	OBB	OBB	
09.0	Sesso	AN	1	112	112	OBB	OBB	
10.0	Data di nascita	AN	8	113	120	NOB	OBB	
11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza	AN	6	121	126	OBB	OBB	
12.0	ASL di residenza	AN	3	127	129	OBB	OBB	Codice dell'ASL di residenza dell'assistito.
13.0	Numero ricetta	AN	16	130	145	OBB	OBB	
20.0	Importo Ticket	N	7	146	152	OBB	OBB	Importo ticket pagato dall'assistito.
21.0	Importo totale	N	8	153	160	OBB	OBB	
40.0	Tipo movimento	AN	1	161	161	NOB	NOB	S : sostituzione, C : cancellazione, SPAZIO : primo invio
38.0	Identificativo esterno	AN	20	162	181	OBB	OBB	
47.0	Quantità totale prestazioni	N	3	182	184	OBB	OBB	
	Filler	AN	23	185	207	NV	NV	
61.0	Cittadinanza	AN	3	208	210	OBB	OBB	
62.0	Regione di residenza	AN	3	211	213	OBB	OBB	
63.0	ID Cittadino della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	20	214	233	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
64.0	Codice istituzione competente della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	28	234	261	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
65.0	Numero identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	20	262	281	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
	Filler	AN	2	282	283	NV	NV	
67.0	Data prescrizione	AN	8	284	291	OBB	CON	

	Filler	AN	1	292	292	NV	NV	
71.0	Tipo ricetta	AN	2	293	294	OBB	OBB	
	Filler	AN	4	295	295	NV	NV	
78.0	Data scadenza Tessera Europea Assicurazione Malattia TEAM	AN	8	299	306	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
79.0	Qualifica beneficiario	AN	1	307	307	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
80.0	Codice riferimento normativo	AN	4	308	311	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
81.0	Codice Attestato	AN	4	312	315	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
	Filler	AN	6	316	321	NV	NV	
93.0	Onere spesa	AN	1	322	322	OBB	OBB	
33.0	Scheda Nosologica	AN	10	323	332	NV	CON	
	Filler	AN	68	333	400	NV	NV	

Flussi D, F la chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:

- ASL inviante (02.0)
- Ente Erogatore (03.1)
- Identificativo Esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

6.5 Tracciato D

Tracciato record file "D" Attività FARMACEUTICA

Riguarda l'assistenza farmaceutica resa da farmacie situate sul proprio territorio a residenti in altre Aziende Sanitarie

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice della farmacia erogatrice	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (D)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data effettuazione della prestazione	AN	8	36	43	Indica la data di erogazione farmaco	OBB
28.0	Codice farmaco	AN	10	44	53		OBB
18.0	Quantità	N	3	54	56		OBB
21.0	Importo totale	N	8	57	64		OBB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	65	66		NV
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	67	76		NV
40.0	Tipo movimento	AN	1	77	77	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
	Filler	AN	73	78	150		NV

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Azienda sanitaria inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.2)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

6.6 Tracciato F

Tracciato record file "F"

Attività SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI

Riguarda la somministrazione e/o erogazione diretta di farmaci da parte delle strutture ospedaliere a cittadini non ricoverati; il tracciato deve essere compilato sia per residenti sia per i non residenti.

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Codice Azienda Inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice ministeriale struttura HSP11-BIS o STS11, nel caso DPC codice farmacia.	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (F)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data effettuazione della prestazione	AN	8	36	43	Indica la data di erogazione farmaco	OBB
28.0	Codice farmaco	AN	10	44	53		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	54	60		OSP
	Filler	N	3	61	63		NOB
21.0	Importo totale	N	8	64	71		OBB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	72	73		OBB
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	74	83		CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	84	84	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
56.0	Unità misura	AN	2	85	86		OBB
57.0	Modalità di erogazione	AN	1	87	87		OBB
58.0	Tipo prestazione	AN	2	88	89		OBB
59.0	Luogo di erogazione	AN	1	90	90		OBB
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	91	94		CON
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	95	100		OBB
29.0	Codice diagnosi	AN	5	101	105	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	NOB
86.0	Off_Label	AN	1	106	106		NOB
87.0	Codice EAN	AN	20	107	126		CON
88.0	Targatura	AN	9	127	135		CON
89.0	Quantità erogata	N	6	136	141		OBB
	Filler	AN	6	142	147		NV
111.0	Costo del servizio	N	7	148	154		CON
117.0	Indicazione 648	AN	9	155	163		CON
118.0	Tipo Prontuario	AN	1	164	164	Indicazione della presenza del farmaco in prontuario regionale o aziendale	NOB
83.0	Flag Indicazione innovativi oncologici e non	AN	1	165	165		CON
	Filler	AN	325	166	200		NV

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Codice Azienda Inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.2)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

6.7 Tracciato Consumo Ospedaliero di Farmaci

Tracciato record file "H"

Consumi di medicinali in ambito ospedaliero e ambulatoriali si riferisce ai medicinali utilizzati nelle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati dalle stesse in distribuzione diretta

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Codice Azienda Inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.1	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice ministeriale struttura HSP11-BIS o STS11.	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record H	OBB
119.0	Periodo Riferimento	N	8	34	41	Indica il periodo di riferimento del movimento	
15.0	Data di effettuazione della prestazione	AN	8	42	49	Indica la data di movimentazione del farmaco	OBB
120.0	Centro di costo	AN	18	50	67		OBB
28.0	Codice farmaco	AN	10	68	77		OBB
56.0	Unità misura	AN	2	78	79		OBB
	Filler	AN	14	80	93		NV
40.0	Tipo Movimento	AN	1	94	94		OBB
122.0	Quantità Consumata	N	10	95	104		OBB
123.0	Codice Anagrafica Magazzino Az	AN	20	105	124		NOB
121.0	Prezzo Acquisto	N	15	125	139	Costo medio ponderato moltiplicato quantità	OBB
	Filler	AN	11	140	150		NV

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Codice Azienda Inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.2)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

7 SCHEDE ANALITICHE

In questo capitolo sono state riportate le schede di riferimento con l'insieme dei controlli, formali e logici, che si applicano al campo. I controlli di tipo formale riguardano vincoli espressi sul singolo campo mentre i controlli logici coinvolgono congruenze con altri campi del tracciato.

Si precisa che la fase dei controlli è stata strutturata in modo tale da continuare comunque il controllo dell'intero blocco di informazioni anche nel caso in cui si sia rilevato un errore, questo al fine di fornire alla struttura inviata il maggior numero di segnalazioni da utilizzare per la correzione dei dati.

Le schede sono articolate in quadri, il cui contenuto viene, di seguito descritto.

Tracciato	Riporta l'elenco dei tracciati record a cui la scheda si riferisce
Modalità	indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo dei diversi tracciati. I codici riportati nella colonna si riferiscono alle diverse tipologie di obbligatorietà secondo quanto specificato nel precedente capitolo 4 "Regole di compilazione"
N° scheda Rif.	Riporta il numero della scheda di riferimento contenuta nella prima colonna del tracciato record.
Nome del Campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
Descrizione del campo	Riporta una descrizione del campo.
Correttezza Formale	Contiene cinque righe così articolate: LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record. FORMATO: definisce il campo quale <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record. VALORI AMMESSI: espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella di riferimento. TABELLE DI RIFERIMENTO: quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga.
Correttezza Logica	Sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico. La descrizione dettagliata è accessibile nel capitolo Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. del documento.
Osservazioni e Precisazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		OBB
D	OBB		
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Azienda sanitaria inviante			

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'azienda sanitaria inviante il blocco di informazioni

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Aziende Sanitarie regionali.

CONTROLLI APPLICATI

L03 – Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante

Per il tracciato D:

L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per tracciati D, F: il valore deve essere uguale per l'intero blocco di informazione nel file dei dati di dettaglio.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		03.1
ANAG – D	OBB		
ANAG – F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Ente inviante del flusso			

DESCRIZIONE CAMPO

Per Tracciato D: Codice farmacia che ha erogato il farmaco

Per Tracciati F: Codice struttura HSP11-BIS/STS11/ Codice farmacia nel caso della distribuzione per conto

Per Tracciato H: Codice struttura HSP11-BIS/STS11

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis, tabella Farmacie e delle Farmacie convenzionata che eroga la distribuzione per conto, secondo quanto disposto con D.G.R. 16-11775 del 20 luglio 2009

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati F:

L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente inviante

L03 – Congruenza tra codice ente inviante e codice azienda inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Se il valore è quello della tabella STS11 il campo sarà composto dal codice STS11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi.

Se il valore è quello della tabella Farmacie il campo sarà composto dal codice farmacia (5 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti tre spazi.

Ulteriori informazioni di merito sulle relazioni tra il codice Ente inviante, Ente erogante, l'abbinamento tra le sezioni anagrafiche e flussi si rinvia alla lettura del paragrafo 4.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
D	OBB		03.2
F	OBB		

NOME CAMPO: Ente erogatore

DESCRIZIONE CAMPO

Per Tracciato D: Codice farmacia che ha erogato il farmaco

Per Tracciati F: Codice struttura HSP11-BIS/STS11/ Codice Farmacia nel caso della distribuzione per conto

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis, tabella Farmacie e delle Farmacie convenzionata che eroga la distribuzione per conto, secondo quanto disposto con D.G.R. 16-11775 del 20 luglio 2009

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato F:

L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore

L03 – Congruenza tra codice ente inviante e codice azienda inviante

LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione

LE8 – Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Se il valore è quello della tabella STS11 il campo sarà composto dal codice STS11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi.

Se il valore è quello della tabella Farmacie il campo sarà composto dal codice farmacia (5 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti tre spazi.

Per i tracciati, D, F e ANAG deve esistere corrispondenza tra il codice ente inviante e il codice erogatore tra flusso sezione anagrafica e sezione prestazioni.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG – D	OBB		04.0
ANAG – F	OSP		

NOME CAMPO: Codice medico prescrittore

DESCRIZIONE CAMPO

Tracciato ANAG – D: codice medico, codice fiscale del medico prescrittore
F : codice HSP11 -BIS, codice STS11, codice medico, codice fiscale del medico prescrittore, E99999R

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei medici, Tabella STS11 e HSP11-bis

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato ANAG F per le sole ricette del SSN per la distribuzione per conto)

- Per ricette del SSN se la ricetta è presente nel sistema R.U.R. (registro unico delle ricette) il codice del medico viene individuato a livello centrale e pertanto il campo deve essere compilato a spazio

Per il tracciato ANAG per flusso F ad eccezione delle ricette del SSN per la distribuzione per conto :

valorizzare con codice del medico regionale o con il Codice Fiscale del medico prescrittore, oppure con il codice HSP11+BIS o codice STS11 della struttura ospedaliera che prescrive il farmaco.

Nel caso di prescrittore fuori regione indicare E99999R.

A partire dalla competenza mese di luglio 2018 il campo è obbligatorio per distribuzione diretta, con campo 58.0 - Tipo prestazione valorizzato 03

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		

NOME CAMPO: Cognome

DESCRIZIONE CAMPO

Cognome del paziente a cui la prescrizione si riferisce

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 30

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Cognome dell'assistito (*)

Per i tracciati **ANAG** è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonimato.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati ANAG:

L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome.

L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

(*) Il cognome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con la lettera non accentata seguita dall'apostrofo.

In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indica "ANONIMO"

TRACCIATO			06.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: Nome			

DESCRIZIONE CAMPO

Nome del paziente a cui la prescrizione si riferisce.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: nome dell'assistito (*)

Per i tracciati **ANAG** è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonimato.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati ANAG:

L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome.

L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

(*) Il nome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con la lettera non accentata seguita dall'apostrofo.

In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indica "ANONIMO"

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG – D	OBB		
ANAG – F	OBB		
			08.0
NOME CAMPO: Codice fiscale			

DESCRIZIONE CAMPO

Codice fiscale o altro codice identificativo del paziente

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice fiscale.

Sono ammessi anche: "9999999999999999", codice STP, codice ENI, "0000000000000000"

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al capitolo 12.

CONTROLLI APPLICATI

Per tutti i tracciati ANAG:

L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome.

L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza.

L30 – se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

SA1 – Codice fiscale non presente in archivio AURA.

LF1 – Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito

LG7 – Coerenza della prestazione rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per i tracciati ANAG:

Per la compilazione si veda la tabella di supporto al controllo L89, di cui al capitolo 12.

Per i neonati – non ancora in possesso di codice fiscale – si utilizzano sedici "0"

In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indicano sedici "9".

Per i cittadini stranieri temporaneamente residenti in Italia si utilizza il codice ISI avente la seguente struttura:

"STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche"

"ENI+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche"

A partire dalla competenza 2020 verranno accettati anche i codici STP emessi da altre Regioni.

A partire dalla competenza 2020 il codice ENI e il codice STP riferibile alla Regione Piemonte sarà verificato rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale.

Il controllo formale sul codice fiscale viene eseguito secondo il seguente schema adottato dal Ministero della Salute.

Se il codice fiscale è effettivo (primi tre caratteri sono diversi da "STP" e successivi 3 sono caratteri alfabetici) si esegue la seguente verifica dei caratteri da 7 a 11:

- 7-8 carattere uguale alle ultime due cifre dell'anno di nascita
- 9 carattere uguale al mese di nascita (A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D=aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre)
- 10-11 carattere uguale a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40.
- 10-11 carattere uguale a sesso (se < 40 sesso =M, se > 40 sesso =F) Codice

fiscal provvisorio : è composto da cifre numeriche di lunghezza 11.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		

NOME CAMPO: Sesso

DESCRIZIONE CAMPO

Sesso dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 (per maschio) o 2 (per femmina)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

I valori sono stati uniformati al flusso dei Dimessi;

- 1- Maschio
- 2- Femmina

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG - D		NOB
ANAG -F	OBB		

NOME CAMPO: Data di nascita

DESCRIZIONE CAMPO

Data di nascita dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati ANAG

L30 – se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni

L04 – La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione del farmaco

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato D: il campo diventa obbligatorio poiché può essere derivato dal codice fiscale

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
ANAG	OBB	
		11.0

NOME CAMPO: Provincia e comune o stato estero di residenza

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica la Provincia ed il Comune italiano, o lo Stato estero di residenza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice ISTAT d'Italia (Provincia e Comune),
 "999999" per apolidi,
 "999EEE" con EEE che indica il codice di stato estero,
 "STPEEE" con EEE che indica il codice di stato estero.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT dei Comuni italiani, Tabella stati esteri. Tabelle al capitolo 11.

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati ANAG:

- L06 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e ASL di residenza.
- L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione
- L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome
- L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta
- L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza
- L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune.

Per i **residenti in Italia**, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza.

Per i **residenti all'estero**, il codice dello Stato preceduto da 999, o STP seguito dal codice Stato estero, o 999999 per apolidi.

N.B. 1- il Comune di residenza è quello nel quale risiede l'assistito nell'anno dell'erogazione della prestazione.

2 - dal momento che esistono numerose omonimie di Comuni, allocati in Province italiane diverse, è importante, in fase di accettazione, **verificare che il codice Provincia rilevato (prime tre cifre) indichi l'effettiva Provincia di residenza.** Nel caso di rilevazione manuale, specificare oltre al **Comune** anche la **Provincia** di residenza.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		OBB

NOME CAMPO: ASL di residenza

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'ASL in cui risiede l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella per i residenti in Italia.
Per gli stranieri non residenti e apolidi indicare '999'

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ASL d'Italia. Tabella al capitolo 11.

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza tra Provincia e comune di residenza e ASL di residenza
L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

Per il tracciato D:

L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	OBB		13.0
NOME CAMPO: Numero ricetta			

DESCRIZIONE CAMPO

Numero identificativo riportato sul ricettario nazionale oppure numero dell'impegnativa interna. soccorso

Per il tracciato F: numero progressivo di registro per l'erogazione effettuata oppure ricetta SSN

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: numero della ricetta del ricettario nazionale oppure numero della impegnativa interna

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L17 – La ricetta non deve già essere esistente nel tipo record

L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

Per il tracciato ANAG flusso D e F (per le sole ricette del SSN per la distribuzione per conto):

L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore

L94 – Congruenza tra nr. Ricetta e tipologia prescrizione (solo tracciato ANAG-C)

L99 – Congruenza tra numero ricetta e tipo record

LE9 – Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione (solo tracciato ANAG-F)

S06 – Ricetta del SSN non ancora registrata in R.U.R.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato ANAG

La lunghezza della ricetta SSN è di 15 caratteri; dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta; il numero ricetta va allineato a sinistra e il carattere rimanente compilato a spazio.

Per ricette SSN e SASN aventi uno dei seguenti schemi:

- per ricette SSN nuovo modello: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank
- per ricette SASN: "001" oppure "002" + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank

Per impegnative interne o accesso diretto del paziente il campo deve essere compilato con un numero univoco nell'ambito

Per impegnative prescritte in dematerializzata da MMG, PLS, medico ospedaliero (DM 2 novembre 2011) è previsto il seguente schema:

codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e 7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo)

Per il tracciato F: Nel caso di distribuzione per conto riportare il numero della ricetta SSN, compilato secondo le regole cui sopra. In tutti gli altri casi, se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero progressivo di registro per l'erogazione effettuata.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	D		OBB
F	OBB		
NOME CAMPO: Progressivo riga per ricetta			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica una determinata riga di una ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: (*)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

(*)

La prima riga della ricetta deve contenere "01". Ciascuna riga successiva deve riportare un numero in stretta progressione.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	D		OBB
F	OBB		

NOME CAMPO: Data di effettuazione della prestazione

DESCRIZIONE CAMPO

Data di erogazione farmaco

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati D, F:

L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore

L04 – Data di nascita minore o uguale alla data di erogazione prestazione (o erogazione farmaco)

L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione

L30 – Se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni

Per i tracciati F:

L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione

L08 – Data prestazione minore o uguale alla data di trasmissione

LG5– Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici

LG7– Coerenza della prestazione rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
F	OSP		17.0
NOME CAMPO: Codice prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO

Riporta il codice prestazione secondo il Nomenclatore tariffario regionale in vigore al momento dell'erogazione della prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Nomenclatore regionale

Prestazioni ambulatoriali previste dalle Note Regionali n. 14731 del 15/11/00, n. 1182 del 14/01/10 e 11298 del 18/4/2011

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione

LA9 – Congruenza tra tipo prestazione 10 e codice prestazione

LB0 – Congruenza tra tipo prestazione 06 e codice prestazione

LD8 – Congruenza tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco

LF0 – Congruenza tra codice farmaco e scheda nosologica

LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo deve essere compilato solamente nel caso di somministrazione del farmaco nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali previste

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	D		OBB

NOME CAMPO: Quantità

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il numero effettivo di prestazioni erogate per ogni riga della ricetta (codice prestazione).

.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

Numero massimo di prestazioni previste dalla normativa vigente

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati D

L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nell'ambito di una ricetta lo stesso codice prestazione non può essere presente su più righe di dettaglio (utilizzare il campo quantità per riportare il numero effettivo di prestazioni erogate).

.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
F	OBB		19.0
NOME CAMPO: Posizione utente nei confronti del Ticket			

DESCRIZIONE CAMPO

Posizione dell'utente per la compartecipazione della spesa nell'erogazione delle prestazioni (ticket)

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 0,1, 2, 3, 4, 5,13,14

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato F:

L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione.

LA6 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (solo STP) per la quota di compartecipazione alla spesa non versata e quindi da registrare con importo ticket uguale a zero, ai sensi del D.P.R. 31.08.1999, nr. 394, articolo 43, comma 4.

2 – non esente

4 – indigente (indigente e indigente a carico del comune)

13 – esente per farmaco IPO ai sensi della nota regionale 7321/28.2 del 30/05/2002

14 – esente per tracciato F ad eccezione dei vaccini iposensibilizzanti

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
ANAG	OBB	20.0

NOME CAMPO: Importo Ticket

DESCRIZIONE CAMPO

Contiene l'importo del ticket a carico dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: maggiore o uguale a 0 secondo la normativa di riferimento.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket

Per il tracciato F:

LB5 – Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket

L72 – Congruenza tra il tipo record, tipo prestazione, codice farmaco e importo ticket

L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il formato degli importi deve essere NNNN,NN

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	D		OBB
F	OBB		

NOME CAMPO: Importo totale

DESCRIZIONE CAMPO

Per il tracciato D: l'importo totale della riga di dettaglio è ottenuto moltiplicando la quantità delle prestazioni per il prezzo unitario. Per la riga anagrafica indica la differenza tra la somma di tutti gli importi totali delle righe di dettaglio e l'importo del ticket a carico dell'utente.

Per il tracciato F: l'importo totale è l'importo relativo all'effettivo costo del farmaco somministrato anche in quota parte nel caso di frazionamento della confezione in più somministrazioni.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: Per le righe di dettaglio i valori previsti nelle tabelle di riferimento rapportate alla quantità.

TABELLE DI RIFERIMENTO: nomenclatore tariffario regionale ove previsto.

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati D, F:

L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket

Per il tracciato F:

L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il formato degli importi deve essere NNNNN,NN

In caso di importo negativo il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNN,NN).

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		
D	OBB		
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Tipo record			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia del tracciato record

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

Per il tracciato D: valore ammesso "D"

Per il tracciato F: valore ammesso "F"

Per il tracciato H: valore ammesso "H"

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato F:

L86 – Congruenza tra tipo record e luogo di erogazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

:

Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di righe dettaglio.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	D	
F	OBB	
H	OBB	
NOME CAMPO: Codice farmaco		28.0

DESCRIZIONE CAMPO

Riporta il codice del farmaco distribuito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

Tracciati D, F e H: - Codice Minsan

- Codice regionale vaccini iposensibilizzanti

- OSSIGENO

Tracciato F: - OSSIGENOLQ

- codici regionali galenici per malattie rare

- codice ministeriale farmaci galenici generici (ad eccezione dei farmaci galenici per malattie rare)

- codice ministeriale farmaco estero

- codici emocomponenti (tabella codici per emocomponenti)

- codici parafarmaco: NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, PROT_HIV, LETT_FLGLU

Tracciato H: - OSSIGENOLQ

- codice ministeriale farmaci galenici generici (ad eccezione dei farmaci galenici per malattie rare)

- codice ministeriale farmaco estero

- V09 e V10: radiofarmaci di preparazione galenica

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici Minsan, Tabelle codici regionali

CONTROLLI APPLICATI

Flusso F

L58 – Congruenza tra unità misura codice Minsan/sostanza /galenici generici

L74 - Congruenza codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo esenzione

LB1 - Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 08

LB2 - Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore

LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 20,21,22,23,24,25

LB5 – Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket

LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione, tipo prestazione e codice farmaco

LB7 – Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (vaccino iposensibilizzante, GAL, codici galenici per malattie rare, OSSIGENO, OSSIGENOLQ)

LC5 – Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi

LC8 – Congruenza tra codice farmaco H e tipo prestazione

LF1 – Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito

LF2 – Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco

LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione
LF7 – Congruenza tra targatura, codice farmaco, c codice tipo prestazione, quantità e unità di misura
LG4- Congruenza tra dispositivo per Flash Glucose monitoring e codice fiscale
LG5- Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

- OSSIGENO: per l'ossigeno gassoso
- OSSIGENOLQ: per l'ossigeno liquido
- NEFRO: dietetici per nefropatie croniche
- MATMED: materiali per medicazioni
- NOM_TAR: nomenclatore tariffario (ausili per incontinenti e tracheostomizzati)
- DIET_EM: dietetici errori metabolici/morbo celiaco
- PROT_HIV: protesi relativa DGR 46-10149 del 24/11/2008
- DIAB: presidi per diabetici ordinari

Dalle elaborazioni del 1° ottobre 2019 è possibile registrare i dispositivi per Flash Glucose monitoring distribuiti nell'anno 2019. I valori di riferimento da indicare sono i seguenti

- LETT_FLGLU: lettore per Flash Glucose monitoring
- SENS_FLGLU: sensore per Flash Glucose monitoring
- STRI_FLGLU: strisce correlate a Flash Glucose monitoring.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	F	
		29.0

NOME CAMPO: Codice Diagnosi

DESCRIZIONE CAMPO

Codice diagnosi ICD-IX-CM identificante la patologia.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabella di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle codici ICD-IX-CM 2007

CONTROLLI APPLICATI

LC5 - Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi,

LF2 - Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco

LF4 - Controllo appropriatezza prestazioni in Branca 69 - "Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica".

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel controllo formale viene verificato l'intero codice ICD-IX-CM (a partire dalla competenza di luglio 2010)

Dalla competenza ottobre 2019 è obbligatoria l'indicazione della diagnosi per le seguenti tipologie del file F:

01 -Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero e day hospital, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, tranne farmaci oncologici ad alto costo. Escluso farmaci H.

02 -Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, per pazienti non presi in carico. Escluso farmaci H.

03- Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari.

06- Farmaci con somministrazione per via sistemica (solo prestazioni in D.G.R. 105-20262 del 30/06/1997).

07- Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici e Radiofarmaci in ricovero protetto

33 - Farmaci distribuiti per prestazioni a pacchetto (rif. D.G.R. 33-5087 del 18/12/2012)

34 - Farmaci CNN

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG - F	CON		33.0

NOME CAMPO: N. Scheda nosologica

DESCRIZIONE CAMPO

Numero della scheda nosologica dell'episodio di ricovero.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: (*)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LF2 - Congruenza tra scheda di ricovero e codice farmaco

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

(*) Riportare correttamente il numero della scheda nosologica del ricovero al quale sono associate le prestazioni. Il campo non può contenere delle lettere, spazi o caratteri speciali e deve avere il seguente formato: anno di ricovero + progressivo numerico di 6 cifre nell'ambito della struttura di ricovero.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		OBB
D	OBB		
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Identificativo Esterno			

DESCRIZIONE CAMPO

Identificativo univoco utilizzato per la gestione del movimento del record.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: una stringa di caratteri univoca nell'ambito dell'azienda sanitaria inviante, dell'ente erogatore e del tipo record

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Flusso D e F

L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Le modalità di compilazione sono libere ma sono ammessi solo lettere maiuscole, cifre numeriche.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		NOB
D	NOB		
F	NOB		
H	NOB		
NOME CAMPO: Tipo movimento			

DESCRIZIONE CAMPO

Utilizzato per gestire la sostituzione o cancellazione di dati già inseriti negli archivi centrali.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: spazio per inserimento

“C” per cancellazione

“S” per sostituzione

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Flusso D e F

L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valorizzare il campo in funzione delle specifiche riportate nel capitolo 4 – “Cancellazione o sostituzione Blocchi informazione”.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	D		NV
F	CON		

NOME CAMPO: Codice identificativo esenzione

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo atto ad individuare la malattia o la condizione cronica invalidante.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici esenzione.

CONTROLLI APPLICATI

L98 – Congruenza tra i campi Tipo Prestazione e Codice identificativo esenzione

LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione, tipo prestazione e codice farmaco

L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
ANAG	OBB	47.0
NOME CAMPO: Quantità totale prestazioni		

DESCRIZIONE CAMPO

Quantità totale delle prestazioni nell'ambito della ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore del campo deve essere uguale alla somma dei campi Quantità (18.0) delle righe di dettaglio.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	F	
H	OBB	
NOME CAMPO: Unità di misura		

56.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'unità di misura relativa alla somministrazione di farmaci Minsan e sostanze

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 25

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Tracciato F

L58 – Congruenza tra unità misura e codici galenici

LG2 - Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo deve essere compilato per le righe ricetta relativi a codici minsan / sostanze

La tabella delle unità di misura è riportata al capitolo 11.

Il campo quantità erogata è lungo sei cifre, di cui due decimali. Per individuare la quantità di farmaco viene utilizzato l'unità di misura. In caso di somministrazione di quantità frazionate occorre individuare la corretta unità di misura; a tale scopo si vedano gli esempi riportati al paragrafo 6.2.1.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
F	OBB	57.0

NOME CAMPO: Modalità d'erogazione

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il farmaco è stato somministrato o distribuito

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: D, S, P

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LE6 – Congruenza tra modalità d'erogazione e tipo prestazione

LE7 – Congruenza tra modalità di erogazione e codice farmaco

LE8 – Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto

LE9 – Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione (solo tracciato ANAG-F)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Indicare "S" se il farmaco viene somministrato

Indicare "D" se il farmaco viene distribuito

Indicare "P" se il farmaco è distribuito per conto

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	F	
		58.0
NOME CAMPO: Tipo prestazione		

DESCRIZIONE CAMPO

Tipologia di erogazione

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tipologia di erogazione univoca nell'ambito della ricetta

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle tipologie di erogazione (tabella capitolo 11)

CONTROLLI APPLICATI

LA9 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 10) e codice prestazione
 LB0 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 06) e codice prestazione
 LB1 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 08
 LB2 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 07), codice farmaco ed ente erogatore
 LB3 – Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome, tipo prestazione e codice regione 010
 LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 20,21,22,23,24
 LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione e tipo prestazione
 LB7 – Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (codici iposensibilizzanti;GAL; codici farmaci galenici per malattie rare; OSSIGENO; OSSIGENOLQ)
 LC4 – Congruenza tra tipo prestazione e flag off label
 LC6 – Congruenza tra codice fiscale e cognome e nome per tipo prestazione “Assistenza integrativa e cod. regione 010
 LC8- Congruenza tra codice farmaco648, tipo prestazione e Indicazione 648
 LD8 – Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco
 LF0 – Congruenza tra codice farmaco e scheda nosologica
 LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione
 LF7 – Congruenza tra targatura, codice farmaco, c codice tipo prestazione, quantità e unità di misura
 LG2 - Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
F	OBB	59.0

NOME CAMPO: Luogo di erogazione

DESCRIZIONE CAMPO

File F: indica il luogo di erogazione del farmaco

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: File "F": H,T

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L86 – Congruenza tra Tipo record e Luogo di Erogazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

File "F" indicare:

"H": farmaco erogato dal presidio ospedaliero

"T": farmaco erogato mediante ambulatori territoriali

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
ANAG	OBB	61.0

NOME CAMPO: Cittadinanza

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la cittadinanza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici stati esteri. Tabella al capitolo 11.

CONTROLLI APPLICATI

- L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza
- L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

- Assume valore
- 100 per la cittadinanza italiana
 - codice stato estero definito dal Ministero dell'Interno
 - 999 per apolide

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
ANAG	OBB	62.0

NOME CAMPO: Regione Residenza o Stato Estero di Residenza

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la regione italiana cui appartiene il Comune di residenza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codici delle regioni Italiane, o codici Stati esteri, o 999

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT delle Regioni Italiane, Tabella stati esteri. Tabella al capitolo 11

CONTROLLI APPLICATI

L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Assume valore

- codice ISTAT delle Regioni Italiane, se cittadino italiano residente in Italia
- codici Stati esteri
- '999' nel caso di apolide.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	CON		63.0

NOME CAMPO: ID Cittadino

DESCRIZIONE CAMPO

Indicare il "Numero di identificazione personale" di cui al campo nr. 6 dalla tessera europea di assicurazione di malattia

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al capitolo 12.

CONTROLLI APPLICATI

L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		CON

NOME CAMPO: Codice istituzione competente

DESCRIZIONE CAMPO

Indicare “Il numero di identificazione dell’istituzione competente”, di cui al campo nr. 7 dalla tessera europea di assicurazione di malattia

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 28

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	CON		65.0

NOME CAMPO: Numero identificazione tessera europea di assicurazione di malattia

DESCRIZIONE CAMPO

Indicare “Il numero di identificazione della tessera” di cui al campo nr. 8 previsto dalla tessera europea di assicurazione di malattia.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L90 – Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG – D		OBB
ANAG – F	CON		

NOME CAMPO: Data prescrizione

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di compilazione della prescrizione della ricetta da parte del medico prescrittore

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato F:

L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita

L82 – Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione

LE9 – Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione (solo tracciato ANAG-F)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La data di prescrizione per impegnative interne può coincidere con la data di prenotazione e con la data di inizio ciclo o data di erogazione della prestazione.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG	
		71.0

NOME CAMPO: Tipo ricetta

DESCRIZIONE CAMPO

Individua la tipologia di ricetta

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al capitolo 12.

CONTROLLI APPLICATI

L89 - Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valori ammessi:

“EE”: assicurati extra-europei di paesi in convenzione in temporaneo soggiorno

“UE”: assicurati europei in temporaneo soggiorno

“NA”: assistiti italiani SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) con visita ambulatoriale

“ND”: assistiti italiani SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) con visita domiciliare

“NE”: assistiti stranieri SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) da istituzioni estere europee

“NX”: assistiti stranieri SASN da istituzioni estere extra-europee con convenzione

“ST”: stranieri in temporaneo soggiorno (STP/ENI) a carico Ministero dell’Interno o a carico SSN

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	CON		79.0

NOME CAMPO: Qualifica Beneficiario

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice della qualifica del beneficiario

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: A, B, C, D, E

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

Legenda valori

A: Lavoratore subordinato

B: Lavoratore autonomo

C: Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori subordinati

D: Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori autonomi E:

Altro

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	CON		80.0

NOME CAMPO: Codice Riferimento Normativo

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il riferimento normativo per la gestione della mobilità internazionale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
--------------	-------------

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).
Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "221A".

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	CON		81.0

NOME CAMPO: Codice attestato

DESCRIZIONE CAMPO

Indicare il codice dell'attestato per la gestione della mobilità internazionale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "TEAM"

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
C	OBB		82.0
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Matricola Unità Produttiva			

DESCRIZIONE CAMPO

Indicare la matricola dell'unità produttiva che eroga la prestazione

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L96 – Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità di produzione

L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione – eccetto file F

LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione

LA5 – Congruenza tra matricola unità produttiva, tipo record e attività

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La matricola dell'unità produttiva (o della disciplina in caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica) è individuabile nell'ambito della nuova anagrafe delle strutture, nella videata di massimo dettaglio delle unità produttive o dell'elenco delle specialità in caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica.

L'elenco delle Matricole potrà essere ricavato dall'applicativo dell'Anagrafe delle Strutture tramite l'apposito report di estrazione.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
F	CON		83.0

NOME CAMPO: Flag Indicazione innovativi oncologici e non.

DESCRIZIONE CAMPO

Per i farmaci oncologici e non, classificati come innovativi, è necessario indicare se sono stati distribuiti o somministrati per la terapia innovativa

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S, N, spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella farmaci Innovativi Oncologici e non. Tabella al capitolo 11.

CONTROLLI APPLICATI

LG5- Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici e non.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo, attivo dalle elaborazioni del 1 ottobre 2019 sulla competenza 2019, in caso di farmaci innovativi oncologici dovrà essere così valorizzato:

S- farmaco innovativo oncologico utilizzato per le indicazioni di innovatività

N- farmaco innovativo oncologico non utilizzato per indicazioni di innovatività

Spazio – per tutte le altre tipologie di farmaco

A partire dalla competenza 2021 deve essere valorizzato anche per farmaci innovativi non oncologici, presenti nella tabella di riferimento.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
F	CON		86.0
NOME CAMPO: Off Label			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se un farmaco è un farmaco Off Label, ovvero utilizzato al di fuori delle indicazioni autorizzate

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S, spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LC4 - Congruenza tra tipo prestazione e Off Label

LC5 - Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi.

LB0 - Congruenza tra tipo prestazione 06, codice prestazione , off label

LD8 - Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione, codice farmaco, e off label

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
F	CON		87.0

NOME CAMPO: Codice EAN

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice a barre del prodotto distribuito nell'ambito dell'assistenza integrativa, mutuamente esclusivo rispetto al codice farmaco.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice EAN, spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
F	CON	88.0
NOME CAMPO: Targatura		

DESCRIZIONE CAMPO

--

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LF7 - Congruenza tra targatura, codice farmaco, c codice tipo prestazione, quantità e unità di misura

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
F	OBB	89.0

NOME CAMPO: Quantità erogata

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il numero effettivo di prestazioni erogate per ogni riga della ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Da 0 a 999999	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

L11 – Congruenza tra importo totale e quantità (solo per emocomponenti)
LG2- Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Le prime quattro cifre indicano le cifre intere, mentre le ultime due cifre indicano le cifre decimali senza riportare la virgola decimale
Esempio: il numero 123,45 viene riportato come 012345

Qualora sul tracciato venga indicato nel campo 56.0 - Unità di misura, il valore '25' (unità posologiche), il sistema utilizzerà il fattore di conversione indicato nella banca dati BDF per il calcolo della quantità erogata convertita, per tutti i codici AIC.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG - D		OBB
ANAG - F	OBB		

NOME CAMPO: Onere Spesa

DESCRIZIONE CAMPO
Informazione relativa all'onere della spesa.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: S, M, A, I e spazio	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L89 – Congruenza informazioni assistito, Tipo Ricetta e Onere Spesa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>I valori ammessi sono i seguenti: A: Spesa a carico del SASN I: Spesa a carico del Ministero dell'Interno M: Spesa a carico del Ministero della Salute S: Spesa a carico del SSN Spazio: nel caso di Libera Professione</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OSP		

NOME CAMPO: Costo del servizio

DESCRIZIONE CAMPO

Costo del servizio riconosciuto alle farmacie per la distribuzione per conto

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 10,80; 12,00; 13,20

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LE8 – Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel campo va riportato l'onere della distribuzione per conto (IVA al 22% inclusa) per confezione di farmaco erogata così come individuati dalla D.G.R. 26-6900 del 18/12/2013.

A seconda di tipologia/fatturato dell'ente distributore farmacia e a partire dalla competenza di gennaio 2014 fino al 30 giugno 2016 il valore da attribuire è il seguente:

- 7,21€ (6,73€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€
- 9,36€ (7,68€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€
- 6,71€ (5.50€ + IVA al 22%): tutti gli altri casi

A seconda di tipologia/fatturato dell'ente distributore farmacia e a partire dalla competenza di luglio 2016 il valore da attribuire è il seguente:

- 8,15 € (6,68 + Iva 22%) oppure 6,38 € (riduzione del 1,45 + Iva 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€
- 9,31 € (7,63 + Iva 22%) oppure 7,54 € (riduzione del 1,45 + Iva 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€
- 6,41€ (5,25 + Iva 22%) oppure 4.64 € (riduzione del 1,45 + Iva 22%): tutti gli altri casi

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OSP		
NOME CAMPO: Indicazione 648			

DESCRIZIONE CAMPO

Indicazione dei codici sostanza legge 648/96

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici sostanza farmaci. Tabella al capitolo 11.

CONTROLLI APPLICATI

LC8 - Congruenza tra codice farmaco648, tipo prestazione e Indicazione 648

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.	
F	NOB			118.0

NOME CAMPO: Tipo prontuario

DESCRIZIONE CAMPO

Indicazione della presenza del farmaco nel prontuario aziendale o regionale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI 'A, R,S, Z

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo può assumere i seguenti valori:

'A': farmaco presente nel prontuario aziendale

'R': farmaco presente nel prontuario regionale

'S': farmaco presente sia in prontuari0 aziendale, sia in prontuario regionale

'Z': farmaco non presente in nessuno dei prontuari

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
H	Modalità		119.0
	OBB		
NOME CAMPO: Periodo Riferimento			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il periodo di riferimento del movimento

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.	
H	OBB			120.0

NOME CAMPO: Centro di costo

DESCRIZIONE CAMPO

Codice Centro di Costo definito nell'ambito dell'Anagrafe delle Strutture della Regione Piemonte.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 18

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI ‘

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
H	OBB		
			121.0

NOME CAMPO: Prezzo Acquisto

DESCRIZIONE CAMPO

Da riportare il costo medio ponderato

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: N

VALORI AMMESSI NNNNNNNNNNNN,NN

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il formato degli importi deve essere NNNNNNNNNNNN,NN

In caso di importi negativi il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNNNNNNNNN,NN)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
H	OBB		

NOME CAMPO: Quantità Consumata

DESCRIZIONE CAMPO

Da riportare quantità di farmaco consumata nell'ambito del flusso dei consumi

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: N

VALORI AMMESSI NNNNNNN,NN

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il formato degli importi deve essere NNNNNNNN,NN

In caso di importi negativo il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNNNN,NN)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
H	NOB		

NOME CAMPO: Codice Anagrafica Magazzino Az

DESCRIZIONE CAMPO

Riportate il codice del farmaco come da anagrafica di magazzino

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: N

VALORI AMMESSI N/A

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

8 SCHEDE DEI CONTROLLI

Il seguente paragrafo riporta i controlli logici, formali e bloccanti per i tracciati.

Il primo carattere del codice individua la classe di appartenenza del codice:

L logico
F formale
N bloccante

Gli errori di tipo N non permettono l'elaborazione del record.

8.1 Controlli Logici (tipo L)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L02	Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore Il codice dell'ente erogatore deve esistere alla data di effettuazione della prestazione. Quindi la data di effettuazione della prestazione deve essere compresa tra la data di apertura e chiusura dell'ente erogatore.	SI	03.0	Ente erogatore
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L03	Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante Il codice deve essere attivo presso l'Azienda sanitaria inviante.	SI	03.1	Ente erogatore inviante
			02.0	Codice Azienda Inviante
L04	La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione. Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se il tipo prestazione è uguale a 04, 05, 09 e 25 e il codice regione di residenza è uguale a 010	SI	10.0	Data nascita
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L05	Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione Il codice prestazione indicato deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.	SI	17.0	Codice prestazione
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L06	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e ASL di residenza Se il Comune di residenza è un Comune italiano allora l'azienda sanitaria di residenza deve appartenere a tale Comune. Se il Comune di residenza contiene "999999" oppure "999EEE" oppure "STPEEE" allora l'Asl di residenza deve contenere "999"	SI	11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	Asl residenza
L08	La data della prestazione non deve essere maggiore della data di trasmissione.	SI	15.0	Data di effettuazione della prestazione
				Data trasmissione
L11	Congruenza tra importo totale, quantità (per le sole righe dettaglio) Se tipo prestazione = 08 allora l'importo totale della riga deve coincidere con il prodotto tra le quantità erogata e costo unitario dell'emocomponente	SI	21.0	Importo totale
			18.0	Quantità
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L12	<p>Congruenza tra l'importo totale anagrafico, importi totali righe di dettaglio e ticket.</p> <p>L'importo totale presente sulla riga del record anagrafico deve essere uguale alla sommatoria degli importi totali delle singole righe di dettaglio meno l'importo ticket presente sulla riga del record anagrafico.</p>	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
			41.0	Libera professione
L13	<p>Congruenza anonimato</p> <p>Se Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO</p> <p>Il codice fiscale è = sedici '9', per STP/ENI codice effettivo indicato nel tesserino.</p> <p>Per il solo file F il controllo non è applicato nel caso di tipo prestazione 04, 05, 09 e 25 e codice regione 010</p>	SI	05.0	Cognome utente
			06.0	Nome utente
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante
			13.0	Numero Ricetta
L15	<p>Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione</p> <p>Per residenti in Italia:</p> <p>Il codice della Provincia e del Comune di residenza deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p> <p>Per residenti all'estero:</p> <p>Il codice dello Stato estero deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p>	SI	11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L17	<p>La ricetta non deve essere già esistente nel tipo record.</p> <p>Segnalato in caso di ricetta corretta inviata con un identificativo esterno differente da quello originale.</p>	SI	03.0	Ente erogatore
			13.0	Numero ricetta
			23.0	Tipo record
L20	<p>Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome</p> <p>Se i primi tre caratteri del codice fiscale sono STP e ENI, i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a STP e ENI.</p> <p>Per Tipo Ricetta valorizzato con EE, UE, Ne, NX e soggetti apolidi</p> <p>Se codice fiscale è pari a sedici nove i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a 999 oppure il Nome = 'ANONIMO' e Cognome = 'ANONIMO'.</p> <p>Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se tipo prestazione è uguale a 04, 05, 09 e 25 e il codice regione è uguale a 010</p>	SI	05.0	Nome
			06.0	Cognome
			08.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			71.0	Tipo Ricetta
			58.0	Tipo prestazione
L27	ASL di residenza deve essere diversa dal codice Azienda Inviante	SI	02.0	Codice Azienda Inviante
			12.0	ASL di residenza
L30	Se il codice fiscale contiene tutti zero (Neonati) la differenza fra data erogazione e data nascita non deve superare i 30 giorni	SI	08.0	Codice fiscale
			15.0	Data erogazione prestazione
			10.0	Data di nascita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L47	Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio. La somma del campo quantità righe dettaglio deve essere uguale al campo quantità del record anagrafico. (Non più applicato sul flusso F)	SI	18.0	Quantità (riga dettaglio)
			47.0	Quantità record anagrafico
L48	Congruenza tra ID Esterno, Numero Ricetta e Tipo Movimento per la sostituzione del numero ricetta. Per sostituire un numero di ricetta occorre inviare il record con lo stesso ID Esterno e numero ricetta assegnando al Tipo movimento il valore 'C', successivamente inviare il record con il numero ricetta corretto e il tipo movimento 'S' oppure spazio.	SI	13.0	Numero ricetta
			38.0	Identificativo esterno
			40.0	Tipo movimento
L58	Congruenza tra unità misura farmaco galenico generico. In presenza di codice galenici generici l'unità di misura può essere solamente 01.	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità di misura
L74	Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione. Per i vaccini iposensibilizzanti valgono le posizioni utente 2, 4 e 13. L'importo ticket può essere = 0 solo se nel campo 43.0 "Codice esenzione" è presente uno dei valori L01, C01, C02, C04, C05, C06, G01, N01 ed il campo 19.0 - "Posizione utente nei confronti del ticket" è valorizzato con 13. L'importo ticket può essere > 0 solo se il campo 19.0 - "Posizione utente nei confronti del ticket" è valorizzato con 2 oppure 4; in questa condizione il totale dell'importo delle righe delle prestazioni deve essere suddiviso al 50% tra il campo 21.0 "Importo ticket" e il campo 20.0 - "Importo totale" del tracciato anagrafico. Per codici farmaco diversi da vaccini iposensibilizzanti, se l'importo ticket vale 0, il campo posizione utente nei confronti del ticket deve essere 14.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale (dettaglio e anagrafica)
			28.0	Codice farmaco
			43.0	Codice identificativo esenzione
L84	Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza Se il codice cittadinanza vale 100 (cittadino italiano) il codice fiscale non può essere un codice STP e viceversa	SI	08.0	Codice fiscale
			61.0	Cittadinanza
L85	Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza Il comune di residenza deve esistere nella regione indicata	SI	11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			62.0	Regione di residenza
L86	Congruenza tra Luogo erogazione e Tipo record - per il flusso F sono ammessi i valori H,T	SI	59.0	Luogo di Erogazione
			23.0	Tipo record
L89	Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta e onere spesa Solo controllo F			Vedi paragrafo 9
L90	Congruenza informazioni tessera sanitaria europea Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE o Svizzera i campi relativi alla tessera TEAM devono essere tutti valorizzati. Ad eccezione dei cittadini italiani residenti all'estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996) dove onere spesa valorizzato ad 'S'.	SI	63.0	ID-Cittadino
			64.0	Nr. Identificativo tessera
			65.0	Codice istituzione competente
			78.0	Data scadenza
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			93.0	Onere Spesa

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L95	<p>Congruenza informazioni mobilità internazionale.</p> <p>Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE o Svizzera, i campi "Qualifica Beneficiario", "Codice Riferimento Normativo", "Codice Attestato" devono essere tutti valorizzati</p> <p>Ad eccezione dei cittadini italiani residenti all'estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996) dove onere spesa valorizzato ad 'S'</p>	SI	79.0	Qualifica beneficiario
			80.0	Codice riferimento normativo
			81.0	Codice attestato
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			93.0	Onere Spesa
L99	<p>Congruenza tra numero di ricetta e tipo ricetta</p> <p>Vedi capitol 12 - controllo L99</p>	SI	13.0	Numero Ricetta
			23.0	Tipo record
LA5	<p>Congruenza tra matricola unità produttiva, tipo record e codice attività</p> <p>Per il file "F" la matricola dell'unità produttiva deve essere abbinata al codice attività "20320-Distribuzione diretta assistenza farmaceutica"</p>	SI	23.0	Tipo record
			82.0	Matricola unità produttiva
LA9	<p>Congruenza tra tipo prestazione 10 e codice prestazione</p> <p>Se il tipo prestazione vale 10 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con uno dei seguenti codici: 14.75.1,39.95.0 99.25,99.25.4</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
LB0	<p>Congruenza tra tipo prestazione 06 e codice prestazione</p> <p>Se il tipo prestazione vale 06 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con un codice prestazione della "Tabella codici prestazioni per farmaci" ad eccezione dei farmaci trasmessi con campo off label valorizzato a S</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
			86.0	Off label
LB1	<p>Congruenza tra il codice farmaco e il tipo prestazione 08</p> <p>Se il tipo di prestazione vale 08 allora il codice farmaco deve essere compilato con un codice prestazione della "Tabella codici per Emocomponenti"</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LB2	<p>Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore dove previsto</p> <p>I farmaci della tipologia 07 devono essere codici minsan associati ai codici ATC il cui terzo livello sia "B02" oppure se il tipo di prestazione vale 07 e il codice Minsan è quello relativo al farmaco Zevalin/Ytracis allora l'ente erogatore deve essere l'istituto, 010904, 010905, 010907, 010908,010909</p>	SI	03.2	Ente erogatore
			28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LB3	<p>Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome per tipo prestazione 04, 05, 09 o 25 e codice regione 010.</p> <p>Se tipo prestazione uguale a 04, 05, 09 o 25 e codice regione uguale a 010 allora il dato può essere inviato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in forma aggregata e anonima (il cognome deve essere 	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	<p>uguale a ANONIMO, il nome deve essere uguale a ANONIMO, il codice fiscale deve essere compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato a tutti "9" e il campo Asl di residenza deve essere quello effettivo);</p> <ul style="list-style-type: none"> - oppure in forma individuale rispettando le regole di compilazione anagrafica; <p>Se invece il codice regione è diverso da 010 le regole di compilazione anagrafica devono essere sempre rispettate</p>		10.0	Data di nascita
			11.0	Comune di residenza
			12.0	Asl di residenza
			58.0	Tipo prestazione
			62.0	Regione di residenza
LB4	<p>Congruenza tra il codice farmaco e il tipo prestazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se il tipo di prestazione vale 20,21,22,23,24,25 allora deve essere compilato il codice EAN o in alternativa il codice farmaco deve essere uno dei seguenti valori NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, LETT_FLGLU, SENS_FLGLU, STRI_FLGLU, e viceversa. (valido fino alla competenza del 30.10.2008). Se tipo prestazione vale 25 allora il codice farmaco deve essere PROT_HIV (e viceversa). 	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
			87.0	Codice EAN
			28.0	Codice farmaco
LB5	<p>Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket</p> <p>L'importo ticket deve essere zero, con eccezione del vaccino iposensibilizzante per il quale è previsto l'importo maggiore di zero.</p>	SI	20.0	Importo ticket
			23.0	Tipo record
			28.0	Codice farmaco
LB6	<p>Congruenza tra codice identificativo esenzione e tipo prestazione</p> <p>Se farmaco per malattia rara allora il campo codice esenzione deve essere compilato con un codice malattia rara e il campo tipo prestazione non può essere 20,21,22,23,24,25 o 30</p>	SI	43.0	Codice identificativo esenzione
			58.0	Tipo prestazione
LB7	<p>Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (codice vaccino iposensibilizzante, GAL, codici farmaci galenici per malattie rare, OSSIGENO, OSSIGENOLQ)</p> <p>I farmaci codice vaccino iposensibilizzante. GAL e, codici farmaci galenici per malattie rare, OSSIGENO, OSSIGENOQL non possono essere erogati solo nelle categorie 20,21,22,23,24, 25</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LC4	<p>Congruenza tra tipo prestazione e flag Off Label</p> <p>Se il tipo prestazione vale 30 allora il campo Off_Label deve essere compilato con 'S'.</p> <p>Se il campo Off_Label viene compilato con S, allora il campo tipo prestazione puo' ammettere solo uno di questi valori: '03', '06', '10', '30'</p>		58.0	Tipo prestazione
			86.0	/Off Label
LC5	<p>Congruenza tra flag Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi.</p> <p>Se il flag Off_Label è valorizzato con 'S' allora il codice farmaco non deve essere valorizzato con OSSIGENO, OSSIGENOLQ, vaccini iposensibilizzanti e il codice diagnosi deve essere compilato.</p>	SI	86.0	/Off Label
			28.0	Codice farmaco
			29.0	Codice diagnosi

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LC6	<p>Congruenza tra codice fiscale e cognome e nome per tipo prestazione "Assistenza integrativa e codice regione 010:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se codice regione uguale a "010" e tipo prestazione uguale 21, 22, 23, 24 allora il cognome deve essere uguale ad ANONIMO, il NOME deve essere uguale ANONIMO, il codice fiscale compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato tutti "9" e il campo ASL residenza deve essere quello effettivo; Se codice regione uguale a "010" e tipo prestazione uguale a 20, escluso i dispositivi Free Style, allora il cognome deve essere uguale ad ANONIMO, il NOME deve essere uguale ANONIMO, il codice fiscale compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato tutti "9" e il campo ASL residenza deve essere quello effettivo; per i dispositivi Free Style non è ammesso l'anonimato. Per codice regione diverso da "010" e tipo prestazione uguale a 20, 21, 22, 23, 24 le regole di compilazione anagrafica devono essere rispettate". 	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso
			10.0	Data di nascita
			11.0	Comune di residenza
			12.0	Asl di residenza
			58.0	Tipo prestazione
			62.0	Regione di residenza
LC8	<p>Congruenza tra codice farmaco648, tipo prestazione e Indicazione 648</p> <p>Nel caso in cui il campo Indicazione 648 sia valorizzato allora il campo tipo prestazione deve essere valorizzato con 03, 06 o 30 e il codice farmaco deve essere un AIC</p>		117.0	Indicazione 648
			28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LC9	<p>Congruenza tra unità di misura e tipo prestazione</p> <p>Attualmente sospeso</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità misura
			58.0	Tipo prestazione
LD8	<p>Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco.</p> <p>Nel caso di codice prestazione 14.75.1 il campo tipo prestazione deve essere valorizzato con 10 e il codice farmaco deve essere uno di quelli indicati nella tabella al capitolo 11.</p>	SI	58.0	Tipo Prestazione
			17.0	Codice Prestazione
			28.0	Codice Farmaco
LE6	<p>Congruenza tra modalità di erogazione e tipo prestazione. Ne caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a 'P', sono ammesse soltanto le seguenti tipologie di prestazione: 02 – a seguito di visita specialistica, 03 – diretta a cronici, 04 - in assistenza domiciliare</p>	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			58.0	Tipo prestazione
LE7	<p>Congruenza tra modalità di erogazione e codice farmaco. Ne caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a 'P', sono ammessi esclusivamente codici minsan ad eccezione dei principi attivi dell'ormone somatotropo, dei fattori della coagulazione, delle eparine a basso peso molecolare e de metadone.</p>	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			28.0	Codice Farmaco
LE8	<p>Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto.</p> <p>Nel caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a 'P', il costo del servizio dovrà essere valorizzato sulla base delle seguenti indicazioni (rif delibera n. 3-284 del 24/09/2019)</p>	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			111.0	Costo del servizio

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	<ul style="list-style-type: none"> - 7,75€ (6,35€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 8,85€ (7,25€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 6,10€ (5€ + IVA al 22%): tutti gli altri casi. 		03.2	Codice ente erogante
LE9	Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione. Se la modalità di erogazione uguale a 'P', distribuzione per conto, allora il campo numero ricetta deve essere valorizzato con una ricetta SSN e deve essere indicata la data di prescrizione della ricetta SSN.	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			13.0	Numero ricetta
			67.0	Data prescrizione
LF0	Congruenza tra codice farmaco e scheda nosologica. Se il codice farmaco corrisponde a un farmaco oncologico così come individuato dalla Commissione Salute nella seduta del 16 dicembre 2009, deve essere verificata una di queste condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - il campo tipo prestazione valorizzato con 10 e in alternativa il campo scheda nosologica con il numero della cartella clinica di DH oncologico oppure il campo codice prestazione con il valore 99.25, 99.25.4, 14.75.1 - il campo tipo prestazione valorizzato con 30 	SI	17.0	Codice prestazione
			28.0	Codice farmaco
			33.0	Scheda nosologica
			58.0	Tipo prestazione
LF1	Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito” In presenza di codice farmaco = Iposensibilizzante (come da elenco regionale) e assistito residente in Italia, allora Codice Fiscale non può essere '999999999999999' (indicazione per anonimi)	SI	28.0	Codice Farmaco
			08.0	Codice Fiscale
LF2	Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco. Dalla competenza di agosto 2019 è obbligatoria l'indicazione della diagnosi per i farmaci in distribuzione diretta o somministrazione. (Nella sezione Osservazioni e precisazioni del campo 29.0 – Codice Diagnosi, sono riportati i razionali del controllo) Restano sempre valide le precedenti indicazioni: se il Codice farmaco è valorizzato con uno dei seguenti farmaci: Bosentan: identificato con il codice ATC7 = C02KX01, Immunoglobuline: identificato con il codice ATC7 = J06BA01 e J06BA02, allora il Codice diagnosi deve sempre essere compilato con la diagnosi completa (5 cifre)	SI	28.0	Codice Farmaco
			29.0	Codice Diagnosi
LF3	Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione. Se il Codice prestazione è valorizzato con il codice 39.95.0 (prestazioni dialisi), allora il Codice farmaco deve essere compilato con un farmaco minsan il cui codice ATC inizia con B03XA e il Tipo Prestazione può essere valorizzato con 10 se il farmaco è somministrato in regime ambulatoriale oppure con la tipologia 31 - "Farmaci soggetti a monitoraggio regionale somministrati in regime di ricovero"	SI	17.0	Codice Prestazione
			28.0	Codice Farmaco
			58.0	Tipo Prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LF6	<p>Congruenza tra importo totale, codice farmaco e prezzo dal listino regionale dei vaccini iposensibilizzanti e tipo prestazione</p> <p>Nel caso in cui codice farmaco sia un vaccino iposensibilizzante il valore indicato nel campo 21.0 - Importo totale, dovrà essere uguale al prezzo indicato nel listino regionale dei vaccini iposensibilizzanti (prodotti ITS) moltiplicato per la quantità erogata e il tipo prestazione dovrà essere valorizzato con '32' (e viceversa)</p>	SI	21.0	Importo totale
			28.0	Codice farmaco
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione
LF7	<p>Congruenza tra targatura, codice farmaco, e codice tipo prestazione, quantità e unità di misura</p> <p>Nel caso in cui la quantità erogata venga indicata con unità di misura 01- Confezioni e il campo 28.0 – Codice Farmaco sia compilato con un codice MinSan, valgono le seguenti indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per le ricette con tipo prestazione 01 e 02: a partire dal 1 giugno 2015 (data di prescrizione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0 - Targatura. - Per le ricette con tipo prestazione 03 e 33: a partire dal 1 settembre (data di prescrizione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0 – Targatura. - Per le ricette con tipo prestazione 04, 05 e 09: a partire dal 1 gennaio 2016 (data di erogazione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0 - Targatura <p>Si precisa che nel caso di compilazione del campo 88.0 Targatura, -la quantità erogata deve essere valorizzata con 1</p> <p>Nel caso di quantità > 1 sullo stesso codice farmaco la targatura deve essere riportata su più righe per un numero pari a quello della quantità erogata.</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità di misura
			88.0	Targatura
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione
LF8	<p>Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco</p> <p>Vedi capitolo 12 – Controllo LF8</p>		03.1	Ente Erogatore
			58.0	Tipo prestazione
LF9	<p>Congruenza tra codice medicinale AIC e data di erogazione – codici revocati.</p> <p>Il codice farmaco alla data di erogazione indicata nella ricetta, deve essere valorizzato con un codice medicinale AIC non presente nella tabella dei farmaci revocati/sospesi indicata al capitolo 11.</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			15.0	Data effettuazione prestazione
LG0	<p>Congruenza tra tipo prestazione e codice medicinale AIC</p> <p>Nel caso di tipo prestazione:01 - Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero e day hospital, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo e 02 - Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, il codice medicinale AIC non può essere un medicinale in fascia H.</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LG1	<p>Congruenza tra tipo prestazione 33 e codice prestazione</p> <p>Se il tipo prestazione vale 33 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con il valore 99.25.5</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
LG2	<p>Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata</p> <p>Nel caso di distribuzione diretta di farmaci, identificata con le tipologie 01,02,03,04,05 e 09, nel caso di indicazione del farmaco</p>		56.0	Unità di misura
			58.0	Tipo prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPO	
		N°	NOME
	come unità posologiche, unità misura 25, allora la quantità erogata non può essere espressa in decimali	89.0	Quantità erogata
LG3	Congruenza tra codice medico e tipo prestazione A partire dalla competenza mese di luglio 2018 il campo è obbligatorio per distribuzione diretta, con Tipo prestazione valorizzato 03. Il controllo non si applica nel caso di ricette SSN ricette del SSN per la distribuzione per conto	58.0	Tipo prestazione
		04.0	Medico Prescrittore
		57.0	Modalità di erogazione
LG4	Congruenza tra dispositivo per Flash Glucose monitoring e codice fiscale I dispositivi per Flash Glucose monitoring possono essere distribuiti solo a pazienti presenti su RRD (Registro regionale diabetici)	28.0	Codice farmaco
		08.0	Codice fiscale
LG5	Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici e non. Per i farmaci oncologici e non, classificati come innovativi, è necessario indicare se sono stati distribuiti o somministrati per la terapia innovativa nel periodo di validità dell'innovatività. Se il codice farmaco è presente nell'elenco e la data della Prestazione è successiva al periodo di validità dell'innovatività il flag può essere valorizzato (caso di trattamenti iniziati prima della scadenza dell'innovatività con somministrazioni che proseguono). Se il codice farmaco non è presente nell'elenco non deve essere compilato il Flag Indicazione innovativi oncologici e non.	28.0	Codice farmaco
		83.0	Flag Indicazione innovativi oncologici e non
		15.0	Data effettuazione della prestazione
LG7	Coerenza della prestazione rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale. <u>A partire dalla competenza 2020:</u> per i soli identificativi paziente ENI/STP rilasciati dalle ASL della Regione Piemonte la prestazione deve essere coerente rispetto al periodo di validità del tesserino ISI presente nella Banca Dati Centri ISI regionale	08.0	Codice fiscale
		15.0	Data effettuazione della prestazione
LG9	Congruenza tra tipo prestazione 36 e codice farmaco. Se il codice farmaco è presente nell'elenco farmaci ad alto costo il tipo prestazione non può essere valorizzato con '36'.	58.0	Tipo prestazione
		28.0	Codice farmaco

8.2 Controlli Formali (tipo F)

I controlli formali vengono applicati a tutti i campi; nel caso di errata compilazione del campo l'errore restituito è il codice del campo in errore.

Il paragrafo elenca i tipi di controlli formali applicati ai campi dei tracciati:

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
F01	Campo Obbligatorio Non Valorizzato	SI	Applicato a tutti i campi obbligatori
F02	Valore non accettabile	SI	Valore non compatibile con il tipo del campo
F03	Valore non numerico	SI	Presenza di caratteri in campi numerici
F05	Valore non presente in tabella	SI	Valore non presente nella tabella di riferimento o nell'insieme di valori permessi per il campo
F06	Data non valida	SI	Errore di compilazione sulla data
F07	Campo formalmente errato	SI	Errata compilazione del campo se soggetto a formattazione specifica (es. codice fiscale, nr. ricetta, identificativo esterno)
F08	Valore non alfabetico	SI	Presenza di cifre numeriche in campi alfabetici (es. cognome e nome)
F09	Valore non coerente nell'intera ricetta	SI	Valori differenti per lo stesso campo su righe diverse, dove è previsto che il campo assuma sempre lo stesso valore

8.3 Controlli Bloccanti (tipo N)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
N01	Errori bloccanti sui campi fondamentali	SI	
N02	Anno di competenza non accettato	SI	
N03	Supporto scartato per errata quadratura record	SI	
N04	Errata sequenza codice supporto rispetto alla max. versione della ricetta	SI	
N05	Deve esistere il blocco informazione precedente, se il tipo movimento C.	SI	Nell'archivio non esiste il blocco informazioni per il quale è stata richiesta la cancellazione
N06	Anno di competenza chiuso	SI	
N07	Record anagrafico inesistente a fronte di un record di dettaglio presente	SI	
N08	Record di dettaglio inesistente a fronte del record anagrafico presente	SI	
N09	Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto	SI	Lo stesso blocco informazioni è presente più volte nello stesso supporto
N10	Cambio anno di competenza dopo la chiusura contabile	SI	

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
N11	Cancellazione/sostituzione di ricetta anno contabile chiuso non ammessa	SI	Non sono ammesse sostituzioni o cancellazioni di ricette ad anno contabile chiuso.
N12	Blocco informazioni esistente per tipo movimento spazio.	SI	Nell'archivio esiste già un blocco con la stessa chiave logica; il blocco informazione deve essere inviato con tipo movimento a "S"

8.4 Segnalazioni

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S10	Incongruenza tra importo totale, quantità erogata, prezzo al pubblico del medicinale	NO
S13	Ricetta inviata il termine di Primo invio previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta.	NO
S14	Ricetta inviata oltre il termine di Consolidamento previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta	NO
SA1	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA	I record inerenti a questa segnalazione verranno acquisiti a fini statici, mentre per quanto concerne l'eventuale valorizzazione si procederà secondo le indicazioni che verranno fornite dal competente Settore della Direzione Sanità

9 TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI

La suddivisione dei tracciati in coppie di file (anagrafico e dati di dettaglio) porta ad avere una differente gestione della restituzione degli errori per i flussi basati su due file.

A fronte dell'introduzione dei nuovi controlli utilizzati per verificare la corrispondenza tra record anagrafico e record di dettaglio (sempre attraverso la chiave univoca del blocco di informazioni), vengono inseriti due nuovi codici di errore:

- N07 record anagrafico inesistente a fronte di uno o più record di dettaglio presenti
- N08 record di dettaglio inesistente a fronte del record anagrafico presente

Nel caso di record anagrafico inesistente verranno restituiti i record di dettaglio con codice errore N07.

Nel caso di record di dettaglio inesistenti verrà restituito il record anagrafico con codice errore N08.

Gli errori N07 e N08 sono considerati formali e bloccanti, poiché non permettono l'elaborazione del record.

Gli errori logici vengono restituiti sul file che contiene i campi che hanno determinato l'errore. Qualora l'errore coinvolga campi di entrambi i file il codice viene restituito su entrambi i file.

Inoltre è possibile che una ricetta venga scartata nella sua totalità per errori appartenenti al solo file anagrafico o viceversa che il file anagrafico sia corretto e siano presenti degli errori solo nel file delle prestazioni. In entrambi i casi verranno restituiti sia dati anagrafici che i dati di prestazioni.

10 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI

La ristrutturazione dei tracciati, comporta un adeguamento dei nomi dei file trasmessi mediante il “Gestore Flussi”.

La tabella riassume i nuovi nomi:

- per l’invio dei dati che hanno competenza 2006 e superiori i nomi dei file sono evidenziati nelle colonne **Anagrafico** e **Prestazione**; i flussi B, C4 e C5 non hanno il file Anagrafico
- la nuova nomenclatura segue le seguenti regole
 - un carattere per discriminare il tipo di trasmissione: i (invio)
 - due caratteri per identificare la sezione: an (anagrafica) pr (prestazioni)
 - due caratteri per identificare la tipologia di flusso: c0, c2, c4, c5, d0, f0
 - tre caratteri per identificare la versione del tracciato “001” tracciati competenza 2006 e successivi, fino a nuove necessità di variazioni di tracciato.

Flussi	Anagrafico (dal 2006)	Prestazione (dal 2006)
D	iand0001.txt	iprd0001.txt
F	ianf0002.txt	iprf0002.txt

11 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

Le tabelle di supporto alla compilazione del flusso **file F** vengono pubblicate sulla piattaforma PADDI, su Sistema Piemonte, al seguente indirizzo :

<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita>

Le tabelle, in formato xls, sono fruibili dalla sezione :

DWSAN - Data Warehouse Sanità →

FLUSSI SDO e Prestazioni → Reportistica (Regione,ASL,ASO,Presidi) → Tabelle istituti pubblici

Tabella codici sostanza farmaci - Codici sostanza di farmaci forniti ai sensi della legge 648/96 e non ancora registrati e commercializzati in Italia (per compilazione campo 28.0).

Tabella tipologie di erogazione farmaci - Tabella delle tipologie di erogazione del farmaco (per compilazione campo 58.0).

Tabella unità di misura - Unità Misura per tracciato F (per compilazione campo 56.0).

Tabella codici prestazioni per farmaci – Codici prestazioni per Farmaci somministrati in regime ambulatoriale (per compilazione campo 17.0).

Tabella codici per emocomponenti – Codici prodotto per Emocomponenti connessi alla prestazione di trasfusione (per compilazione campo 28.0).

Tabella vaccini iposensibilizzanti - Codici vaccini iposensibilizzanti (per compilazione campo 28.0) e relativo prezzo da listino.

Tabella farmaci galenici per malattie rare - Codici farmaci galenici per malattie rare (per compilazione campo 28.0).

Tabella congruenza prestazioni e farmaci in ambito tipologia 10 - Codici prestazione e codici farmaco rilevabili nell'ambito della tipologia 10-Farmaci somministrati direttamente.

Tabella farmaci Galenici generici - Codici farmaci galenici generici (codifica ministeriale) da utilizzare per la compilazione del campo 28.0.

Tabella farmaci Esteri - Codici farmaci esteri (codifica ministeriale) da utilizzare per la compilazione del campo 28.0.

Tabella codici minsan revocati/sospesi – Elenco codici farmaci revocati o sospesi.

Tabella farmaci Innovativ Oncologici e non - Elenco codici farmaci innovativi oncologici e non, per i quali è richiesta la valorizzazione del campo 83.0

Tabella comuni e codici stati esteri - Elenco codici ISTAT comuni italiani ed elenco codici stati esteri.

La tabella è pubblicata su Sistema Piemonte al seguente indirizzo :

<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione>

nella parte : **Documentazione dati di riferimento per i controlli**

12 TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

La seguente sezione riporta delle tabelle a supporto della costruzione di controlli logici che coinvolgono più campi

Controllo L89 - Congruenza informazioni assistito e Tipo Ricetta; il controllo mette in relazione i seguenti campi

- **71.0 Tipo Ricetta:** nella scheda di riferimento è presente la legenda dei valori applicabili
- **72.0 Regime di erogazione della prestazione:** nella scheda di riferimento è presente la legenda di valori applicabili
- **63.0 ID cittadino**
- **08.0 Codice fiscale** (CF indica codice fiscale italiano, 9 indica un codice fiscale composto dalla stringa “9999999999999999”, 0 indica un codice fiscale composto dalla stringa “0000000000000000”, STP deve essere utilizzato per i cittadini stranieri temporaneamente residenti in Italia si utilizza il codice ISI avente la seguente struttura: “STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche”)
- **11.0 Provincia e comune o stato estero di Residenza** (COMUNE indica un codice comune italiano; 999EEE indica una stringa con codice 999 seguita da un codice stato; STPEEE indica una stringa con codice STP seguita da un codice stato)
- **62.0 Regione o stato estero di residenza** (REG indica una regione / provincia autonoma italiana / stato estero)
- **12.0 ASL di residenza** (ASL indica una ASL italiana/999 indica stato estero)
- **61.0 Cittadinanza** (solo Europa: sono ammessi solo codici di stati appartenenti alla UE; extra Europa: sono ammessi tutti i codici eccetto quelli della UE)
- **93.0 Onere spesa** (a partire dall’elaborazione del 15 marzo 2010)

Le colonne Tipologia Utente, Modulistica di Riferimento, Mobilità e Modalità di addebito non fanno riferimento a campi del tracciato e sono da considerarsi accessorie per la corretta compilazione del tracciato

N.	TIPOLOGIA UTENTE	TIPO RICETTA	ID CITTADINO	COD FISCALE	COMUNE STATO RESIDENZA	REGIONE RESIDENZA	ASL RESIDENZA	CITTADINANZA	ONERE SPESA	MODULISTICA DI RIFERIMENTO	MOBILITA'	MODALITA' DI ADDEBITO
1	Residenti o domiciliati, assistiti a carico SSN	nullo	nullo	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	qualsiasi eccetto 999	S		Nazionale	a carico SSN
2	Stranieri assicurati extra-europei di paesi in convenzione in temporaneo soggiorno	EE	nullo	tutti 9	999 + codice stato estero paesi in convenzione esclusi UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
3	Stranieri assicurati europei in temporaneo soggiorno	UE	ID CITTADINO	tutti 9	999 + codice stato estero UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
4	Cittadini italiani residenti all'estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996), temporaneamente presenti in Italia, titolari di pensione corrisposta da enti previdenziali italiani o di coloro che abbiano lo status di emigrato.	nullo	nullo	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100	S		no	a carico SSN
5	Cittadini italiani residenti all'estero temporaneamente presenti in Italia (ai sensi delle circolari ministeriali 1000/III/20268 del 20/06/96, DPS/IX/2616 del 21/05/99 e DG RUERI/95777/I.3.b del 02/12/04).	nullo	ID CITTADINO	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute

6	Assistiti italiani SASN con visita ambulatoriale	NA	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100	A		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta
7	Assistiti italiani SASN con visita domiciliare	ND	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100	A		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta
8	Assistiti stranieri SASN da istituzioni estere europee	NE	ID CITTADI NO	tutti 9	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
9	Assistiti stranieri SASN da istituzioni estere extra- europee con convenzione	NX	nullo	tutti 9	999 + codice stato estero paesi in convenzione esclusi UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
10	Stranieri comunitari sprovvisti di assicurazione sanitaria o tessera TEAM (ENI) rif. Nota regionale 7179 DA/2000 del 22/02/2008	ST	nullo	codice ENI	ENI + codice stato estero (paesi UE o SEE o Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	M		Internazionale	Carico del SSR
11	Stranieri in temporaneo soggiorno (STP) a carico SSN	ST	nullo	codice STP	STP + codice stato estero (escluso paesi UE o SEE o Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	S	Dichiarazion e Indigenza	no	a carico SSN
12	Stranieri in temporaneo soggiorno (STP) a carico Ministero dell'Interno (ai sensi della circolare ministeriale N5 del 20.03.2000)	ST	nullo	codice STP	STP + codice stato estero (escluso paesi UE o SEE o Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	I	Dichiarazion e Indigenza	no	Fatturazione al Ministero Interno
13	Apolide a carico SSN	nullo	nullo	tutti 9	999999	999	999	999	S		no	a carico SSN

(*) Per Domiciliato si intende il caso di cittadino UE, SEE o Svizzera, non residente in Italia, ma in possesso di codice fiscale in quanto lavoratore regolare e pertanto iscritto al SSN. In questo caso i campi

11.0 – “Provincia/Comune di residenza”

12.0 - “ASL di residenza”

62.0 – “Regione di residenza”

dovranno esser compilati con i riferimenti del Comune/ASL/ Regione di domicilio;
il campo 80.0 – “Codice riferimento normativo” andrà compilato con il valore “221D”;

Controllo L99 - Congruenza tra Numero Ricetta e Tipo Record

Codice flusso	Controllo
D	<ul style="list-style-type: none"> - Lunghezza massima 15 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio - Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette - Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione
F	<p>Nel caso di distribuzione per conto, campo 57.0 – Modalità di erogazione valorizzato con 'P':</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lunghezza massima 15 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio - Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette - Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione





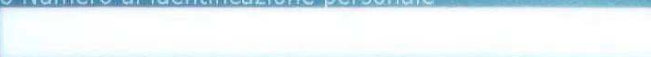

Controllo LF8 - Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco

Tipo Prestazione	Tipologia Prestazione	Codice HSP11 +bis	Codice STS11
01	Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero e day hospital, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, tranne farmaci oncologici ad alto costo. Escluso farmaci H.	SI	NO
02	Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, per pazienti non presi in carico. Escluso farmaci H.	NO	SI
03	Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari.	SI	SI
04	Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza domiciliare.	NO	SI
05	Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza residenziale o semiresidenziale.	NO	SI
06	Farmaci con somministrazione per via sistemica (solo prestazioni in D.G.R. 105-20262 del 30/06/1997).	SI	SI
07	Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici e Radiofarmaci in ricovero protetto (ordinario e DH).	SI	SI
08	Emocomponenti connessi alla prestazione di trasfusione.	SI	SI
09	Erogazione diretta e gratuita di farmaci agli Istituti Penitenziari.	SI	NO
10	Farmaci somministrati direttamente ad alto costo e Farmaci somministrati per prestazioni a pacchetto.	SI	SI
20	Assistenza integrativa - Presidi per diabetici.	SI	SI
21	Assistenza integrativa - Dietetici per celiachia.	SI	SI
22	Assistenza integrativa - Dietetici per nefropatie.	SI	SI
23	Assistenza integrativa - Materiale di medicazione.	SI	SI
24	Assistenza integrativa - Nomenclatore tariffario.	SI	SI
25	Assistenza protesica per malati HIV.	SI	SI
30	Farmaci in uso "Off Label" somministrati a pazienti in regime di ricovero	SI	NO

	ordinario.		
31	Farmaci soggetti a monitoraggio regionale erogati in regime di ricovero a pazienti con insufficienza renale cronica.	SI	NO
32	Vaccini Iposensibilizzanti con codice regionale o con AIC.	SI	SI
33	Farmaci distribuiti per prestazioni a pacchetto (rif. D.G.R. 33-5087 del 18/12/2012)	SI	SI
34	Farmaci CNN	SI	SI
35	Centralizzazione acquisti dei farmaci oncologici e non oncologici innovativi da parte delle ASL	SI	SI
40	Farmaci distribuiti a pazienti COVID-19	SI	SI
41	Farmaci somministrati a pazienti ricoverati COVID-19	SI	SI
36	Farmaci innovativi somministrati a pazienti ricoverati (esclusi quelli nell'elenco farmaci ad alto costo) o pazienti in regime ambulatoriale	SI	SI

FAC SIMILE TESSERA SANITARIA

		
REPUBLICCA ITALIANA TESSERA SANITARIA		
Codice Fiscale		Data di scadenza
Cognome		
Nome		Sesso
Luogo di nascita		O.ti san r/ regionali
Provincia		
Data di nascita		

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA		
		
3 Cognome		
4 Nome	5 Data di nascita	
6 Numero di identificazione personale		7 Numero di identificazione dell'istituzione
		
8 Numero di identificazione della tessera		9 Scadenza
		

DIREZIONE SANITÀ E WELFARE

STER: FAR-CAVS/SIAD

**FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE DELLE
PRESTAZIONI DOMICILIARI SANITARIE, DELLE
PRESTAZIONI RESIDENZIALI, RESIDENZIALI
TEMPORANEE E SEMIRESIDENZIALI
SOCIOSANITARIE, DELLE PRESTAZIONI
RESIDENZIALI TEMPORANEE SANITARIE
EXTRAOSPEDALIERE**

DISCIPLINARE TECNICO¹

¹ definito “Disciplinare Tecnico STER - Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali” nella D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate.”.

SOMMARIO

CRONOLOGIA VARIAZIONI	3
PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	16
OBIETTIVI.....	16
STRUTTURA DEL DOCUMENTO.....	16
GENERALITÀ	17
ACRONIMI, SIGLE E ABBREVIAZIONI	17
RIFERIMENTI NORMATIVI	20
CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	29
REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE.....	37
SISTEMA DEI CONTROLLI	39
CALENDARIO DEGLI INVII.....	40
ALLEGATI.....	41
TRACCIATI RECORD	41
LE SCHEDE ANALITICHE	63
COMBINAZIONI AMMESSE PER I CAMPI RELATIVI ALLA RESIDENZA ANAGRAFICA	265
Codifica ICD-9-CM della patologia per malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19).....	267
Codifica ICD-9-CM della patologia per la definizione dei casi di Demenza	268
TABELLA DEI CONTROLLI LOGICO-NORMATIVI.....	270

CRONOLOGIA VARIAZIONI

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V15	13/01/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi in coerenza ad alcuni dei quali sono stati apportati alcuni degli aggiornamenti del Disciplinare (v. indicatore n. 4 in DM MdS n. 43 del 22/02/2007 oggetto di monitoraggio LEA); - Campo 02.0: aggiunte nuove segnalazioni S24, S25, S26, S27, S28, S29; - Campo 41.0: aggiunte nuove segnalazioni S24, S26; - Campo 69.0: aggiunte nuove segnalazioni S25, S26; - Campo 82.0: aggiornati valori ammessi (aggiunte voci 24, 25); - Campo 102.0: aggiunti nuovo controllo L107 e nuove segnalazioni S27, S28, S29; - Campi 109.0: aggiornati valori ammessi per il solo tracciato DOM (eliminata voce 3 – sostituita dalle nuove voci 14, 15 – e aggiunte voci 16, 17). - Controllo L36: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L107: nuovo inserimento; - Segnalazioni S24, S25, S26, S27, S28, S29: nuovo inserimento.
V14	25/11/2020	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi in seguito alla pubblicazione di provvedimenti regionali urgenti per la gestione dell’Emergenza COVID-19 (in particolare la DGR n. 21-2070 del 9/10/2020, la DGR 2-2254 del 11/11/2020, la Nota regionale prot. n. 38022/A1413C del 18/11/2020) che hanno indotto il repentino aggiornamento del Disciplinare per consentire il tempestivo avvio delle relative rilevazioni; - Aggiornato paragrafo <i>Articolazione della Struttura di erogazione</i> (aggiunto codice di attività residenziale temporanea sanitaria per Emergenza COVID-19 per assistiti NON POSITIVI 2.09.37); - Campi 02.0, 26.0, 137.0: aggiunti controlli L105, L106; - Campo 28.0: rimosso controllo L99; - Campo 136.0: aggiunti controlli L99, L105; - Campo 139.0: aggiornati valori ammessi per i tracciati RES e CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni; aggiunti controlli L105, L106; - Campo 140.0: aggiunto controllo L106; - Controllo L80: aggiornate denominazione e prescrizioni controllo; - Controlli L98, L100: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L99: aggiornati prescrizioni controllo e campi di applicazione; - Controlli L105, L106: nuovo inserimento; - Segnalazione S01: aggiornate denominazione e condizioni di attivazione.
V13	21/05/2020	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi in seguito alla stipula dell’Accordo Integrativo Regionale “COVID” del 13 maggio 2020 tra la Regione Piemonte e le organizzazioni dei Medici di Medicina Generale per la gestione della Fase 2 dell’Emergenza COVID-19, il quale ha indotto il

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V12	03/04/2020	<p>repentino aggiornamento del Disciplinare per consentire il tempestivo avvio delle rilevazioni inerenti a prese in carico domiciliari temporanee di assistiti positivi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 25.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 136.0: aggiornati valori ammessi per il tracciato DOM; - Campo 139.0: aggiornati valori ammessi per il tracciato DOM e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Controlli L98, L100, N16: aggiornate prescrizioni controllo. <p>- Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni;</p> <p>- Aggiornati riferimenti normativi in seguito alla pubblicazione di provvedimenti ministeriali e regionali urgenti per la gestione dell’Emergenza COVID-19 (in particolare la D.G.R. n. 14-1150 del 20 marzo 2020 e la Nota regionale prot. n. 11429/A1413C del 3 aprile 2020), che hanno indotto il repentino aggiornamento del Disciplinare per consentire il tempestivo avvio delle relative rilevazioni;</p> <p>- Aggiornati definizione dell’oggetto di rilevazione dei flussi informativi residenziali nella sezione <i>Contesto di riferimento</i>;</p> <p>- Aggiornati <i>Articolazione della Struttura di erogazione</i> (aggiunti codici di attività residenziale temporanea sociosanitaria per assistiti POSITIVI COVID-19 2.09.35 e CAVS ordinaria per pazienti POSITIVI COVID-19 2.09.36), <i>Calendario degli invii</i> e <i>Codifica dell’Identificativo Evento</i>;</p> <p>- Aggiornati Tracciato Eventi di assistenza domiciliare, Tracciato Eventi di assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria, Tracciato Eventi di assistenza residenziale temporanea sanitaria (aggiunto nuovo evento Etichetta);</p> <p>- Campo 02.0: aggiunti controlli L92, L96, L98, L99, L100, N16; ovviato a mancata citazione Controlli applicati (aggiunti controlli N01, N03, N04, N05, N09, N10);</p> <p>- Campi 03.1, 03.2: ovviato a mancata citazione Controlli applicati (aggiunto controllo N10);</p> <p>- Campi 23.1: aggiunto controllo L92;</p> <p>- Campo 24.0: aggiornati valori ammessi CAVS e relativa legenda codici FAR e CAVS in Osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campo 26.0: aggiunti nuovi controlli L98, L99, L100, N16;</p> <p>- Campo 27.0: aggiunti nuovi controlli L92, L100;</p> <p>- Campo 28.0: aggiunti nuovi controlli L93, L99, L102; ovviato a mancata citazione Controlli applicati (aggiunti controllo L45, segnalazione S04);</p> <p>- Campo 31.0: aggiunto nuovo controllo L99;</p> <p>- Campi 34.1, 41.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campi 42.1, 42.2, 42.3, 42.4, 42.5: aggiornate Osservazioni e precisazioni (aggiunte indicazioni per la codifica per COVID-19 e per casi di demenza);</p> <p>- Campi 38.0, 81.0, 104.0, 106.0, 108.0, 124.0, 127.0: ovviato a mancata citazione Controlli applicati (aggiunta segnalazione S04);</p> <p>- Campo 108.0: aggiunti nuovi controlli L94, L95, L103, L104;</p>

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - Campo 109.0: aggiornati valori ammessi FAR e CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni (eliminata voce 2, soppiantata dalle voci 21 e 22); - Campo 111.1: aggiornati valori ammessi SIAD e FAR e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campi 111.2, 111.3, 111.4: aggiornati valori ammessi SIAD e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 118.0: aggiornate descrizioni legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campi 124.0, 127.0, 130.0, 131.0, 132.0: aggiunti controlli N01, N05; - Campo 126.0: corretto refuso in descrizione campo; - Campi 136.0, 137.0, 138.0, 139.0, 140.0: nuovo inserimento; - Controllo L07: aggiornata lista dei campi oggetto di applicazione; - Controlli L23, L45, N13: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L62: corretto refuso su quota SSR; - Controlli L92, L93, L94, L95, L96, L97, L98, L99, L100, L101, L102, L103, L104, N16: nuovo inserimento; - Controlli N02, N06, N07, N09, N10: aggiornata denominazione; esplicitati parametri di attivazione del controllo; - Controlli N01, N03, N05: aggiornata denominazione; aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli N04, N08: aggiornata denominazione controllo; - Segnalazione S04: esplicitati e aggiornati campi di applicazione; - Segnalazioni S20, S21: corretto refuso su quota SSR; - Aggiunta sezione <i>Codifica patologia per Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)</i>. - Aggiunte tabelle <i>Codici ICD-9-CM per la definizione dei casi di demenza e Sinossi controlli bloccanti per violazioni di chiave</i>.
V11	25/11/2019	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati riferimenti normativi; - Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni; - Aggiornata tabella <i>Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali</i> (aggiunte nuove Tipologie <i>setting</i> di cura SIAD 14 e 15, FAR 24, 25, 26, 27; mero aggiornamento delle etichette delle Tipologie <i>setting</i> di cura 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17) e paragrafo <i>Articolazione della Struttura di erogazione</i> (introduzione Cure domiciliari riabilitative SRD-RRF e SRD-NPI) della sezione <i>Contesto di riferimento</i>; - Aggiunto paragrafo <i>Validità dei codici</i> alla sezione <i>Sistema dei Controlli</i>; - Campi 02.0, 04.0, 39.0: aggiunti controlli N14, N15; - Campo 06.0: introdotto controllo OBVA scartante per i codici ENI rilasciati da ASL della Regione Piemonte, nonché per i codici STP indipendentemente dall'Ente di rilascio; rimossi controlli L87, L88; aggiunte segnalazioni S22, S23; aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 27.0: aggiornati valori ammessi e relativa legenda codici Assistenza domiciliare, residenziale e residenziale temporanea

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V10	01/02/2019	<p>sociosanitaria; aggiunto controllo N14;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 33.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 82.0: aggiornati valori ammessi e relativa legenda codici; - Controlli L26, L29, L30, L34, L41, L43, L45, L47, L56, L57, N06, N07: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L87, L88: controlli eliminati; - Controlli N14, N15: nuovo inserimento; - Segnalazioni S22, S23: nuove segnalazioni.
V09	14/12/2018	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi in seguito al rilascio di nuove specifiche funzionali ministeriali FAR (v. 6.3) e SIAD (v. 6.4), alla pubblicazione del DM MdS del 7 dicembre 2016 (c.d. DM Interconnessione), del

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>Regolamento UE 2016/679 (c.d. GDPR);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserito paragrafo <i>Rilevazione informazioni assistiti inseriti in struttura residenziale in regime privato</i> in Contesto di riferimento; - Aggiornata tabella <i>Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali</i> (aggiunte nuove Tipologie <i>setting</i> di cura FAR 18, 19, 20, 21, 22, 23); - Aggiornata lista Codici di attività (rimosso codice attività residenziale 2.09.15, aggiunto codice attività residenziale 2.09.18); - Aggiornato paragrafo <i>Calendario degli invii</i>; - Aggiornato paragrafo <i>Codifica dell'Identificativo Evento</i>; - Aggiornato paragrafo <i>Descrizione del tracciato</i>; - Aggiornato paragrafo <i>Condizioni di obbligatorietà</i> (nuova voce NV); - Aggiornato Tracciato Anagrafico e di presa in carico (aggiunti nuovi campi Codice identificazione personale TEAM e Regime di inserimento, modificata condizionalità campo 15.0 per tracciati RES e CAVS – da NBB a CON – e rimozione campi tariffa giornaliera applicata); - Aggiornato Tracciato Eventi di assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria (aggiunti nuovi eventi Tariffa giornaliera applicata e Prestazioni semiresidenziali); - Aggiornato Tracciato Eventi di assistenza residenziale temporanea sanitaria (Tariffa giornaliera applicata, Prestazione ambulatoriale e Sospensione); - Campi degli eventi Valutazione e Sospensione: aggiunto controllo L89; - Campo 01.0: aggiornate descrizioni valori ammessi e tabelle di riferimento; aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 02.0: aggiunti controlli L04, L75, L76, L77, L78, L79, L80, L81, L82, L83, L84, L85, L86, L89, L90 (per mera selezione tracciato di applicazione); - Campi 05.0, 42.1: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 06.0: aggiornata denominazione (da “Codice fiscale” a “Codice identificativo assistito”); aggiornata lunghezza massima; aggiornati valori ammessi e Osservazioni e precisazioni; aggiunti controlli L74, L87 e L88, nonché segnalazioni S18, S19; - Campo 12.0: aggiunto controllo L86, migliorata descrizione valori ammessi in osservazioni e precisazioni; - Campi 13.0, 14.0, 23.1: aggiornata condizionalità di compilazione Tracciati RES e CAVS (da OBB a CON), aggiunto controllo L90; - Campo 15.0: aggiornata condizionalità di compilazione Tracciati RES e CAVS (da NBB a CON), aggiunti controlli L86 e L90, nonché segnalazione S18, aggiornate Osservazione e precisazioni; - Campo 16.0: aggiunto controllo L75, aggiornate osservazioni e precisazioni, migliorata descrizione tabelle di riferimento; - Campo 17.0: aggiornati valori ammessi e osservazioni e precisazioni; - Campo 18.0: aggiornate descrizioni valori ammessi e tabelle di riferimento;

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - Campo 21.0: aggiornata condizionalità di compilazione Tracciato RES (da OBB a CON), aggiunto controllo L90; - Campo 22.0: aggiornata condizionalità di compilazione Tracciato RES (da OBB a CON), aggiornati valori ammessi Tracciato DOM e relativa legenda in Osservazioni e precisazioni, aggiunto controllo L90; - Campo 24.0: aggiornata condizionalità di compilazione Tracciati RES e CAVS (da OBB a CON) aggiornati valori ammessi e relative legende in Osservazioni e precisazioni, aggiunto controllo L90; - Campo 25.0: aggiunto controllo L90; - Campo 27.0: aggiornate descrizioni legenda in Osservazioni e precisazioni; - Campo 28.0: aggiunti nuovi controlli L76, L79, L81, L84, N13; - Campo 29.0: aggiornati Descrizione campo Assistenza residenziale e semiresidenziale, valori ammessi, tabelle di riferimento, Osservazioni e precisazioni; - Campo 37.0: aggiunto nuovo controllo L69; - Campi 38.0, 81.0, 113.0: aggiunto nuovo controllo N13; - Campo 80.0: aggiunto nuovo controllo L70; - Campo 82.0: aggiornati valori ammessi e relativa legenda in Osservazioni e precisazioni; - Campi Eventi Valutazione e Sospensione: aggiunto controllo L89; - Campo 103.0: inserimento in tracciato CAVS; aggiunto nuovo controllo L72; - Campi 104.0, 106.0: inserimento in tracciato CAVS; aggiunti nuovi controlli L83, N13; - Campo 105.0: inserimento in tracciato CAVS; aggiornati valori ammessi e relative legende in Osservazioni e precisazioni; - Campo 107.0: aggiunto nuovo controllo L73; - Campo 108.0: aggiunti nuovi controlli L77, L80, L82, N13 - Campo 109.0: aggiornati valori ammessi tracciati RES e CAVS e relativa legenda in Osservazioni e precisazioni; - Campo 112.0: aggiunto nuovo controllo L71; - Campo 117.0: aggiornata condizionalità di compilazione Tracciato RES (da NBB a CON), aggiunto controllo L90; - Campo 119.0: aggiornati valori ammessi e tabelle di riferimento; - Campi 122.0, 123.0, 124.0, 125.0, 126.0, 127.0, 128.0, 129.0, 130.0, 131.0, 132.0, 133.0, 134.0, 135.0: nuovo inserimento; - Aggiornata tabella <i>Combinazioni ammesse per i campi relativi alla residenza anagrafica</i>; - Controllo L04: aggiornati campi di applicazione e prescrizioni controllo; - Controlli L06, L11, L34, L45, L47, L54, L56, L57, L58: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L23: aggiornate prescrizioni controllo per il flusso “RE”; - Controllo L58: aggiornate denominazione e prescrizioni controllo; - Controlli L69, L70, L71, L72, L73, L74, L75, L76, L77, L78, L79, L80,

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V08	15/12/16	<p>L81, L82, L83, L84, L85, L86, L89, N13: nuovo inserimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segnalazione S05: aggiornate condizioni di attivazione; - Segnalazioni S06, S08: migliorata descrizione delle condizioni di attivazione; - Segnalazioni S18, S19: nuovo inserimento. <p>- Aggiornata prima di copertina;</p> <p>- Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni;</p> <p>- Aggiornati riferimenti normativi e relativo ordinamento cronologico;</p> <p>- Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali: corretti refusi riferimenti normativi elenco Tipologie <i>setting</i> di cura;</p> <p>- Regole generali di compilazione: aggiornato titolo paragrafo Condizioni di obbligatorietà dei campi;</p> <p>- Allegati: aggiornati titolo paragrafo Condizioni di obbligatorietà e descrizione tipo campo 'non rilevante';</p> <p>- Tracciati ANAG, RES, CAVS: inserita nota a piè di pagina campo chiave Tipo flusso (02.0);</p> <p>- Tracciato DOM: aggiornate descrizioni sezioni Evento Prestazione ed Evento Prestazione di Lungoassistenza e Interventi economici;</p> <p>- Schede analitiche: migliorate descrizioni intestazioni/sezioni schede elencate in premessa;</p> <p>- Campo 02.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni, esplicitata applicazione controllo L20, aggiunti nuovi controlli L66, L67, L68, aggiunta nuova segnalazione S16;</p> <p>- Campi 06.0, 13.0, 14.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campo 22.0: aggiornata lista valori ammessi CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunto nuovo controllo L66;</p> <p>- Campo 23.1: aggiornata lista valori ammessi CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunto nuovo controllo L67;</p> <p>- Campo 24.0: aggiornate liste valori ammessi RES e CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunta nuova segnalazione S16;</p> <p>- Campo 25.0: aggiunta nuova segnalazione S16;</p> <p>- Campo 27.0: corretti refusi riferimenti normativi legenda codici Assistenza domiciliare in Osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campo 28.0: aggiunti nuovi controllo L66, L67, L68;</p> <p>- Campo 31.0: aggiunta nuova segnalazione S17, aggiornate Osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campo 41.0: aggiornata descrizione campo;</p> <p>- Campo 85.0: aggiornate lista valori ammessi e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni;</p> <p>- Campo 109.0: aggiornate lista valori ammessi RES e CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunto nuovo controllo L68;</p> <p>- Aggiornata tabella Combinazioni ammesse per i campi relativi alla residenza anagrafica;</p>

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V07	18/08/16	<ul style="list-style-type: none"> - Controllo L13: migliorata descrizione controllo (nessuna variazione alle prescrizioni del controllo); - Controllo L20: migliorata descrizione controllo esplicitando distintamente modalità di applicazione al tipo flusso CA (nessuna variazione alle prescrizioni del controllo); - Controlli L35, L41, L43: aggiornate prescrizioni controlli; - Controlli L66, L67, L68: nuovo inserimento; - Segnalazione S14: aggiornate condizioni di attivazione; - Segnalazione S16, S17: nuovo inserimento. <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati riferimenti normativi; - Aggiornati paragrafi Contesto di riferimento (introduzione della rilevazione dell'attività di Assistenza residenziale temporanea sanitaria – CAVS) - Aggiornato paragrafo Codifica dell'Identificativo evento; - Aggiornato tracciato "Anagrafico e di presa in carico" (ANAG) per acquisizione flusso CAVS; - Aggiunto tracciato "Eventi di assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS)"; - Aggiornati controlli per introduzione tracciato CAVS; - Campo 02.0: aggiornati valori ammessi; - Campo 22.0: aggiornati valori ammessi; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 23.1: aggiornata descrizione campo, aggiornati valori ammessi; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 24.0: aggiornati valori ammessi; aggiunto controllo L65; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 26.0: aggiornati valori ammessi; aggiunti controlli L63, L64; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 27.0: aggiornati valori ammessi; aggiunti controlli L62, L63; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 34.1: aggiunto controllo L62; aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 42.1: aggiunto controllo L63; - Campi 103.0, 104.0, 105.0, 106.0: aggiunta segnalazione S12 - Campo 109.0: aggiornati valori ammessi; aggiunto controllo L64; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 117.0: aggiunto controllo L65; - Campo 119.0: aggiunto controllo L64; - Campi 120.0, 121.0: nuovo inserimento; - Controlli L02, L08, L14, L15, L16, L17, L21, L22, L23, L45, N01, N04, N06, N07: aggiornate prescrizioni controlli; - Controlli L62, L63, L64, L65: nuovo inserimento.
V06	12/07/16	<ul style="list-style-type: none"> - Reintrodotta numerazione versioni; - Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi;

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati paragrafi Contesto di riferimento, Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali, Articolazione della Struttura di erogazione, Calendario degli invii; - Inserimento paragrafo Monitoraggio degli invii; - Aggiornata premessa Tracciati record; - Aggiornato tracciato “Anagrafico e di presa in carico” (ANAG) con aggiunta dei campi “Codice Reparto di provenienza” (117.0) e “Motivo accettazione” (118.0); - Aggiornato tracciato “Eventi di assistenza residenziale, residenziale temporanea sociosanitaria e semiresidenziale” con aggiunta campo “Struttura di destinazione” (119.0); - Campi 01.0, 03.1, 03.2, 06.0, 28.0, 107.0: aggiunte segnalazioni S10, S11; - Campo 02.0: aggiunto controllo L61; aggiunte segnalazioni S10, S11, S12, S13, S14, S15; - Campo 22.0: aggiornati valori ammessi; aggiunte segnalazioni S10, S11; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 23.1: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 24.0: aggiunta segnalazione S14; aggiornati valori ammessi; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 26.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 27.0: aggiornati valori ammessi; aggiunto controlli L61; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 34.1: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 42.1: aggiornata condizionalità di compilazione Tracciato “RES” (da NBB a OBB); - Campo 81.0: aggiunta segnalazione S13; - Campo 82.0: aggiornati valori ammessi; aggiunto controllo L61; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campi 103.0, 104.0, 105.0, 106.0: aggiunta segnalazione S12 - Campo 108.0: aggiunte segnalazioni S10, S11, S13; - Campo 109.0: aggiornati valori ammessi; aggiunto controllo L64; aggiunte segnalazioni S10, S13, S15; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 111.1: aggiornati valori ammessi; aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campi 111.2, 111.3, 111.4: aggiornata legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campi 117.0, 118.0, 119.0: nuovo inserimento; - Controlli L14, L21, L22, L23, L31: aggiornate prescrizioni controlli; - Controllo L61: nuovo inserimento; - Segnalazioni S10, S11, S12, S13, S14, S15: nuovo inserimento.
V05	16/06/15	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati riferimenti normativi; - Corretto refuso citazione DGR di riferimento in tabella Flusso-Tipologia di progetto-Tipologia <i>setting</i> di cura per allineamento a medesima legenda

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>campo 27.0;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regole generali di compilazione: aggiornata descrizione valori ammessi; - Campi 02.0: sospesa applicazione controllo L55; - Campi 02.0, 03.1, 03.2, 33.0: sospesa applicazione controllo L55; aggiunta segnalazione S09; - Campi 04.0: aggiunti controllo N11, N12; - Campi 09.0, 21.0, 28.0, 38.0, 81.0, 104.0, 106.0, 108.0, 113.0: aggiornati valori ammessi e Osservazioni e precisazioni; - Campi 12.0, 15.0: aggiunta segnalazione S08; - Campo 16.0: aggiornati valori ammessi e tabelle di riferimento; aggiunto controllo L58; - Campo 17.0: aggiunto controllo L58; - Campi 19.0, 20.0, 47.0: aggiunto controllo L59; - Campi 103.0: aggiunto controllo N11; - Campo 104.0: aggiunto controllo N11; aggiornati valori ammessi e Osservazioni e precisazioni; - Campi 106.0, 108.0: aggiunti controllo L60, N11, N12; aggiornati valori ammessi e Osservazioni e precisazioni; - Campo 107.0: aggiunto controllo N12; - Controllo L55: sospesa applicazione controllo; - Controlli L58, L59, L60, N11, N12: nuovo inserimento; - Segnalazioni S08, S09: nuovo inserimento.
V04	14/05/14	<ul style="list-style-type: none"> - Inserito Sommario; - Inserita Cronologia variazioni; - Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni; - Aggiornato elenco Riferimenti normativi; - Aggiornata tabella Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali; - Campo 02.0: aggiornata denominazione controllo L17; aggiunti controlli L56, L57; inserita segnalazione S07; - Campi 06.0, 28.0: aggiunti controlli L56, L57; - Campi 30.0, 32.0: aggiornata denominazione controllo L17; inserita segnalazione S07; - Campo 12.0: rimosso controllo L09, inserita segnalazione S06; - Campo 15.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, rimosso controllo L09, inserita segnalazione S06, aggiornate Osservazioni e Precisazioni; - Campo 27.0: aggiunti controlli L56, L57; aggiornata Legenda codici in Osservazioni e Precisazioni; - Campo 108.0: aggiunti controlli L56, L57; aggiornate Osservazioni e Precisazioni; - Campo 109.0: aggiornate Osservazioni e Precisazioni; - Controllo L09: controllo eliminato; - Controllo L17: aggiornate denominazione e prescrizioni controllo; - Controllo L36: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L46: migliorata descrizione controllo;

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V03	20/12/13	<ul style="list-style-type: none"> - Controlli L56, L57: nuovo inserimento; - Segnalazioni S06, S07: nuovo inserimento. - Inserita cronologia variazioni; - Aggiornata lista acronimi e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi; - Contesto di riferimento: aggiornato elenco codici attività residenziale e semiresidenziale; - Tracciati record: aggiornamento campi chiave, per coerenza con le specifiche ministeriali; inseriti chiarimenti per la sostituzione e la cancellazione di prestazioni nell'ambito dello stesso accesso; - Campo 01.0, 04.0: applicati nuovi controlli N02, N06, N07, N08, N09, N10; - Campo 02.0: applicati nuovi controlli L55, N02, N06, N07; - Campi 03.1, 03.2: applicati nuovi controlli L55, N02, N06, N07, N09; estesa applicazione controlli L16, L17, L23, L45; - Campo 06.0: specificata tabella di riferimento; inserimento del campo in chiave; aggiornate osservazioni e precisazioni; applicati nuovi controlli N06, N07; - Campi 09.0, 21.0, 106.0: applicato nuovo controllo L07; - Campi 11.0, 17.0: aggiornate osservazioni e precisazioni; - Campi 12.0: applicato nuovo controllo L09; - Campo 15.0: aggiornata condizione di obbligatorietà e applicato nuovo controllo L09; - Campo 24.0 tracciato RES: aggiornati valori ammessi e legenda codici struttura di provenienza; - Campi 27.0 applicato nuovo controllo N06; tracciato RES: inserita segnalazione S05, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 28.0: inserimento del campo in chiave; applicati nuovi controlli L07, N06, N07; tracciato RES: aggiornate osservazioni e precisazioni, in conformità a specifiche ministeriali; - Campi 29.0, 30.0: inserimento dei campi in chiave; applicati nuovi controlli N06, N07; - Campo 33.0: applicato nuovo controllo L55; - Campo 34.2 tracciato RES: inserita segnalazione S05, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 37.0, 80.0, 103.0, 107.0, 112.0: ribadito inserimento campi in chiave; applicati nuovi controlli N08, N09, N10; - Campo 38.0: inserimento del campo in chiave; aggiornata descrizione campo e applicato nuovi controlli L07, N09, N10; - Campi 69.0, 70.0: applicato nuovo controllo L12; aggiornate osservazioni e precisazioni; - Campi 81.0, 108.0, 113.0: inserimento dei campi in chiave; applicati nuovi controlli L07, N09, N10; - Campo 82.0: inserimento del campo in chiave; applicati nuovi controlli N09, N10;

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - Campo 85.0: inserimento del campo in chiave; applicato nuovo controllo L13; - Campo 104.0: inserimento del campo in chiave; applicati nuovi controlli L07, N09, L53, N10; - Campo 106.0: applicato nuovo controllo L53; - Campo 108.0: inserimento del campo in chiave; applicato nuovo controllo L07; tracciato RES: aggiornate osservazioni e precisazioni, in conformità a specifiche ministeriali; - Campo 109.0: aggiornati valori ammessi; tracciato RES: aggiornata legenda codici tipologia dimissione, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campi 111.1, 111.2, 111.3, 111.4: aggiornata lunghezza campo; tracciato DOM: aggiornate liste soggetti valutatori; - Campo 113.0: inserimento del campo in chiave; - Controlli L07, L09, L12, L13, L53, L55, N02, N06, N07, N08, N09, N10: nuovo inserimento; - Controlli L15, L30 tracciato DOM: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L16, L17 tracciato RES: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L20, L23, L27, L34, L39, L40, L45, N01, N04, N05: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L23 tracciato RES: aggiunta gestione case di cura; - Controlli L29, L31, L39, L42, L44, L48, N03: perfezionate descrizioni; - Controllo L45, tracciato RES: aggiornato elenco codici attività residenziale e semiresidenziale ammessi; - Segnalazione S03: eliminata; - Segnalazioni S04, S05: nuovo inserimento.
V02	08/11/10	<ul style="list-style-type: none"> - Campo 31.0: indicato valore 999999 per Matricola Unità Produttiva non censita in Anagrafe Strutture; - Campo 32.0: incrementata lunghezza del campo a 11 caratteri; - Campo 111.1, tracciato DOM: inserita nuova tipologia valutatore (9 = Logopedista); - Campi 111.2, 111.3, 111.4: inserita nuova tipologia valutatore (9 = Logopedista);
V01	20/09/10	<ul style="list-style-type: none"> - Campi 03.1, 03.2, 04.0, 38.0: inserito nuovo controllo L51; - Campi 03.1, 03.2, 04.0, 39.0: inseriti nuovi controlli L46, L49; - Campi 03.1, 03.2, 38.0, 39.0: inserito nuovo controllo L52; - Campi 03.1, 03.2, 04.0, 37.0, 39.0: inserito nuovo controllo L37; - Campi 04.0, 37.0, 39.0: inserito nuovo controllo L25; - Campo 27.0, tracciato DOM: inserite nuove Tipologie di cura ed estesi controlli L29 e L41 (8 = Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11189/2009); 9 = Interventi economici media intensità (DGR 39-11189/2009); 10 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 39-11189/2009); 11 = Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13192/2009); 12 = Interventi economici media intensità (DGR 56-13192/2009); 13 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 56-

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>13192/2009));</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campi 27.0, 37.0-79.0, 111.1-111.4, 115.0: modificati controlli L29, L41; - Campi 27.0, 112.0, 113.0, 114.0: modificato controllo L43; - Campo 34.1: aggiornate osservazioni e precisazioni (per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dall'ASL al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dall'ASL alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico)); - Campo 34.2: aggiornate osservazioni e precisazioni (per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dall'utente o dai suoi familiari al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dall'utente o dai suoi familiari alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico)); - Campo 34.3: aggiornate osservazioni e precisazioni (per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dal Comune/Ente Gestore al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dal Comune/Ente Gestore alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico)); - Campo 39.0: eliminata applicazione controllo L30; - Campi 39.0, 41.0-42.5, 115.0: eliminato controllo L24: vincolo rilevazione patologia prevalente, concomitante e neurologica solo alla prima valutazione; - Campo 41.0: inserita applicazione controllo L30, eliminata applicazione controllo L41; - Campo 41.0, tracciato RES: inserita compilazione obbligatoria; - Campo 109.0, tracciato RES: modificati codici Motivo Conclusione assistenza (1 = Dimissione a domicilio senza assistenza; 2 = Dimissione a domicilio con assistenza; 3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti; 4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza; 5 = Decesso; 8 = Cambio tariffa e/o ripartizione quota; 9 = Dimissione per cambio struttura); - Campo 105.0, tracciato RES: modificati i codici Motivazione della sospensione (1 = ricovero temporaneo in Ospedale; 2 = allontanamento temporaneo; 3 = altro); - Campo 107.0: corretta lunghezza del campo nella tabella di riepilogo (AN 15 anziché 12); - Inserita nuova segnalazione S03; <p>Versione iniziale del documento.</p>

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

OBIETTIVI

Il presente documento costituisce il disciplinare tecnico di riferimento per la corretta compilazione dei flussi informativi regionali per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (flusso SIAD-RP) e residenziale e semiresidenziale (flusso FAR-RP) erogate dalle strutture sanitarie della Regione Piemonte, in coerenza con i Decreti Ministeriali del 17 dicembre 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare” e “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali”.

Il documento riporta i tracciati previsti da ciascun flusso, le regole funzionali per la corretta valorizzazione dei campi, i controlli formali ed i controlli logici applicati a livello regionale sui dati trasmessi dalle ASR coinvolte.

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il documento si articola in:

- PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO.
- IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.
- GENERALITÀ: riporta il significato di acronimi ed abbreviazioni usati nel testo; seguono i riferimenti normativi più significativi cui si fa riferimento; viene quindi chiarito il significato di alcune locuzioni la cui univoca interpretazione è fondamentale per una corretta compilazione dei flussi.
- IL SISTEMA DEI CONTROLLI: illustra le varie tipologie di controlli informatici applicati a livello centrale.
- ALLEGATI: comprendono i tracciati in forma tabellare e le schede analitiche relative ad ogni singolo campo, alcune tabelle di codifica.

GENERALITÀ

ACRONIMI, SIGLE E ABBREVIAZIONI

A	= ALFABETICO
ADI	= ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
ADP	= ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
AIC	= Area Interaziendale di Coordinamento
AIR	= Accordo Integrativo Regionale
AN	= ALFANUMERICO
AO	= AZIENDA OSPEDALIERA
AOU	= Azienda Ospedaliera Universitaria
ARPE	= Archivio Regionale dei Punti di erogazione (subentrata ad ASN)
AS	= Azienda Sanitaria
ASL	= AZIENDA SANITARIA LOCALE
ASN	= Anagrafe Strutture sanitarie della Regione Piemonte
ASO	= Azienda Sanitaria Ospedaliera
ASR	= AZIENDA SANITARIA REGIONALE
Ass.	= assistenza
B.U.R.P.	= Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte
CAVS	= Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria
CDA	= Centro Diurno Alzheimer Autonomo
CDAI	= Centro Diurno Alzheimer Inserito in struttura (RSA)
CDCD	= Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze
CDI	= Centro Diurno Integrato inserito in un presidio sociosanitario
CDIA	= Centro Diurno Integrato Autonomo
Cfr.	= confronta, <i>confer</i>
CON	= CONDIZIONATO
COVID-19	= <i>CoronaVirus Disease 2019</i> (Malattia da Coronavirus 2019)
CSR	= Conferenza Stato-Regioni (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano)
CTR	= CONTROLLO
CUNI	= Codice Univoco Non Invertibile
D	= DATA
DCR	= Delibera del Consiglio Regionale
DD	= Determina Dirigenziale
DDL	= Disegno di Legge
DGPROG	= Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
DGSISS	= Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario
DGR	= Deliberazione della Giunta Regionale
D.I.R.M.E.I.	= Dipartimento Interaziendale Malattie ed Emergenze Infettive
DL	= Decreto Legge
D.lgs	= Decreto legislativo
DM	= DECRETO MINISTERIALE
DPCM	= Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPGR	= Decreto del Presidente della Giunta Regionale
DRG	= <i>Diagnosis-Related Groups</i> (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)
ECG	= Elettrocardiogramma
ENI	= Europeo non iscritto al SSN
es.	= esempio
ETS	= Ente del Terzo Settore

FAR	= Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali
FIM	= FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
FS	= Federazione (sanitaria) Sovrazonale
FSN	= Fondo Sanitario Nazionale
FSR	= Fondo Sanitario Regionale
GAF	= Gestione Accoglienza Flussi
GDPR	= <i>General Data Protection Regulation</i> (Regolamento Generale sulla Protezione Dati)
G.U.	= Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
G.U.C.E.	= Gazzetta Ufficiale della Comunità Europea (sostituita dalla G.U.U.E. in data 1/02/2003)
G.U.U.E.	= Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea
h/hh	= ora/e
HGT	= <i>Haemo-Gluco-Test</i>
ICD9CM	= <i>International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification</i> (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica)
ICD10CM	= <i>International Classification of Diseases, 10th revision, Clinical Modification</i> (Classificazione internazionale delle malattie, X revisione)
IRCCS	= Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISI	= Informazione Salute Immigrati
L.	= Legge (nazionale)
LEA	= Livelli Essenziali di Assistenza
LIS	= <i>Locked-in Syndrome</i>
LR	= Legge Regionale
MAP	= Medico di Assistenza Primaria
MCA	= Medico di Continuità Assistenziale
MDC	= <i>Major Diagnostic Categories</i>
MdS	= Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)
MEF	= Ministero dell'Economia e delle Finanze
MMG	= Medico di Medicina Generale
MRA	= Monitoraggio della Rete di Assistenza
n. / num.	= numero
N	= NUMERICO
n.a.	= non applicabile
NAC	= Nuclei Alta Complessità per patologie neurologiche
NAT	= Nuclei Alzheimer Temporaneo
N.B.	= nota bene
NBB	= NON OBBLIGATORIO
n.d.	= non disponibile
NPI	= NeuroPsichiatria Infantile
NR/n.r.	= Non Rilevante
NSIS	= Nuovo Sistema Informativo Sanitario (nazionale)
NSV	= Nucleo assistenza soggetti in Stato Vegetativo e in stato di minima coscienza
NV	= non valorizzato
OBB	= OBBLIGATORIO
o.d.g.	= ordine del giorno
ONLUS	= Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale
OO.SS.	= organizzazioni sindacali

PA	= Pubblica Amministrazione
PADDI	= Piattaforma per l'Analisi Dati Decisionali Integrati della Sanità
PAI	= Piano di Assistenza Individualizzato
par.	= paragrafo
PIC	= Presa in carico
p.l.	= posto/i letto
PLS	= Pediatra di libera scelta
Prot.	= Protocollo
RA	= Residenza Assistenziale
RAA	= Residenza Assistenziale Alberghiera
RAB	= Residenza Assistenziale Base
RAF	= Residenza Assistenziale Flessibile (titolo convertito in RSA)
RDM	= Repertorio dei Dispositivi Medici
Rep.	= Repertorio
rif.to	= riferimento
RP	= Regione Piemonte
RRF	= Recupero e Riabilitazione Funzionale
RSA	= Residenza Sanitaria Assistenziale
SEE	= Spazio Economico Europeo
SARS-CoV-2	= <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i> (Grave Sindrome Respiratoria Acuta da Coronavirus 2)
SIAD	= Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
SID	= SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE
SISP	= Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
SISR	= Sistema Informativo Sanitario Regionale
SLA	= Sclerosi Laterale Amiotrofica
SM	= Sclerosi Multipla
s.m.i.	= successive modificazioni e/o integrazioni
SMC	= Stato di Minima Coscienza
SRD	= Servizio Riabilitativo Domiciliare
SSN	= Servizio Sanitario Nazionale
SSR	= Servizio Sanitario Regionale
STP	= Straniero Temporaneamente Presente
SV	= Stato Vegetativo
TEAM	= Tessera Europea Assicurazione Malattia
UE	= Unione Europea
U.O.	= UNITÀ OPERATIVA
U.O.C.P.	= UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE
U.P.	= UNITÀ PRODUTTIVA
USCA	= Unità Speciale di Continuità Assistenziale
U.V.	= Unità di Valutazione
U.V.G.	= Unità di Valutazione Geriatrica
v.	= vedi
VAC	= <i>Vacuum Assisted Closure</i>
ver.	= versione
XML	= <i>eXtensible Markup Language</i>
XSD	= <i>XML Schema Definition</i>

RIFERIMENTI NORMATIVI

- [D1] – **D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502** “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 305 del 30 dicembre 1992, e s.m.i. (per quanto attiene al “debito informativo delle strutture erogatrici”).
- [D2] – **D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56** “Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133”, pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 62 del 15 marzo 2000 (per quanto attiene alle “Procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria” previste dall'art. 9).
- [D3] – **Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni² del 22 febbraio 2001** “Accordo tra il Ministero della Sanità, il Ministro per la Solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Operatore Socio-Sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione”, pubblicato in G.U. Serie Generale n. 91 del 19 aprile 2001.
- [D4] – **DM MdS 12 dicembre 2001** “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria” (Indicatori LEA), pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 34 del 9 febbraio 2002.
- [D5] – **D.G.R. n. 46-5662 del 25 marzo 2002** “Recepimento dell'accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni in relazione al profilo dell'Operatore Socio-Sanitario: approvazione delle linee d'indirizzo per la formazione di base per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio-Sanitario” – Allegato B “Operatore Socio-Sanitario: descrizione”.
- [D6] – **D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002** “Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte”
- [D7] – **D.G.R. n. 15-7336 del 14 ottobre 2002** “Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti all'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma regionale per le Cure Palliative.”
- [D8] – **D.G.R. n. 51-11389 del 23 dicembre 2003** “D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria” – Allegato 1 “Accordo sugli indirizzi, linee guida e percorsi per l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) sull'area socio-sanitaria” e relativo Allegato A “L'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungoassistenza”.

² Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

- [D9] – **D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004** “Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente”;
- [D10] – **Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR)** ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell’articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (per quanto attiene all’inclusione del conferimento dei dati al Nuovo Sistema Informativo Sanitario fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN – Adempimenti LEA).
- [D11] – **DM MdS del 5 dicembre 2006** “Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie”, pubblicato sulla G.U. Serie generale n. 22 del 27 gennaio 2007.
- [D12] – **DM MdS del 22 febbraio 2007, n. 43:** “Regolamento recante: definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell’articolo 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n. 311”.
- [D13] – **D.G.R. n. 21-7391 del 12 novembre 2007,** “Rivalutazione dei parametri di riferimento per l’attribuzione del ‘peso’ ai casi di Cure domiciliari correlato al consumo delle risorse impiegate. Criteri per le procedure di addebito in ambito extraregionale per prestazioni non soggette a compensazione”.
- [D14] – **D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008,** “Cartella Geriatrica dell’Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti” e della D.G.R. n. 14-26366/1998 “Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG”.
- [D15] – **DM MdS del 17 dicembre 2008** “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare”, pubblicato nella G.U. n. 6 del 9 gennaio 2009.
- [D16] – **DM MdS del 17 dicembre 2008** “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali.”, pubblicato nella G.U. n. 6 del 9 gennaio 2009.
- [D17] – **D.G.R. n. 39-11190 del 6 aprile 2009,** “Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria e istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla

D.G.R. n. 37-6500 del 23.7.2007”.

- [D18] – **D.G.R. n. 44-12758 del 7 dicembre 2009**, “Approvazione dello schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio sanitarie accreditate”
- [D19] – **D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010** “Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienze in lungoassistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a 65 anni. Modifiche e integrazioni alla DGR 39-11190 del 6 aprile 2009”.
- [D20] – **D.G.R. n. 23-13609 del 22 marzo 2010** “Adempimenti in ottemperanza ai Decreti Ministeriali del 17.12.2008: ‘Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare’ e ‘Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali’”.
- [D21] – **D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010** “Istituzione del percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza, *Locked-in Syndrome*”.
- [D22] – **D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010** “Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41- 5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009”.
- [D23] – **D.D. n. 205/A14 del 4 marzo 2020** “Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali – Nuovi criteri guida per la rilevazione dei dati - Revoca DD n. 683 del 30 settembre 2010”.
- [D24] – **D.G.R. n. 18-804 del 15 ottobre 2010** “Disposizioni in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2011 e 2012”.
- [D25] – **D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012** “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni”.
- [D26] – **Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 255/CSR)**, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome”, pubblicata nel Supplemento Ordinario n. 9 della G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013 (per quanto attiene al Codice STP – par. 1.2.1 – e al Codice ENI – par. 2.4).

- [D27] – **D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013**, “Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012”.
- [D28] – **D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013** “Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese in applicazione della DCR n. 167-14087 del 03/04/2012 (P.S.S.R. 2012-2015)”.
- [D29] – **D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”.
- [D30] – **D.G.R. n. 18-1326 del 20 aprile 2015** “Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall’esercizio 2015”.
- [D31] – **D.G.R. n. 43-2578 del 9 dicembre 2015** “Piano regionale di interventi straordinari finalizzato a rispondere in modo appropriato ed efficiente alle necessità sanitarie relative alla stagione invernale 2015-2016”.
- [D32] – **D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015** “Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Modifica alla D.G.R. n. 6-5519/2013. Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B) e C) alla D.G.R. n. 13-2022 del 5 agosto 2015”.
- [D33] – **D.D. n. 924 del 30 dicembre 2015** “Modalità operative per l’esercizio dell’attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS)”.
- [D34] – **Nota regionale prot. n. 2901/A14000 del 5 febbraio 2016** “Indicazioni operative e flusso informativo per l’attività di CAVS”.
- [D35] – **Parere del Tavolo congiunto Ministero della Salute e Ministero dell’Economia prot. n. 29 del 8 marzo 2016.**
- [D36] – **D.G.R. n. 30-3016 del 7 marzo 2016** “Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015 recante ‘Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Modifica alla D.G.R. n. 6-5519/2013. Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B) e C) alla D.G.R. n. 13-2022 del 5 agosto 2015”.
- [D37] – **Nota regionale prot. n. 5842/A1405A del 8 marzo 2016.**

- [D38] – **Nota MdS prot. n. 2504-P del 29 marzo 2016** della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario (DGSISS) del Ministero della Salute “Comunicazione dei termini per l’invio dei dati al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e della chiusura del sistema di accoglienza flussi (GAF)”.
- [D39] – **D.G.R. n. 32-3342 del 23 maggio 2016** “Disposizioni relative all’attivazione di prestazioni di tipo riabilitativo aggiuntive alle attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) di cui alla D.G.R. 6-5519 del 14 marzo 2013 e s.m.i.”
- [D40] – **D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016** “Modulazione dell’offerta degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell’Unità di Valutazione Geriatrica”.
- [D41] – **Specifiche funzionali dei tracciati SIAD** (Sistema Informativo per il monitoraggio dell’Assistenza Domiciliare) versione 6.4 di maggio 2018 rilasciate dal Ministero della Salute in data 31/05/2018, per la trasmissione dei dati inerenti agli esercizi 2018 e successivi.
- [D42] – **Specifiche funzionali dei tracciati FAR** (Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali) versione 6.3 di maggio 2018, rilasciate dal Ministero della Salute in data 16/05/2018, per la trasmissione dei dati inerenti agli esercizi 2018 e successivi.
- [D43] – **D.D. n. 417/A14 del 19 luglio 2016** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari in attuazione della D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013”.
- [D44] – **Nota regionale prot. n. 15747/A1403A del 20 luglio 2016** “Tracciato Integrato FAR/CAVS”.
- [D45] – **D.G.R. n. 12-3730 del 27 luglio 2016** “Modifiche ed integrazioni dell’allegato A D.G.R. 6-5519 del 14/03/2013 – paragrafo ‘Continuità assistenziale a valenza sanitaria’. Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B) e C) alla D.G.R. n. 30-3016 del 7 marzo 2016”.
- [D46] – **Nota regionale prot. n. 17735/A1410A del 23 agosto 2016** “Attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria: attivazione Flusso informatizzato FAR/CAVS. Indicazioni operative. Convocazione 23 settembre 2016”.
- [D47] – **D.D. n. 543 del 15 settembre 2016** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione della D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013”.
- [D48] – **L. 5 giugno 1990, n. 135** “Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l’AIDS” (per quanto attiene al diritto all’anonimato – art. 5).

- [D49] – **D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309** “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” (per quanto attiene al diritto all’anonimato – art. 120).
- [D50] – **L. 30 dicembre 1991, n. 412** “Disposizioni in materia di finanza pubblica” (per quanto attiene all’uso del Codice fiscale – art. 4).
- [D51] – **D.lgs 30 giugno 2003, n. 196** “Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE”, pubblicato nel Supplemento Ordinario n. 123 della G.U. n. 174 del 29 luglio 2003, e s.m.i.
- [D52] – **Decisione UE n. 190 del 18 giugno 2003 (2003/752/CE)** “Caratteristiche tecniche della Tessera Europea di Assicurazione Malattia”, pubblicata nella G.U.U.E. Serie L n. 276/4 del 27 ottobre 2003.
- [D53] – **D.lgs 18 agosto 2015, n. 142** “Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all’accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della Direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale” (per quanto attiene al diritto all’assistenza sanitaria degli stranieri richiedenti protezione internazionale – art. 21).
- [D54] – **Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016**, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati), pubblicato in G.U.U.E. Serie L n. 119/1 del 4 maggio 2016.
- [D55] – **DPGR 4 luglio 2016, n. 9/R** "Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della regione, delle aziende sanitarie, degli enti ed agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione, ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)"³.
- [D56] – **DM MdS del 7 dicembre 2016** “Regolamento recante procedure per l’interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato”, pubblicato in G.U. Serie generale n. 32 del 8 febbraio 2017.

³ Il 24 maggio 2018 è divenuto operativo il Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati [D54]; l’Italia, con il D.lgs 101 del 10 agosto 2018 [D58], ha adeguato il proprio Codice in materia di protezione dei dati personali [D51]. La modifica al Codice ha abrogato gli artt. 20 e 21 in base ai quali fu emanato il Regolamento regionale, il quale resta tuttavia applicabile fino a nuove disposizioni normative (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=2864>)

- [D57] – **Nota MdS prot. n. 7404-P del 7 marzo 2017** della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGPROG) del Ministero della Salute “Stranieri richiedenti protezione internazionale. Assistenza sanitaria nelle more del riconoscimento di protezione internazionale”.
- [D58] – **D.lgs 10 agosto 2018, n. 101** “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)” pubblicato in G.U. Serie generale n. 205 del 4 settembre 2018.
- [D59] – **D.G.R. n. 30-7568 del 21 settembre 2018** “Ridefinizione del fabbisogno dei posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS). Aggiornamento dell'Allegato A alla D.G.R. n. 12-3730 del 27 luglio 2016”.
- [D60] – **D.D. n. 925/A14 del 21 dicembre 2018** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013”.
- [D61] – **D.G.R. n. 26-10669 del 2 febbraio 2009** “Linee Guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte relativamente ai soggetti in età evolutiva ad integrazione della D.G.R. 41-5952 del 7 Maggio 2002”
- [D62] – **D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019** “D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica e integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i.”.
- [D63] – **D.D. n. 586/A14 del 29 luglio 2019** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013”.
- [D64] – **D.D. n. 672/A14 del 27 settembre 2019** “Adozione dei moduli di Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI), di Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e delle Schede di Valutazione di fine trattamento riabilitativo nell'ambito Cure Domiciliari Riabilitative in attuazione della D.G.R. n. D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019”.
- [D65] – **Nota MdS prot. n. 15847 del 25/11/2019** della Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica (DGSISS) del Ministero della Salute “Rilevazione dei soggetti Stranieri temporaneamente presenti attraverso la ‘Tipologia del codice identificativo dell'assistito’”.
- [D66] – **D.G.R. n. 26-6993 del 30 dicembre 2013** “Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti.”
- [D67] – **Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 130/CU)** ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. c), del D.lgs 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le

demenze” e “Linee di indirizzo Nazionali sull’uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze”.

- [D68] – **D.D. n. 945/A14 del 20 dicembre 2019** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.”
- [D69] – **D.G.R. n. 14-1150 del 20 marzo 2020** “Misure emergenziali per far fronte all’epidemia COVID-19. Modalità di attivazione di posti letto in RSA autorizzate o accreditate. Integrazione alla D.G.R. n. 12-1124 del 13 marzo 2020.”
- [D70] – **Linee guida per la codifica della SDO per casi affetti da Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)** allegate alla **Nota MdS prot. n. 7648 del 20/03/2020** della Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica (DGSISS) e della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGPROGS) del Ministero della Salute “Emergenza COVID-19 e flussi informativi NSIS: codifiche e tempistiche di trasmissione”.
- [D71] – **Nota regionale prot. n. 11429/A1413C del 3 aprile 2020** “DGR n. 14-1150 del 20 marzo 2020: indicazioni operative per l’inserimento in ARPE delle Nuove Unità Produttive dedicate all’emergenza COVID-19 e per la gestione delle Prese in Carico dei pazienti positivi COVID-19, nonché degli assistiti non affetti da COVID-19.”
- [D72] – **Nota regionale prot. n. 14384/A1413C del 30 aprile 2020** “DGR n. 14-1150 del 20 marzo 2020: indicazioni operative per l’inserimento in ARPE delle Nuove Unità Produttive dedicate all’emergenza COVID-19 e per la gestione delle Prese in Carico dei pazienti positivi COVID-19, nonché degli assistiti non affetti da COVID-19. Aggiornamento.”
- [D73] – **Accordo Integrativo Regionale “COVID” del 13 maggio 2020** tra la Regione Piemonte e le organizzazioni dei Medici di Medicina Generale per la gestione della Fase 2 dell’Emergenza COVID-19.
- [D74] – **D.G.R. n. 30-1380 del 15 maggio 2020** “Recepimento AIR COVID stipulato in data 13 maggio 2020 tra la Regione Piemonte e le OOSS dei Medici di Medicina Generale.”
- [D75] – **D.D. n. 647/A1416C del 30 giugno 2020** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.”
- [D76] – **D.G.R. n. 21-2070 del 9 ottobre 2020** “Proroga del termine di validità dell’AIR COVID, sottoscritto in data 13 maggio 2020, tra la Regione Piemonte e le OOSS dei medici di medicina generale, recepito con D.G.R. n. 30- 1380 del 15 maggio 2020.”
- [D77] – **D.G.R. n. 2-2254 del 11 novembre 2020** “Aggiornamento e revisione linee di indirizzo per il reperimento di strutture residenziali "alberghiere", "extra-alberghiere", "sociali", "socio-sanitarie" e "sanitarie", per offrire risposta a pazienti asintomatici o paucisintomatici colpiti dal virus COVID-19 e altre misure finalizzate alla Continuità Assistenziale. Revoca della DGR 20 marzo 2020, n. 14-1150.”

- [D78] – **Nota regionale prot. n. 38022/A1413C del 18 novembre 2020** “DGR n. 2-2254 del 11 novembre 2020: indicazioni operative per l’inserimento in ARPE delle Nuove Unità Produttive dedicate all’emergenza COVID-19 e per la gestione delle Prese in Carico in p.l. RSA e p.l. CAVS di pazienti sia positivi COVID-19 sia non positivi COVID-19.”
- [D79] – **DM MdS n. 43 del 22 febbraio 2007** “Regolamento recante: 'Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311'.”
- [D80] – **D.D. n. 1531/A1416C del 7 dicembre 2020** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.”

CONTESTO DI RIFERIMENTO

I flussi informativi riguardano:

Assistenza domiciliare: prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate in maniera programmata da operatori afferenti al SSN nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Sono oggetto di rilevazione tutte le prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie caratterizzate dai seguenti aspetti:

- presa in carico dell'assistito;
- valutazione multidimensionale dell'assistito;
- definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- responsabilità clinica in capo a Medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di Libera Scelta (PLS) o al medico della terapia del dolore, o al medico delle cure palliative purché afferenti al Distretto/ASL.

Rientrano nella rilevazione anche i casi volti ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera (o un CAVS, o una Casa di cura, etc.) e le "cure palliative domiciliari" in quanto caratterizzata da presa in carico, valutazione multidimensionale, definizione di un progetto di assistenza individuale e responsabilità clinica in capo al MMG, al PLS o al medico della terapia del dolore, o al medico delle cure palliative.

Sono invece **escluse** dalla rilevazione:

- le "cure domiciliari prestazionali" (PIE) che non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale (esempio: prelievi occasionali a domicilio);
- l'ospedalizzazione a domicilio, caratterizzata dall'erogazione di prestazioni al domicilio del paziente, da parte di un'equipe ospedaliera;
- le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socio-assistenziali;
- i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dalle equipe psichiatriche territoriali del Dipartimento di Salute Mentale;
- le prestazioni al domicilio ai sensi della D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 (RSA Aperta) [D40].

Tra le cure domiciliari prestazionali estemporanee (PIE) non rientrano le prestazioni ripetitive (per esempio, prelievi a pazienti in TAO e sostituzioni periodiche di cateteri vescicali). Al fine di non perdere la valorizzazione della produzione ricorrente relativa alle TAO, si rende necessario ricondurre al flusso SIAD-RP quest'attività. È quindi necessario aprire una cartella con la relativa valutazione multidimensionale e la definizione di un progetto di assistenza.

Assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria: attiene alle

1. prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate da Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti, di cui alla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR), ad anziani o a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche; rientrano nella rilevazione gli assistiti in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza, *Locked-in-Syndrome*, Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale, Sclerosi Multipla;
2. prestazioni residenziali erogate da Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti, con posti letto accreditati e autorizzati ex art. 8 quater o autorizzati ex 8 ter del D.lgs n. 502/92 e s.m.i. [D1] e contrattualizzati ad hoc, a persone non affette da COVID-19 con bisogni sanitari compatibili con l'assistenza in RSA, allo scopo di ridurre la pressione sulle strutture pubbliche attraverso la loro presa in carico temporanea, di cui alla D.G.R. n. 14-1150 del 20 marzo 2020 [D69];
3. prestazioni residenziali erogate da Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti autorizzate ex art. 8 ter del D.lgs n. 502/1992 e s.m.i. [D1], a pazienti COVID-19 positivi con bisogni sanitari compatibili con l'assistenza in RSA in posti letto dedicati, di cui alla D.G.R. n. 14-1150 del 20 marzo 2020 [D69].

Non costituiscono oggetto di monitoraggio le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a:

- disabili;
- persone affette da patologie psichiatriche e patologie da dipendenza;
- minori;
- ricoveri nelle strutture ex art. 26.

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS): riguarda le

1. prestazioni sanitarie residenziali erogate da strutture residenziali – ivi comprese le Residenze Sanitarie Assistenziali autorizzate e accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) – per attività di ricovero in posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS);
2. prestazioni sanitarie residenziali erogate da strutture residenziali – ivi comprese le Residenze Sanitarie Assistenziali autorizzate e accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) – per attività di ricovero in posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) a pazienti COVID-19 positivi con bisogni sanitari compatibili con l'assistenza in RSA in posti letto dedicati, di cui alla D.G.R. n. 14-1150 del 20 marzo 2020 [D69]

Rilevazione informazioni assistiti inseriti in struttura residenziale in regime privato

La rilevazione inerente agli assistiti ospitati in strutture residenziali socio-sanitarie e sanitarie in regime privato riguarda esclusivamente alcune informazioni di identificazione dell'assistito e della relativa presa in carico incluse nel tracciato "Anagrafico e di presa in carico" (ANAG) e nel solo evento Conclusione dei tracciati "Eventi di assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria" (RES) ed "Eventi di assistenza residenziale temporanea sanitaria" (CAVS). Tuttavia, in seguito all'entrata in vigore del GDPR [D54] e delle relative disposizioni per

l'adeguamento della normativa nazionale [D58], la raccolta e il trattamento di tali informazioni potranno essere avviati solo in seguito a verifica di effettiva conformità alla nuova normativa o, in subordine, in seguito all'entrata in vigore di norme atte a consentirli.

Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali

Al fine di consentire la corretta lettura dei dati nell'ambito del sistema di monitoraggio regionale, gli interventi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, sono articolati in tipologia di Progetto e Tipologia di Cura e intensità come da normative regionali.

La tabella che segue riporta i codici dei progetti e delle relative tipologie di cura (campo 27.0), nonché l'indicazione relativa alle finalità di monitoraggio.

Flusso	Tipologia di Progetto	Tipologia di Cura
SIAD (DO)	1 = Domiciliare	1 = Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
		2 = Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
		3 = Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
		4 = Assistenza Domiciliare Cure Palliative (ADI+UOCP)
		14 = Cure domiciliari riabilitative RRF (SRD-RRF) [D62, D64]
		15 = Cure domiciliari riabilitative NPI (SRD-NPI) [D62, D64]
		5 = Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51-11389/2003) [D8]
		6 = Lungoassistenza media intensità (DGR 51-11389/2003) [D8]
		7 = Lungoassistenza medio-alta intensità (DGR 51-11389/2003) [D8]
		8 = Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11190/2009) [D17]
		9 = Interventi economici media intensità (DGR 39-11190/2009) [D17]
		10 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 39-11190/2009) [D17]
		11 = Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13332/2010) [D19]
12 = Interventi economici media intensità (DGR 56-13332/2010) [D19]		
13 = Interventi economici medio alta intensità (DGR 56-13332/2010) [D19]		
FAR (RE)	2 = Semiresidenziale socio-sanitario	1 = Centri Diurni
		2 = Centri Diurni Alzheimer (CDAA, CDAI)
	3 = Residenziale socio-sanitario	1 = Progetto intensità bassa
		14 = Progetto intensità medio-bassa
		2 = Progetto intensità media
	4 = Residenziale temporaneo	3 = Progetto intensità medio-alta
		4 = Progetto intensità alta
		5 = Progetto intensità alta incrementata

	sociosanitario	6 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza <u>in</u> NSV
		18 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza non in NSV
		27 = Progetto ad personam <u>in</u> NSV [D21]
		7 = Progetto per <i>locked-in-syndrome</i> <u>in</u> NAC
		19 = Progetto per <i>locked-in-syndrome</i> non in NAC
		8 = Progetto per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale <u>in</u> NAC
		20 = Progetto per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale non in NAC
		9 = Progetto per sclerosi multipla in stadio avanzato <u>in</u> NAC
		21 = Progetto per sclerosi multipla in stadio avanzato non in NAC
		22 = Altro progetto di alta complessità <u>in</u> NAC
		23 = Altro progetto di alta complessità non in NAC
		26 = Progetto ad personam <u>in</u> NAC [D21]
		10 = Progetto per Alzheimer e demenza <u>in</u> NAT
		24 = Progetto per Alzheimer e demenza non in NAT
		25 = Progetto ad personam per Alzheimer e demenza <u>in</u> NAT
		11 = Progetto ad personam intensità bassa non in NAT/NAC/NSV [D21]
		15 = Progetto ad personam intensità medio-bassa non in NAT/NAC/NSV [D21]
		12 = Progetto ad personam intensità media non in NAT/NAC/NSV
		16 = Progetto ad personam intensità medio-alta non in NAT/NAC/NSV
		13 = Progetto ad personam intensità alta non in NAT/NAC/NSV
		17 = Progetto ad personam intensità alta incrementata non in NAT/NAC/NSV
CAVS (CA)	6 ⁴ = Residenziale temporaneo sanitario	1 = CAVS ordinario ⁵
		2 = CAVS con pacchetto riabilitativo

⁴ La tipologia di progetto 5 è riservata per la prossima rilevazione delle attività di Progetto residenziale sociosanitario al domicilio (RSA Aperta).

⁵ Ivi compreso il CAVS ordinario a indirizzo Neuropsichiatrico

Articolazione della Struttura di erogazione

In Regione Piemonte l'articolazione organizzativa della struttura di erogazione viene definita dalle Aziende Sanitarie in coerenza all'Atto Aziendale nell'applicativo regionale Anagrafe Strutture.

Per l'Assistenza domiciliare le codifiche utilizzate sono le seguenti:

- **Codice del Titolare (ASL)** che eroga l'assistenza domiciliare (P.IVA)
- **Codice Matricola dell'Unità Produttiva** che rileva l'Attività erogata nel Punto fisico di erogazione (Punto di erogazione)

I codici di Attività per l'assistenza domiciliare definiti nel catalogo ARPE, associati alle relative matricole UP, sono:

- 2.07.17: Cure domiciliari (da utilizzare per le tipologie di Cura ADI, ADP, SID, SRD-RRF, SRD-NPI, Lungoassistenza, Interventi economici);
- 2.07.16: Cure Palliative domiciliari malato terminale (ADI + UOCP).

Per l'Assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria, le codifiche utilizzate sono le seguenti:

- **Codice ASL territoriale** (sul cui territorio è ubicata la struttura);
- **Codice del Titolare della Struttura (STS11)** che eroga le prestazioni di assistenza residenziale o semiresidenziale (P.IVA);
- **Codice Matricola dell'Unità Produttiva** che rileva l'Attività erogata nel Punto fisico di erogazione (Punto di erogazione).

I codici di Attività residenziale e semiresidenziale socio-sanitarie definiti nel catalogo ARPE, associati alle matricole UP, sono:

- Codici di Attività semiresidenziale sociosanitaria:
 - 2.08.10: Assistenza semiresidenziale a favore di anziani non autosufficienti (centri diurni);
 - 2.08.11: Assistenza semiresidenziale a favore di altri utenti (Centri Diurni Alzheimer – CDAA-CDAI).
- Codici di Attività residenziale sociosanitaria:
 - 2.09.10: Assistenza residenziale a favore di

- anziani non autosufficienti (RSA);
 - 2.09.13: Assistenza residenziale anziani a favore di altri utenti (Nuclei Alzheimer Temporaneo – NAT);
 - 2.09.14: Assistenza residenziale anziani a favore di altri utenti (Nuclei Alta Complessità per patologie neurologiche – NAC);
 - 2.09.18: Assistenza residenziale Stati Vegetativi e Stati di Minima Coscienza (SV/SMC);
 - 2.09.73: Assistenza residenziale a favore di altri utenti.
- Codici di Attività residenziale temporanea sociosanitaria per assistiti **POSITIVI** COVID-19 [D69]:
- 2.09.35: Assistenza residenziale a favore di anziani non autosufficienti (RSA) per COVID-19
- Codici di Attività residenziale temporanea sociosanitaria per COVID-19 (assistiti NON positivi) [D69, D72, D77, D78]:
- 2.09.10: Assistenza residenziale a favore di anziani non autosufficienti (RSA).

Per l'Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS), le codifiche utilizzate sono le seguenti:

- **Codice ASL territoriale** (sul cui territorio è ubicata la struttura);
- **Codice del Titolare della Struttura** (STS11) che eroga le prestazioni di assistenza residenziale o semiresidenziale;
- **Codice Matricola dell'Unità Produttiva** che rileva l'Attività erogata nel Punto fisico di erogazione (Punto di erogazione).

I codici di Attività per l'assistenza residenziale temporanea sanitaria definiti nel catalogo ARPE, associati alle matricole UP dei relativi nuclei CAVS, sono:

- Codici di Attività CAVS ordinaria:
 - 2.09.16: Attività CAVS ordinaria;
 - 2.09.22: Attività CAVS ordinaria a indirizzo Neuropsichiatrico.
- Codici di Attività CAVS ordinaria per pazienti **POSITIVI** COVID-19 [D69, D72, D77, D78]:

- 2.09.36: Attività CAVS ordinaria per COVID-19.
- Codici di Attività CAVS ordinaria per Emergenza COVID-19 per pazienti **NON POSITIVI** [D77, D78]
- 2.09.37: Attività CAVS ordinaria temporanea per NO-COVID

REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

Condizioni di obbligatorietà dei campi

Campi obbligatori

Sotto il profilo logico, ogni campo obbligatorio previsto nei tracciati deve necessariamente essere compilato con informazioni significative. La non compilazione dei campi obbligatori comporta lo scarto del record.

Campi non obbligatori

Associabile ad informazioni non ancora definite obbligatorie o ad eventi che possono non verificarsi (vale come esempio il campo "SOSPENSIONE").

Campi condizionati

Riguarda le informazioni che diventano obbligatorie soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato (esempio: la compilazione del campo "Ospedale/Struttura di provenienza" diventa obbligatoria se il campo "Provenienza assistito" contiene il valore "2 – provenienza Ospedale").

Tipo del campo e valori ammessi

Tutti i campi, quando valorizzati, devono essere compilati scegliendo il valore adatto fra quelli previsti nella riga "VALORI AMMESSI" del quadro "CORRETTEZZA FORMALE" delle schede. Il campo può essere di tipo:

- **ALFABETICO (A)**
- **ALFANUMERICO (AN)**
- **NUMERICO (N)**
- **DATA (D)**

Tipo DATA (D) nel formato GGMMAAAA: due cifre per il giorno, due per il mese, quattro per l'anno.

Modalità di movimentazione dei dati

Per ogni blocco informativo o record, è previsto un tipo movimento:

- "I" per il primo invio
- "C" per cancellazione
- "S" per sostituzione

il cui trattamento è esplicitato nell'apposita "scheda campo" in funzione del tipo di tracciato.

Al di facilitare la rilevazione, **un blocco informativo inviato con tipo movimento valorizzato a "S", ma non ancora presente nella base dati regionale, è trattato come un**

primo invio.

Si evidenzia, inoltre, che il sistema di elaborazione dati tratta i blocchi informativi secondo il seguente iter elaborativo:

1. gestione dei blocchi informativi con tipo movimento = “C”
2. gestione dei blocchi informativi con tipo movimento = “I”
3. gestione dei blocchi informativi con tipo movimento = “S”.

SISTEMA DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli prevede due livelli: livello formale e livello logico e normativo.

Controlli di tipo formale

La maggior parte dei controlli di tipo formale sono svolti al momento della compilazione dei tracciati attraverso il meccanismo di “regole grammaticali” proprio della struttura dei tracciati XML e XSD che consentono, prima della trasmissione dei dati, il controllo di:

- dato presente se il campo è definito “Obbligatorio” (l’omessa valorizzazione di campi obbligatori costituisce errore);
- dato del formato previsto per ogni campo;
- valore del campo compreso nell’intervallo di validità previsto;
- valore corretto, se il campo è associato a una lista valori.

Controlli logici e normativi

I controlli di livello logico e normativo, come per tutti i flussi di monitoraggio regionale, sono svolti a livello centrale.

I dati, controllati formalmente a livello locale prima del loro invio, vanno messi in relazione tra loro secondo i criteri di congruenza nel seguito descritti. Qualora tali controlli evidenzino anomalie, il record viene trattato come errato.

Il ciclo dei controlli prevede:

- la memorizzazione dei dati nell’archivio operativo (che costituisce la fonte per il monitoraggio di livello regionale e per l’invio dei dati al NSIS) se non vengono riscontrati errori o anomalie bloccanti;
- la restituzione all’Azienda inviante dei dati in caso di presenza di uno o più errori con la segnalazione del/degli errori riscontrati; i dati potranno essere rinviati al sistema entro il limite previsto.

Nei prospetti di restituzione, gli errori derivanti da mancata compilazione di un campo obbligatorio o da compilazione con un valore non ammesso sono etichettati con la sigla OBVA cui è associato il numero del campo per il quale è stato riscontrato l’errore (p.es., OBVA33.0).

In considerazione della specificità dei flussi trattati – le cui informazioni sono raccolte in itinere e non alla conclusione dell’assistenza –, il tracciato relativo ai dati anagrafici e di presa in carico può essere inviato disgiuntamente dal tracciato degli eventi; saranno, invece, respinti i record inerenti a eventi non collegabili a schede anagrafiche e di presa in carico in previamente inviate e accettate.

Validità dei codici

Laddove non diversamente indicato, i codici inseriti nei campi che li prevedono devono essere validi alla “Data di presa in carico” (campo 28.0).

CALENDARIO DEGLI INVII

Secondo l'art. 5, comma 2 di entrambi i decreti istitutivi dei flussi ministeriali FAR e SIAD, DM 17 dicembre 2008, "le informazioni devono essere rilevate al verificarsi degli eventi [...] e trasmesse al NSIS con cadenza mensile" [D15] (trimestrale per il flusso FAR [D16]) "entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi".

Tuttavia, le effettive scadenze e periodicità degli invii sono fissate dall'Assessorato, con specifica DGR del Settore DB2003 - Assetto Istituzionale ed Organizzativo delle ASR e Sistemi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro cui i dati devono essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.

In caso di invio di dati oltre la scadenza massima di invio definita nel calendario regionale, il sistema di monitoraggio accoglie ugualmente i dati, valorizzandoli in extracompetenza, ma essi non concorrono al calcolo degli indici di monitoraggio. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza pervenuti non oltre la scadenza di consolidamento dell'esercizio sono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle "eccezioni", qualora ammesso dal Ministero.

Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza vengono considerate le seguenti date:

- Tracciato "Anagrafico e di presa in carico" (ANAG): Data di presa in carico (28.0);
- Tracciato "Eventi di assistenza domiciliare" (DOM): rispettivamente, per ogni tipo di evento, al suo verificarsi, Data valutazione (38.0), Data di accesso (81.0), Data inizio erogazione contributo (113.0), Data decorrenza etichetta (136.0), Data scadenza etichetta (140.0), Data inizio sospensione (104.0), Data fine sospensione (106.0), Data conclusione (108.0);
- Tracciato "Eventi di assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria" (RES): rispettivamente, per ogni tipo di evento, al suo verificarsi, Data inizio tariffa (124.0), Data valutazione (38.0), Periodo competenza prestazioni SR (127.0), Data decorrenza etichetta (136.0), Data scadenza etichetta (140.0), Data inizio sospensione (104.0), Data fine sospensione (106.0), Data conclusione (108.0);
- Tracciato "Eventi di assistenza residenziale temporanea sanitaria" (CAVS): rispettivamente, per ogni tipo di evento, al suo verificarsi, Data inizio tariffa (124.0), Data valutazione (38.0), Data prestazione ambulatoriale (130.0), Data inizio sospensione (104.0), Data fine sospensione (106.0), Data decorrenza etichetta (136.0), Data scadenza etichetta (140.0), Data conclusione (108.0).

Indicativamente ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento di dati precedentemente inviati.

MONITORAGGIO DEGLI INVII

Il conferimento dei dati integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento per il S.S.N. a carico dello Stato (adempimenti LEA).

ALLEGATI

TRACCIATI RECORD

Premessa

I flussi informativi delle prestazioni di assistenza domiciliare (SIAD-RP) e di assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR-RP e CAVS-RP) sono costituiti ciascuno da due tracciati:

- **Tracciato “Dati anagrafici e di presa in carico” (ANAG):** raccoglie i dati anagrafici ed i dati relativi alla presa in carico dell'assistito nell'ambito dell'assistenza domiciliare e/o residenziale/semiresidenziale sociosanitaria, residenziale sanitaria (CAVS).
- **Tracciato “Eventi di assistenza domiciliare” (DOM), tracciato “Eventi residenziali/residenziali temporanei/semiresidenziali sociosanitari (RES) e tracciato “Eventi residenziali temporanei sanitari (CAVS)”:** riguardano le informazioni relative agli eventi assistenziali.

Il tracciato “Dati anagrafici e di presa in carico” ed i tracciati relativi agli “Eventi di assistenza domiciliare” ed agli “Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale” sono logicamente collegati da una chiave univoca composta da più campi. L'accettazione del tracciato eventi è subordinata alla precedente corretta accettazione del tracciato anagrafico e di presa in carico collegato.

Codifica dell'Identificativo Evento

Gli Eventi di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale/semiresidenziale (previsti nei tracciati DOM, RES e CAVS) – a eccezione degli eventi Tariffa giornaliera applicata, Prestazioni semiresidenziali, Prestazione ambulatoriale, Etichetta – devono essere identificati da un codice (alfanumerico di 15 caratteri) univoco per Azienda formato da:

- primi 3 caratteri: Codice ASL inviante
- successivi 2 caratteri: identificativo flusso (DO / RE / CA)
- successivo carattere: tipologia di evento (in lettera maiuscola)
- successivi 9 caratteri: una combinazione di cifre numeriche e lettere dell'alfabeto (maiuscole).

Le tipologie di evento sono:

V = evento valutazione

P = evento prestazione

L = evento prestazione di lungoassistenza e interventi economici

S = evento sospensione

C = evento conclusione

Esempio di codice identificativo di evento valido:

301CAV000000001 = primo evento di valutazione residenziale sanitaria dell'ASL 301

Descrizione del tracciato

Le colonne delle tabelle che descrivono le informazioni richieste riportano:

Numero scheda:

il primo gruppo di 2 cifre – seguite da un punto – indica il numero progressivo del campo, da 01 a xx. La prima cifra dopo il punto indica l'esistenza di eventuali "sottocampi" (es: anno e progressivo del Codice Cartella Territoriale).

Nome campo: Termine che identifica il campo.

Tipo: definisce il campo quale *alfanumerico, alfabetico, numerico o data*.

Lunghezza (Lun.):

numero dei caratteri ammesso del campo (massimo o prefissato).

Note:

riportano una breve osservazione volta a caratterizzare il campo; note esplicative più estese sono contenute nei quadri "descrizione del campo" e "osservazioni e precisazioni" di ogni singola scheda esplicativa.

Condizioni di obbligatorietà:

specifica per ogni campo se la sua compilazione è:

obbligatoria (OBB): il campo deve essere sempre compilato; il valore corretto è scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE";

non obbligatoria (NBB): il campo può non essere sempre compilato; quando compilato, il valore corretto è scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE";

non valorizzato (NV): il campo non deve essere compilato, in quanto non più rilevante per lo specifico tracciato (in cui è mantenuto per esigenze di compatibilità con una sua versione pregressa);

non rilevante (NR): il campo non ha rilevanza per lo specifico tracciato: su di esso non verrà effettuato alcun controllo, in quanto campo non previsto nel tracciato;

condizionato (CON): il campo deve essere compilato in combinazione con altri campi del tracciato.

NSIS:

la colonna NSIS indica se il dato richiesto è previsto nel tracciato NSIS (indicato con NS) o è solo di livello regionale (indicato con RP).

Tracciato "Anagrafico e di presa in carico"

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **ANAG**.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	CAVS	NSIS
Identificativo Cartella Territoriale								
01.0	Azienda inviante	AN	3	Ass. domiciliare: ASL (Titolare) che eroga l'assistenza; Ass. residenziale/semiresidenziale: ASL che prende in carico e inserisce il Soggetto nella Struttura.	OBB	OBB	OBB	RP
02.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di tracciato (DO/RE/CA).	OBB	OBB	OBB	RP
03.0	Codice Cartella Territoriale							
03.1	Anno	N	4	Anno di presa in carico del soggetto nell'ambito della tipologia di Progetto assistenziale.	OBB	OBB	OBB	RP
03.2	Progressivo	N	8	Progressivo numerico di Cartella Territoriale nell'ambito dell'Azienda inviante e dell'anno.	OBB	OBB	OBB	RP
04.0	Tipo movimento	AN	1	I: inserimento; C: cancellazione; S: sostituzione.	OBB	OBB	OBB	NS
Dati anagrafici								
05.0	Id-AURA	N	10	Codice identificativo del soggetto nel sistema regionale AURA-TS.	NBB	NBB	NBB	RP
06.0	Codice identificativo Assistito	AN	20	Codice identificativo dell'assistito.	OBB	OBB	OBB	NS
122.0	Altro Codice identificativo Assistito	AN	20	Codice identificativo Assistito di altro tipo	CON	CON	CON	RP
07.0	Cognome	A	50	Cognome dell'assistito.	CON	CON	CON	RP
08.0	Nome	A	50	Nome dell'assistito.	CON	CON	CON	RP
09.0	Data di nascita	D	8	Data di nascita dell'assistito.	CON	CON	CON	NS
10.0	Genere	N	1	Sesso dell'assistito.	CON	CON	CON	NS
11.0	Provincia e comune o stato estero di nascita	AN	6	Codice luogo di nascita dell'assistito.	CON	CON	CON	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	CAVS	NSIS
12.0	Cittadinanza	AN	3	Codice cittadinanza dell'assistito.	OBB	OBB	OBB	NS
13.0	Stato civile	AN	1	Stato civile dell'assistito.	OBB	CON	CON	NS
14.0	Titolo di studio	AN	1	Codice titolo di studio dell'assistito.	NBB	CON	CON	NS
15.0	Codice Istituzione TEAM	AN	28	Codice di identificazione assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione o di residenza.	NBB	CON	CON	RP/ NS ⁶
Dati di residenza								
16.0	Regione di residenza	AN	3	Regione/Stato estero di residenza alla presa in carico.	OBB	OBB	OBB	NS
17.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza	AN	6	Comune/Stato estero di residenza alla presa in carico.	OBB	OBB	OBB	NS
18.0	ASL di residenza	AN	3	È l'ASL cui afferisce il Comune di residenza dell'assistito.	OBB	OBB	OBB	NS
Conviventi								
19.0	Nucleo familiare	AN	2	Numero dei componenti il nucleo familiare.	OBB	NR	NR	NS
20.0	Assistente non familiare	AN	1	Persona non appartenente al nucleo familiare che convive con l'assistito.	OBB	NR	NR	NS
Richiesta								
21.0	Data accettazione richiesta	D	8	Ass. domiciliare: è la data che conclude il processo di accoglienza; Ass. residenziale/semiresidenziale: è la data di presentazione della domanda per UVG.	OBB	CON	NR	RP
22.0	Soggetto richiedente	AN	1	Codice tipologia di soggetto richiedente la presa in carico.	OBB	CON	CON	NS
23.0	Motivazione richiesta:							
23.1	Motivazione richiesta 1	AN	2	Ass. domiciliare: è il motivo per cui viene segnalato il caso alla Centrale operativa;	OBB	CON	CON	NS

⁶ RP per tracciato DOM

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	CAVS	NSIS
				Ass. residenziale/semiresidenziale e Continuità assistenziale: indica la motivazione alla base della richiesta di inserimento del Soggetto all'interno della Struttura.				
23.2	Motivazione richiesta 2	AN	2	Ass. domiciliare: motivazione 2.	NBB	NR	NR	RP
23.3	Motivazione richiesta 3	AN	2	Ass. domiciliare: motivazione 3.	NBB	NR	NR	RP
Provenienza assistito								
24.0	Provenienza assistito	AN	2	Provenienza assistito.	OBB	CON	CON	NS ⁷
25.0	Codice Struttura di provenienza	AN	8	Codice HSP11-BIS o codice STS11 dell'Ospedale o della Struttura di provenienza.	CON	CON	CON	RP
117.0	Codice Reparto di provenienza	AN	4	Codice reparto di provenienza dell'assistito	NR	CON	CON	RP
Accettazione								
118.0	Motivo accettazione	AN	1	Motivo accettazione	OBB	NR	NR	RP
Presenza in carico								
26.0	Tipologia di Progetto	AN	1	Codice tipologia di Progetto assegnato.	OBB	OBB	OBB	RP
27.0	Tipologia di Cura	AN	2	Codice tipologia di Cura / intensità assegnato.	OBB	OBB	OBB	RP
28.0	Data di presa in carico	D	8	Ass. domiciliare: data di apertura della Cartella Domiciliare da parte del Servizio di Cure Domiciliari; Ass. residenziale/semiresidenziale e Continuità assistenziale: data in cui l'assistito viene ammesso nella Struttura.	OBB	OBB	OBB	NS
Struttura di erogazione								
29.0	Azienda erogante	AN	3	Ass. domiciliare: identifica l'ASL che eroga il servizio di cure domiciliari;	OBB	OBB	OBB	NS

⁷ Solo tracciato RES e CAVS (ambito RP per il tracciato DOM)

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	CAVS	NSIS
				Ass. residenziale/semiresidenziale e Continuità assistenziale: identifica l'ASL o l'AO ove si trova la Struttura.				
30.0	Codice STS11 Titolare della Struttura	AN	6	Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale Titolare (Anagrafe delle Strutture).	NR	OBB	OBB	NS
31.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	OBB	OBB	RP
32.0	Codice regionale Titolare della Struttura	AN	11	Codice regionale ISTAT della Struttura residenziale /semiresidenziale Titolare (Anagrafe dei Presidi).	NR	OBB	NR	RP
33.0	Ente Gestore	AN	3	Codice Comune/Ente Gestore che partecipa all'erogazione del servizio.	CON	OBB	NR	RP
Regime di inserimento in struttura⁸								
123.0	Regime di inserimento	AN	1	Regime di inserimento in struttura (privato o in convenzione)	NR	OBB	OBB	RP

La chiave univoca di identificazione del record è costituita dai seguenti campi:

- Codice ASL inviante (01.0)
- Tipo flusso⁹ (02.0)
- Codice Cartella Territoriale¹⁰ (03.0)
- Codice identificativo Assistito¹¹ (06.0)

⁸ La rilevazione inerente agli assistiti ospitati in strutture residenziali socio-sanitarie e sanitarie in regime privato riguarda esclusivamente le informazioni incluse nel tracciato “Anagrafico e di presa in carico” (ANAG) e del solo evento Conclusione dei tracciati “Eventi di assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria” (RES) ed “Eventi di assistenza residenziale temporanea sanitaria” (CAVS).

⁹ v. Osservazioni e precisazioni nella scheda di dettaglio relativa al campo Tipo flusso.

¹⁰ Per il tracciato DOM, separatamente per ogni ambito di tipologia di cura (distinguendo l'ambito lungoassistenza e interventi economici), **ad ogni singola combinazione di Codice ASL inviante e Codice Cartella Territoriale (anno presa in carico + progressivo cartella) può essere associata una sola combinazione di Codice identificativo Assistito e Data presa in carico**; per i Tracciati RES e CAVS, **a ogni singola combinazione di Codice ASL inviante e Codice Cartella Territoriale può essere associata una sola combinazione di Codice identificativo Assistito, Data presa in carico, Codice ASL erogante e Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA).**

¹¹ **L'operazione di sostituzione del Codice identificativo Assistito non è consentita.** Per effettuare una

- Data presa in carico¹² (28.0)

ai quali, per il solo flusso RES, **si aggiungono** i seguenti due campi chiave:

- Codice ASL erogante (29.0)¹³
- Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA)¹⁴ (30.0)

variazione del codice identificativo Assistito associato ad un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo della relativa cartella e di ogni evento ad essa collegato.

¹² **L'operazione di sostituzione della Data di presa in carico non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di presa in carico associata ad un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo della relativa Cartella e di ogni evento ad essa collegato.

¹³ **L'operazione di sostituzione del Codice ASL erogante non è consentita.** Per effettuare una variazione del codice ASL erogante associato ad un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo della relativa cartella e di ogni evento ad essa collegato.

¹⁴ **L'operazione di sostituzione del Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA) non è consentita.** Per effettuare una variazione del codice STS11 titolare della struttura associato ad un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo della relativa cartella e di ogni evento ad essa collegato.

Tracciato “Eventi di assistenza domiciliare”

Nella trattazione delle schede esplicative i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice “DOM”.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	SISIS
Identificativo Cartella Territoriale						
01.0	Azienda inviante	AN	3	ASL (Titolare) che eroga l’assistenza.	OBB	RP
02.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di tracciato (DO).	OBB	RP
03.0	Codice Cartella Territoriale					
03.1	Anno	N	4	Anno di presa in carico del soggetto nell'ambito della tipologia di Progetto assistenziale.	OBB	RP
03.2	Progressivo	N	8	Progressivo numerico di Cartella Territoriale nell'ambito dell'Azienda inviante e dell'anno.	OBB	RP
04.0	Tipo movimento	AN	1	I: inserimento; C: cancellazione; S: sostituzione.	OBB	NS
Valutazione (da <u>non</u> compilare se la tipologia di cura è lungoassistenza – codici 5,6,7)						
37.0	Identificativo Evento Valutazione	AN	15	Codice identificativo univoco dell’evento.	CON	RP
38.0	Data valutazione	D	8	Data valutazione.	CON	NS
39.0	Motivazione valutazione	AN	1	Codice motivazione valutazione.	CON	NS
111.0	Soggetto valutatore			Soggetto che ha svolto la valutazione.		
111.1	Soggetto valutatore 1	AN	2		CON	RP
111.2	Soggetto valutatore 2	AN	2		NBB	RP
111.3	Soggetto valutatore 3	AN	2		NBB	RP
111.4	Soggetto valutatore 4	AN	2		NBB	RP
40.0	Conferma valutazione precedente	AN	1	Indicatore di conferma valutazione precedente.	CON	NS
41.0	Patologia prevalente	AN	5	Codice ICD9CM della patologia prevalente nel determinare l’attivazione dell’assistenza.	CON	NS
42.0	Patologie concomitanti			Codice ICD9CM della/e patologia/e concomitante/i.		
42.1	Patologia concomitante 1	AN	5		CON	NS
42.2	Patologia concomitante 2	AN	5		NBB	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
42.3	Patologia concomitante 3	AN	5		NBB	RP
42.4	Patologia concomitante 4	AN	5		NBB	RP
42.5	Patologia concomitante 5	AN	5		NBB	RP
115.0	Patologia neurologica	AN	1	Specifica l'eventuale patologia neurologica altamente invalidante.	NBB	RP
43.0	Autonomia	AN	1	Livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana.	CON	NS
44.0	Grado mobilità	AN	1	Livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità.	CON	NS
45.0	Disturbi cognitivi	AN	1	Entità dei disturbi cognitivi eventualmente presenti.	CON	NS
46.0	Disturbi comportamentali	AN	1	Entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.	CON	NS
47.0	Supporto sociale	AN	1	Presenza di un supporto.	CON	NS
48.0	Rischio infettivo	AN	1	Indica se l'assistenza è a rischio infezione.	CON	NS
49.0	Drenaggio Posturale	AN	1		CON	NS
50.0	Ossigenoterapia	AN	1		CON	NS
51.0	Ventiloterapia	AN	1		CON	NS
52.0	Tracheostomia	AN	1		CON	NS
53.0	Alimentazione assistita	AN	1		CON	NS
54.0	Alimentazione enterale	AN	1		CON	NS
55.0	Alimentazione parenterale	AN	1		CON	NS
56.0	Gestione stomia	AN	1		CON	NS
57.0	Eliminazione urinaria/intestinale	AN	1		CON	NS
58.0	Alterazione ritmo sonno / veglia	AN	1		CON	NS
59.0	Interventi di educazione terapeutica	AN	1		CON	NS
60.0	Cura ulcere cutanee 1° e 2° grado	AN	1		CON	NS
61.0	Cura ulcere cutanee 3° e 4° grado	AN	1		CON	NS
62.0	Prelievi venosi non occasionali	AN	1		CON	NS
63.0	ECG	AN	1		CON	NS
64.0	Telemetria	AN	1		CON	NS
65.0	Terapia sottocutanea intra muscolare infusione	AN	1		CON	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
66.0	Gestione catetere	AN	1		CON	NS
67.0	Trasfusioni	AN	1		CON	NS
68.0	Controllo dolore	AN	1		CON	NS
69.0	Assistito in stato terminale oncologico	AN	1	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica.	CON	NS
70.0	Assistito in stato terminale non oncologico	AN	1	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica.	CON	NS
73.0	Trattamento riabilitativo neurologico	AN	1		CON	NS
74.0	Trattamento riabilitativo ortopedico	AN	1		CON	NS
75.0	Trattamento riabilitativo di mantenimento	AN	1		CON	NS
76.0	Supervisione continua	AN	1		CON	NS
77.0	Assistenza IADL	AN	1		CON	NS
78.0	Assistenza ADL	AN	1		CON	NS
79.0	Supporto <i>care giver</i>	AN	1		CON	NS
Prestazione (campi da compilare al verificarsi di un evento Prestazione – accesso di un operatore al domicilio dell'Assistito)						
<i>Dati relativi all'accesso:</i>						
80.0	Identificativo Evento Prestazione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento.	OBB	RP
81.0	Data di accesso	D	8	Data in cui è effettuato l'accesso al domicilio dell'assistito.	OBB	NS
82.0	Tipo operatore	AN	2	Tipologia di operatore che ha effettuato l'accesso.	OBB	NS
83.0	Disciplina di appartenenza	AN	2	Codice disciplina dell'operatore specialista.	CON	RP
87.0	Tempo GO	AN	5	Tempo impiegato dall'operatore per raggiungere il domicilio dell'assistito.	CON	RP
88.0	Tempo H	AN	5	Tempo impiegato dall'operatore al domicilio dell'assistito.	CON	RP
84.0	Numero accessi	N	2	Numero di accessi del singolo operatore nel corso della stessa data.	OBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
<i>Dati relativi alla/e prestazione/i erogata/e:</i>				<i>Sezione ripetibile¹⁵ nell'ambito dello stesso accesso</i>		
85.0	Tipo prestazione	AN	2	Tipologia di prestazione erogata.	OBB	NS
86.0	Numero prestazioni	N	2	Quantità di prestazioni erogate per tipologia.	OBB	NS
Prestazioni di Lungoassistenza e interventi economici (<i>campi da compilare al verificarsi di un evento Prestazione di lungoassistenza – inizio erogazione contributo economico – se la Tipologia di cura è 5,6,7,8,9,10,11,12 o 13, secondo le condizioni di obbligatorietà indicate</i>)						
112.0	Identificativo Evento Prestazione di lungoassistenza	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento.	OBB	RP
113.0	Data inizio erogazione contributo	D	8	Data di inizio di erogazione del contributo mensile.	OBB	RP
114.0	Contributo mensile erogato	N	9	Indica la quota di contributo corrisposta dall'ASL per la lungoassistenza.	OBB	RP
Etichetta						
136.0	Data decorrenza etichetta	D	8	Data di decorrenza dell'etichetta associata alla presa in carico.	OBB	RP
137.0	Tipo etichetta	AN	2	Tipo di etichetta associata alla presa in carico.	OBB	RP
138.0	Progressivo etichetta	N	1	Progressivo numerico dell'etichetta.	OBB	RP
139.0	Contenuto etichetta	AN	200	Contenuto numerico, testuale o alfanumerico dell'etichetta.	OBB	RP
140.0	Data scadenza etichetta	D	8	Data di eventuale decadenza o rimozione dell'etichetta.	NBB	RP
Sospensione						
103.0	Identificativo Evento Sospensione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento.	OBB	RP
104.0	Data inizio sospensione	D	8	Data di inizio sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	OBB	NS

¹⁵ **Non è consentita la sostituzione o la cancellazione puntuale di uno o più valori inerenti a campi parte di sezioni ripetibili:** la sostituzione o la cancellazione di un evento prestazione comporta la sostituzione o la cancellazione di tutte le informazioni a esso legate (sia dei dati relativi all'accesso sia di quelli relativi alla/e prestazione/i erogate).

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
105.0	Motivazione sospensione	AN	1	Motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	OBB	NS
106.0	Data fine sospensione	D	8	Data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	NBB	NS
Conclusioni						
107.0	Identificativo Evento Conclusione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento.	OBB	RP
108.0	Data conclusione	D	8	Data in cui viene conclusa l'assistenza domiciliare all'assistito.	OBB	NS
109.0	Motivo conclusione	AN	2	Motivazione per cui viene conclusa l'assistenza domiciliare.	OBB	NS

La chiave univoca di identificazione del record è costituita dai seguenti campi:

- Codice ASL inviante (01.0)
- Tipo flusso (02.0)
- Codice Cartella Territoriale (03.0)

che costituiscono la c.d. chiave esterna, alla quale, per ognuno dei rispettivi eventi, necessariamente si **aggiungono** i seguenti campi chiave specifici dell'evento:

- Evento Valutazione: Identificativo evento valutazione (37.0) e Data valutazione¹⁶ (38.0)
- Evento Prestazione: Identificativo evento prestazione¹⁷ (80.0) e Data accesso (81.0)¹⁸, Tipo operatore (82.0)¹⁹, Tipo prestazione²⁰ (85.0)

¹⁶ **L'operazione di sostituzione della Data valutazione non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di valutazione associata ad un evento valutazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

¹⁷ Per ogni Cartella territoriale, **ad ogni Identificativo evento prestazione può essere associata una sola combinazione dei campi Data accesso e Tipo operatore.**

¹⁸ **L'operazione di sostituzione della Data accesso non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di accesso associata ad un evento prestazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

¹⁹ **L'operazione di sostituzione del Tipo operatore non è consentita.** Per effettuare una variazione del tipo di operatore associato ad un evento prestazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

²⁰ v. nota 6

- Evento Prestazioni di lungoassistenza e Interventi economici: Identificativo evento prestazione di lungoassistenza (112.0) e Data inizio erogazione contributo²¹ (113.0)
- Evento Etichetta: Data decorrenza etichetta (136.0), Tipo etichetta (137.0) e Progressivo etichetta (138.0)
- Evento Sospensione: Identificativo evento sospensione (103.0) e Data inizio sospensione²² (104.0)
- Evento Conclusione: Identificativo evento conclusione (107.0) e Data conclusione²³ (108.0)

Pertanto, ogni distinto record evento è correttamente identificato esclusivamente utilizzando la necessaria combinazione di chiave esterna e campi chiave specifici dell'evento.

²¹ **L'operazione di sostituzione della Data inizio erogazione contributo non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di inizio erogazione contributo associata ad un evento prestazione di lungoassistenza, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

²² **L'operazione di sostituzione della Data inizio sospensione non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di inizio sospensione associata ad un evento sospensione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

²³ **L'operazione di sostituzione della Data conclusione non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di conclusione associata ad un evento conclusione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

Tracciato “Eventi di assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria”

Nella trattazione delle schede esplicative i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice “RES”.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	RES	NSIS
Identificativo Cartella Territoriale						
01.0	Azienda inviante	AN	3	ASL che prende in carico e inserisce il soggetto nella Struttura residenziale/semiresidenziale.	OBB	RP
02.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di tracciato (RE).	OBB	RP
03.0	Codice Cartella Territoriale					
03.1	Anno	N	4	Anno di presa in carico del Soggetto nell'ambito della tipologia di Progetto assistenziale.	OBB	RP
03.2	Progressivo	N	8	Progressivo numerico di Cartella Residenziale/Semiresidenziale nell'ambito dell'Azienda inviante e dell'anno.	OBB	RP
04.0	Tipo movimento	AN	1	I: inserimento; C: cancellazione; S: sostituzione.	OBB	RP
Tariffa giornaliera applicata						
124.0	Data inizio tariffa	D	8	Data inizio tariffa	OBB	NS
34.1	Quota SSR	N	9	Componente di tariffa a carico dell'ASL.	OBB	NS
34.2	Quota utente	N	9	Componente di tariffa a carico dell'Utente.	OBB	NS
34.3	Quota Comune/Ente Gestore	N	9	Componente di tariffa a carico del Comune/Ente Gestore.	OBB	NS
125.0	Regione pagante	AN	3	Codice identificativo Regione Pagante	OBB	NS
126.0	ASL pagante	AN	3	Codice ASL pagante	CON	NS
Valutazione						
37.0	Identificativo Evento Valutazione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento nell'ambito della Cartella Residenziale/Semiresidenziale.	OBB	RP
38.0	Data valutazione	D	8	Data valutazione.	OBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	RES	NSIS
39.0	Motivazione valutazione	AN	1	Codice motivazione valutazione.	OBB	NS
111.0	Soggetto valutatore					
111.1	Soggetto valutatore	AN	2	Soggetto che ha svolto la valutazione.	OBB	RP
41.0	Patologia prevalente	AN	5	Codice ICD9CM della patologia prevalente nel determinare l'attivazione dell'assistenza.	OBB	RP
42.0	Patologie concomitanti			Codice ICD9CM della/e patologia/e concomitante/i.		
42.1	Patologia concomitante 1	AN	5		OBB	RP
42.2	Patologia concomitante 2	AN	5		NBB	RP
42.3	Patologia concomitante 3	AN	5		NBB	RP
42.4	Patologia concomitante 4	AN	5		NBB	RP
42.5	Patologia concomitante 5	AN	5		NBB	RP
115.0	Patologia neurologica	AN	1	Specifica l'eventuale patologia neurologica altamente invalidante	NBB	RP
90.0	Vita quotidiana	AN	1		OBB	NS
91.0	Grado mobilità	AN	1		OBB	NS
92.0	Disturbi cognitivi	AN	1		OBB	NS
93.0	Disturbi comportamentali	AN	1		OBB	NS
94.0	Alimentazione parenterale	AN	1		OBB	NS
95.0	SNG/PEG	AN	1		OBB	NS
96.0	Tracheostomia	AN	1		OBB	NS
97.0	Ventilazione assistita	AN	1		OBB	NS
98.0	Ossigenoterapia	AN	1		OBB	NS
99.0	Dialisi	AN	1		OBB	NS
100.0	Ulcere da decubito	AN	1		OBB	NS
116.0	Altre prestazioni	AN	1		OBB	NS
101.0	Area Sociale	AN	1		OBB	NS
102.0	Modalità finanziamento	AN	1		OBB	NS
Prestazioni semiresidenziali (SR)						
127.0	Periodo competenza prestazioni SR	AN	7	Anno e TRIMESTRE di competenza degli accessi semiresidenziali	OBB	RP
128.0	Tempo parziale	N	2	Numero accessi semiresidenziali a tempo parziale	OBB	NS
129.0	Tempo pieno	N	2	Numero accessi semiresidenziali a tempo pieno	OBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	RES	NSIS
Etichetta						
136.0	Data decorrenza etichetta	D	8	Data di decorrenza dell'etichetta associata alla presa in carico.	OBB	RP
137.0	Tipo etichetta	AN	2	Tipo di etichetta associata alla presa in carico.	OBB	RP
138.0	Progressivo etichetta	N	1	Progressivo numerico dell'etichetta.	OBB	RP
139.0	Contenuto etichetta	AN	200	Contenuto numerico, testuale o alfanumerico dell'etichetta.	OBB	RP
140.0	Data scadenza etichetta	D	8	Data di eventuale decadenza o rimozione dell'etichetta.	NBB	RP
Sospensione						
103.0	Identificativo Evento Sospensione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento nell'ambito della Cartella Residenziale/Semiresidenziale.	OBB	RP
104.0	Data inizio sospensione	D	8	Data di inizio sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	OBB	NS
105.0	Motivo sospensione	AN	1	Motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	OBB	NS
106.0	Data fine sospensione	D	8	Data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	NBB	NS
Conclusione						
107.0	Identificativo Evento Conclusione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento nell'ambito della Cartella Residenziale/Semiresidenziale.	OBB	RP
108.0	Data conclusione	D	8	Data in cui viene conclusa l'assistenza residenziale/semiresidenziale.	OBB	NS
109.0	Motivo conclusione	AN	2	Motivazione per cui viene conclusa l'assistenza residenziale/semiresidenziale.	OBB	NS
119.0	Struttura di destinazione	AN	8	Codice HSP11/HSP11bis oppure codice STS11 della struttura di destinazione	NBB	RP

La chiave univoca di identificazione del record è costituita dai seguenti campi:

- Codice ASL inviante (01.0)
- Tipo flusso²⁴ (02.0)
- Codice Cartella Territoriale (03.0)

che costituiscono la c.d. chiave esterna, alla quale, per ogni rispettivo evento, necessariamente si **aggiungono** i seguenti campi chiave specifici dell'evento:

- Evento Valutazione: Identificativo evento valutazione (37.0) e Data valutazione²⁵ (38.0)
- Evento Tariffa giornaliera applicata: Data inizio tariffa (124.0)
- Evento Prestazioni SR: Periodo competenza prestazioni SR (127.0)
- Evento Etichetta: Data decorrenza etichetta (136.0), Tipo etichetta (137.0) e Progressivo etichetta (138.0)
- Evento Sospensione: Identificativo evento sospensione (103.0) e Data inizio sospensione²⁶ (104.0)
- Evento Conclusione: Identificativo evento conclusione (107.0) e Data conclusione²⁷ (108.0)

Ogni distinto record evento è correttamente identificato esclusivamente utilizzando la necessaria combinazione di chiave esterna e campi chiave specifici dell'evento.

²⁴ v. Osservazioni e precisazioni nella scheda di dettaglio relativa al campo Tipo flusso.

²⁵ **L'operazione di sostituzione della Data valutazione non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di valutazione associata ad un evento valutazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

²⁶ **L'operazione di sostituzione della Data inizio sospensione non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di inizio sospensione associata ad un evento sospensione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

²⁷ **L'operazione di sostituzione della Data conclusione non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di conclusione associata ad un evento conclusione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

Tracciato “Eventi di assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS)”

Nella trattazione delle schede esplicative i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice “CAVS”.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	CAVS	NSIS
Identificativo Cartella Territoriale						
01.0	Azienda inviante	AN	3	ASL che prende in carico e inserisce il soggetto nella Struttura residenziale.	OBB	RP
02.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di tracciato (CA).	OBB	RP
03.0	Codice Cartella Territoriale					
03.1	Anno	N	4	Anno di presa in carico del Soggetto nell'ambito della tipologia di Progetto assistenziale.	OBB	RP
03.2	Progressivo	N	8	Progressivo numerico di Cartella Residenziale sanitaria dell'Azienda inviante e dell'anno.	OBB	RP
04.0	Tipo movimento	AN	1	I: inserimento; C: cancellazione; S: sostituzione.	OBB	RP
Tariffa giornaliera applicata						
124.0	Data inizio tariffa	D	8	Data inizio tariffa	OBB	NS
34.1	Quota SSR	N	9	Componente di tariffa a carico dell'ASL.	OBB	NS
34.2	Quota utente	N	9	Componente di tariffa a carico dell'Utente.	OBB	NS
34.3	Quota Comune/Ente Gestore	N	9	Componente di tariffa a carico del Comune/Ente Gestore.	OBB	NS
125.0	Regione pagante	AN	3	Codice identificativo Regione Pagante	OBB	NS
126.0	ASL pagante	AN	3	Codice ASL pagante	CON	NS
Valutazione						
37.0	Identificativo Evento Valutazione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento nell'ambito della Cartella Residenziale sanitaria	OBB	RP
38.0	Data valutazione	D	8	Data valutazione.	OBB	NS
39.0	Motivazione valutazione	AN	1	Codice motivazione valutazione.	OBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	CAVS	NSIS
41.0	Patologia prevalente	AN	5	Codice ICD9CM della patologia prevalente nel determinare l'attivazione dell'assistenza.	OBB	RP
42.0	Patologie concomitanti			Codice ICD9CM della/e patologia/e concomitante/i.		
42.1	Patologia concomitante 1	AN	5		CON	RP
42.2	Patologia concomitante 2	AN	5		NBB	RP
42.3	Patologia concomitante 3	AN	5		NBB	RP
42.4	Patologia concomitante 4	AN	5		NBB	RP
42.5	Patologia concomitante 5	AN	5		NBB	RP
120.0	Complessità clinico-assistenziale	AN	1		OBB	RP
121.0	Tipologia paziente	AN	1		OBB	RP
90.0	Vita quotidiana	AN	1		OBB	NS
91.0	Grado mobilità	AN	1		OBB	NS
92.0	Disturbi cognitivi	AN	1		OBB	NS
93.0	Disturbi comportamentali	AN	1		OBB	NS
94.0	Alimentazione parenterale	AN	1		OBB	NS
95.0	SNG/PEG	AN	1		OBB	NS
96.0	Tracheostomia	AN	1		OBB	NS
97.0	Ventilazione assistita	AN	1		OBB	NS
98.0	Ossigenoterapia	AN	1		OBB	NS
99.0	Dialisi	AN	1		OBB	NS
100.0	Ulcere da decubito	AN	1		OBB	NS
116.0	Altre prestazioni	AN	1		OBB	NS
101.0	Area Sociale	AN	1		OBB	NS
102.0	Modalità finanziamento	AN	1		OBB	NS
Prestazione ambulatoriale						
130.0	Data prestazione ambulatoriale	D	8	Data di erogazione della prestazione ambulatoriale	OBB	RP
131.0	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice STS.11 identificativo della struttura erogatrice della prestazione	OBB	RP
132.0	Codice prestazione ambulatoriale	AN	7	Codice prestazione ambulatoriale erogata	OBB	RP
133.0	Numero prestazioni	N	2	Numero prestazioni dello stesso tipo erogate nella giornata	OBB	RP
134.0	Data di prima richiesta	D	8	Data di prima richiesta della prestazione ambulatoriale	OBB	RP
135.0	Codice struttura della prima	AN	6	Codice STS.11 identificativo della	OBB	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	CAVS	STIS
	richiesta			struttura di prima richiesta della prestazione		
Etichetta						
136.0	Data decorrenza etichetta	D	8	Data di decorrenza dell'etichetta associata alla presa in carico.	OBB	RP
137.0	Tipo etichetta	AN	2	Tipo di etichetta associata alla presa in carico.	OBB	RP
138.0	Progressivo etichetta	N	1	Progressivo numerico dell'etichetta.	OBB	RP
139.0	Contenuto etichetta	AN	200	Contenuto numerico, testuale o alfanumerico dell'etichetta.	OBB	RP
140.0	Data scadenza etichetta	D	8	Data di eventuale decadenza o rimozione dell'etichetta.	NBB	RP
Sospensione						
103.0	Identificativo Evento Sospensione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento nell'ambito della Cartella Residenziale/Semiresidenziale.	OBB	RP
104.0	Data inizio sospensione	D	8	Data di inizio sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	OBB	NS
105.0	Motivo sospensione	AN	1	Motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	OBB	NS
106.0	Data fine sospensione	D	8	Data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	NBB	NS
Conclusione						
107.0	Identificativo Evento Conclusione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento nell'ambito della Cartella Residenziale sanitaria.	OBB	RP
108.0	Data conclusione	D	8	Data in cui viene conclusa l'assistenza residenziale sanitaria.	OBB	NS
109.0	Motivo conclusione	AN	2	Motivazione per cui viene conclusa l'assistenza residenziale sanitaria.	OBB	NS
119.0	Struttura di destinazione	AN	8	Codice HSP11/HSP11bis oppure codice STS11 della struttura di destinazione	CON	RP

La chiave univoca di identificazione del record è costituita dai seguenti campi:

- Codice ASL inviante (01.0)
- Tipo flusso²⁸ (02.0)
- Codice Cartella Territoriale (03.0)

che costituiscono la c.d. chiave esterna, alla quale, per ogni rispettivo evento, necessariamente si **aggiungono** i seguenti campi chiave specifici dell'evento:

- Evento Valutazione: Identificativo evento valutazione (37.0) e Data valutazione²⁹ (38.0)
- Evento Tariffa giornaliera applicata: Data inizio tariffa (124.0)
- Evento Prestazioni ambulatoriali: Data prestazione ambulatoriale (130.0), Codice struttura erogatrice (131.0) e Codice prestazione ambulatoriale (132.0)
- Evento Etichetta: Data decorrenza etichetta (136.0), Tipo etichetta (137.0) e Progressivo etichetta (138.0)
- Evento Sospensione: Identificativo evento sospensione (103.0) e Data inizio sospensione³⁰ (104.0)
- Evento Conclusione: Identificativo evento conclusione (107.0) e Data conclusione³¹ (108.0)

Pertanto, ogni distinto record evento è correttamente identificato esclusivamente utilizzando la necessaria combinazione di chiave esterna e campi chiave specifici dell'evento.

²⁸ v. Osservazioni e precisazioni nella scheda di dettaglio relativa al campo Tipo flusso.

²⁹ **L'operazione di sostituzione della Data valutazione non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di valutazione associata ad un evento valutazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

³⁰ **L'operazione di sostituzione della Data inizio sospensione non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di inizio sospensione associata ad un evento sospensione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

³¹ **L'operazione di sostituzione della Data conclusione non è consentita.** Per effettuare una variazione della data di conclusione associata ad un evento conclusione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

LE SCHEDE ANALITICHE

Premessa

A ogni campo corrisponde una scheda descrittiva articolata nei seguenti quadri:

Tracciato	Riporta il codice del tracciato a cui la scheda si riferisce
Modalità	Riporta le condizioni di obbligatorietà del campo per lo specifico tracciato – OBB (a compilazione obbligatoria), NBB (a compilazione non obbligatoria), o CON (a compilazione condizionata dall'applicazione dei controlli logico-normativi) –, come definite nel rispettivo tracciato record.
Nome del campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna della tabella tracciato record.
Num. scheda rif.to	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record.
Descrizione campo	Attribuisce un significato univoco al nome del campo.
Correttezza formale	Contiene quattro righe così articolate: LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record. FORMATO: definisce il campo quale <i>alfabetico</i> , <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record. VALORI AMMESSI: espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta. TABELLE DI RIFERIMENTO: indica le eventuali tabelle – note, allegate in formato elettronico o riportate in calce al documento – in cui siano riportati i valori ammessi, laddove non elencabili alla riga precedente.
Controlli applicati:	Nel quadro "controlli applicati" sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli logici in cui è coinvolto il campo specifico.
Osservazioni e precisazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico del tracciato.

Le schede

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Codice Azienda inviante	01.0
DOM	OBB		
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'Azienda Sanitaria che invia i dati al sistema di monitoraggio regionale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codici FLS.11/MRA-Fase1 delle ASL della Regione Piemonte

TABELLE DI RIFERIMENTO: Modello FIM FLS.11, MRA-Fase1

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra tipo flusso, Azienda inviante, Azienda erogante.

N01 – Cancellazione record negata per chiave non trovata.

N02 – Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato.

N03 – Elaborazione Evento negata per chiave Cartella territoriale non trovata.

N04 – Elaborazione Cartella territoriale negata per chiave duplicata.

N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.

N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N07 – Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N08 – Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.

S11 – Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento e valido alla Data di presa in carico (28.0).

ASL inviante:

- ✦ **Assistenza domiciliare:** è l'ASL (titolare) che eroga l'assistenza;
- ✦ **Assistenza residenziale/semiresidenziale:** è l'ASL che prende **in carico e inserisce** il Soggetto nella Struttura residenziale/semiresidenziale.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Tipo flusso	02.0
DOM	OBB		
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo flusso di monitoraggio.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 'DO', 'RE', 'CA'

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

- L01 – Congruenza tra tipo flusso, Azienda inviante e Azienda erogante.
- L02 – Congruenza tra tipo flusso e tipologia di Progetto.
- L04 – Congruenza fra tipo flusso, Data di nascita e Data di accettazione richiesta.
- L08 – Congruenza tra tipo flusso e titolo di studio.
- L16 – Congruenza tra tipo flusso e codice Struttura residenziale/semiresidenziale.
- L17 – Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 Titolare della struttura.
- L20 – Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza.
- L21 – Congruenza tra Tipo flusso e Soggetto richiedente.
- L22 – Congruenza tra Tipo flusso e Motivazione della richiesta.
- L23 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo provenienza e Struttura di provenienza.
- L26 – Congruenza tra Ente Gestore e Tipologia di cura.
- L29 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Valutazione.
- L41 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.
- L43 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza.
- L45 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di progetto, Tipologia di cura e Codice Matricola.

L50 – Congruenza tra tipo flusso e motivo della sospensione.
L55³² – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico.
L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse.
L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive.
L61 – Congruenza tra Tipologia di cura e Tipo operatore.
L66 – Congruenza tra Data presa in carico e Tipo soggetto richiedente CAVS.
L67 – Congruenza tra Data presa in carico e Motivazione richiesta CAVS.
L75 – Congruenza tra Regione di residenza, Regione pagante, ASL pagante.
L76 – Congruenza tra Data di presa in carico e Data inizio tariffa.
L77 – Congruenza tra Data inizio tariffa e Data conclusione.
L78 – Congruenza tra Tipo di progetto ed evento Prestazioni SR.
L79 – Congruenza tra Data di presa in carico e Periodo competenza prestazioni SR.
L80 – Congruenza tra Data conclusione e Periodo competenza prestazioni SR.
L81 – Congruenza tra Data di presa in carico e Data prestazione ambulatoriale.
L82 – Congruenza tra Data prestazione ambulatoriale e Data conclusione.
L83 – Congruenza tra Data prestazione ambulatoriale e periodo di sospensione.
L84 – Congruenza tra Data presa in carico e Data prima richiesta.
L85 – Congruenza tra Data prima richiesta e Data prestazione ambulatoriale.
L86 – Congruenza tra Cittadinanza e Codice istituzione TEAM.
L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.
L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.
L91 – Congruenza tra Evento Tariffa giornaliera applicata ed Evento Valutazione.
L92 – Congruenza tra Tipologia di progetto e Motivo della richiesta.
L95 – Congruenza tra Tipo flusso e Tipo etichetta.
L105 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data decorrenza etichetta.
L106 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data scadenza etichetta.
N01 – Cancellazione record negata per chiave non trovata.
N02 – Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato.
N03 – Elaborazione Evento negata per chiave Cartella territoriale non trovata.
N04 – Elaborazione Cartella territoriale negata per chiave duplicata.
N05 – Evento non elaborato per chiave duplicata.
N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.
N07 – Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e

³² L'applicazione del controllo è transitoriamente sospesa; in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.

campi vincolati.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N14 – Record non elaborato per variazione prima valutazione residenziale sociosociosanitaria non consentita.

N15 – Record non elaborato per variazione prima valutazione residenziale sanitaria non consentita.

N16 – Elaborazione Evento Etichetta negata.

S07 – Congruenza tra Tipo flusso, Codice regionale Presidio e Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.

S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.

S11 – Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione.

S12 – Durata eccessiva della sospensione.

S13 – Chiusura amministrativa domiciliare impropria.

S14 – Mancata compilazione Codice Reparto di provenienza.

S15 – Mancata compilazione Codice Struttura di destinazione.

S16 – Mancata compilazione Codice Struttura di provenienza.

S20 – Incongruenza tra Tipologia di cura e Quota SSR.

S21 – Incongruenza tra Complessità clinico-assistenziale e Quota SSR.

S24 – Inattesa causa di decesso per assistito con prevalente patologia oncologica.

S25 – Mancata attribuzione dello stato di terminalità oncologica per deceduto a causa di tumore.

S26 – Mancata indicazione della patologia oncologica prevalente per assistito in stato di terminalità oncologica.

S27 – Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota SSR.

S28 – Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota utente.

S29 – Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota Comune/Ente Gestore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

- ⤴ **per il tracciato ANAG:** il campo può assumere il valore 'DO', 'RE' o 'CA' in funzione del tipo di assistenza a cui si riferisce la Cartella Territoriale associata;
- ⤴ **per il tracciato DOM:** il campo può assumere solo il valore 'DO';
- ⤴ **per il tracciato RES:** il campo può assumere solo il valore 'RE';
- ⤴ **per il tracciato CAVS:** il campo può assumere solo il valore 'CA'.

I dati FAR e i dati CAVS sono acquisiti dal Ministero attraverso un unico flusso FAR NSIS che accoglie anche dati CAVS. Affinché non si incorra nel rischio di duplicazione delle cartelle a livello ministeriale è necessario rispettare le seguenti prescrizioni, valide laddove il campo assuma i valori 'RE' o 'CA':

- per gli inserimenti CAVS o RES ("Tipo movimento" = 'I' oppure "Tipo movimento" = 'S' ammesso come nuovo inserimento in assenza di precedenti Prese in carico aventi stessa chiave), la chiave univoca del record dev'essere univoca (anche) senza considerare il campo "Tipo flusso";
- per le sostituzioni CAVS o RES "effettive" e per le cancellazioni CAVS o RES ("Tipo movimento" = 'C' oppure "Tipo movimento" = 'S' con cui effettivamente si sta sostituendo una Presa in carico preesistente), la chiave univoca del record deve necessariamente includere il campo "Tipo flusso".

In tal modo, si evita, per un verso, l'inserimento di due PIC CAVS e RES distinte identificate erroneamente con una chiave di cartella identica e, per l'altro, che siano erroneamente cancellate o sostituite PIC RES con record CAVS e viceversa³³.

³³ l'identità di due cartelle FAR e CAVS non dovrebbe logicamente verificarsi, poiché un assistito non può risultare contemporaneamente ricoverato in CAVS e in Assistenza residenziale FAR

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Codice Cartella Territoriale: Anno	03.1
DOM	OBB		
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

È l'anno di apertura della cartella di assistenza domiciliare o di assistenza residenziale / semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

- L03 – Congruenza tra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico.
- L16 – Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale.
- L17 – Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.
- L23 – Congruenza tra Provenienza e Struttura di provenienza.
- L37 – Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente.
- L45 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Matricola.
- L46 – Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione
- L49 – Evento di prima valutazione già presente
- L51 – Evento valutazione con stessa data
- L52 – Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva
- L55³⁴ – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico
- N01 – Cancellazione record negata per chiave non trovata.
- N02 – Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato.
- N03 – Elaborazione Evento negata per chiave Cartella territoriale non trovata.
- N04 – Elaborazione Cartella territoriale negata per chiave duplicata.

³⁴ L'applicazione del controllo è transitoriamente sospesa; in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.

N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.

N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N07 – Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

S09 – Codice Ente gestore non verificabile.

S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.

S11 – Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Codice Cartella Territoriale: progressivo	03.2
DOM	OBB		
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

È il progressivo di cartella nell'ambito dell'anno di presa in carico e dell'Azienda inviante.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: da 1 a 99999999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

- L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale.
- L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.
- L23 – Congruenza tra Provenienza e Struttura di provenienza.
- L37 - Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente.
- L45 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Matricola.
- L46 - Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione
- L49 - Evento di prima valutazione già presente
- L51 - Evento valutazione con stessa data
- L52 - Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva
- L55³⁵ – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico
- N01 – Cancellazione record negata per chiave non trovata.
- N02 – Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato.
- N03 – Elaborazione Evento negata per chiave Cartella territoriale non trovata.

³⁵ L'applicazione del controllo è transitoriamente sospesa; in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.

- N04 – Elaborazione Cartella territoriale negata per chiave duplicata.
 N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.
 N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati.
 N07 – Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati.
 N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati.
 N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati.
 S09 – Codice Ente gestore non verificabile.
 S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.
 S11 – Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Non possono esistere, per la stessa Azienda inviante, due Cartelle Territoriali con uguale numero e anno. Nel caso in cui non sia possibile gestire un numero progressivo univoco a livello di azienda, è possibile attribuire il progressivo a partire da un intervallo numerico predeterminato (per Distretto, per tipologia di Progetto, ecc.). Esempio di numerazione di Codici Cartelle per distretto:

ASL inviante	Anno	Progressivo	
XXX	2010	1	<i>[numerazione Distretto 1]</i>
XXX	2010	25000001	<i>[numerazione Distretto 2]</i>
XXX	2010	50000001	<i>[numerazione Distretto 3]</i>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Tipo movimento	04.0
DOM	OBB		
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se l'invio riguarda una nuova Cartella Territoriale o la richiesta di sostituzione o cancellazione di una cartella precedentemente inviata e regolarmente accettata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: I, S, C

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L25 - Congruenza tra tipo movimento, identificativo evento e motivo valutazione.

L51 – Evento valutazione con stessa data.

L62 – Congruenza tra Tipologia di cura, Complessità clinico-assistenziale e Tariffa giornaliera.

N01 – Cancellazione record negata per chiave non trovata.

N02 – Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato.

N04 – Elaborazione Cartella territoriale negata per chiave duplicata.

N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.

N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N07 – Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N08 – Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa.

N12 – Non elaborabile: tentato inserimento evento conclusione in presenza di sospensioni aperte.

N14 – Record non elaborato per variazione prima valutazione residenziale sociosociosanitaria non consentita.

N15 – Record non elaborato per variazione prima valutazione residenziale sanitaria non consentita.

S05 – Congruenza tra Tipologia di cura e Quota utente.

S20 – Incongruenza tra Tipologia di cura e Quota SSR.

S21 – Incongruenza tra Complessità clinico-assistenziale e Quota SSR.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI:

LEGENDA CODICI:

“T” – primo invio

“S” – sostituzione.

“C” – cancellazione

N.B.: per “Primo invio” si intende una cartella che non è mai stata inviata, oppure è stata cancellata (mediante invio con Tipo movimento “C”), oppure è stata respinta come “Non elaborabile”.

Per il tracciato ANAG:

La cancellazione di un record del tracciato ANAG comporta la cancellazione di tutti i record evento con stessa chiave di collegamento.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Identificativo AURA	05.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identificativo del Soggetto nel sistema regionale AURA-TS.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 - 9999999999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza fra Identificativo AURA e dati anagrafici.

L06 – Congruenza fra codice Identificativo AURA e Codice identificativo Assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice identificativo AURA può non essere presente nel caso in cui il Soggetto non sia stato ancora registrato nel sistema AURA-TS.

Il codice inserito dev'essere valido alla data di notifica del caricamento del file XML nel sistema regionale di acquisizione dei dati dei flussi informativi.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Codice identificativo Assistito	06.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo dell'assistito alla data di presa in carico

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: massimo 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. osservazioni e precisazioni

TABELLE DI RIFERIMENTO: AURA-TS (per il codice fiscale)

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA e Codice identificativo Assistito.

L54 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS.

L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse.

L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive.

L74 – Congruenza tra Codice identificativo Assistito e Altro codice identificativo Assistito.

N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N07 – Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.

S11 – Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione.

S18 – Congruenza tra Codice fiscale e Codice istituzione TEAM.

S19 – Mancata rilevazione Codice identificativo Assistito.

S22 – Codice ENI formalmente errato.

S23 – Codice ENI non rilasciato da ASL della Regione Piemonte.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

VALORI AMMESSI:

- a) **Cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale**: inserire il **Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri** [D50]
 - struttura formale = 6 caratteri alfabetici + 2 numeri + 1 carattere alfabetico + 2 numeri + 1 carattere alfabetico + 3 numeri + 1 carattere alfabetico;
- b) **Cittadini stranieri residenti in Italia**: inserire il **Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri** [D50]
 - struttura formale = 6 caratteri alfabetici + 2 numeri + 1 carattere alfabetico + 2 numeri + 1 carattere alfabetico + 3 numeri + 1 carattere alfabetico;
- c) **Assistiti assegnatari di Codice fiscale omocodice** (ovvero il cui Codice fiscale di prima assegnazione sia stato riconosciuto identico a quello di altri assegnatari): inserire il **Codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre**;
- d) **Assistiti assegnatari di più di un Codice fiscale**: inserire il **Codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre**;
- e) **Cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale** in attesa di riconoscimento dello status di protezione e **privi di Codice fiscale alfanumerico**: inserire il **Codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre** [D53, D57];
- f) **Cittadini europei non in possesso di Codice fiscale e dotati di TEAM**: inserire il **Codice di identificazione personale del titolare TEAM a 20 caratteri alfanumerici** di lunghezza massima – rilevato dallo spazio 6 della tessera [D52] – e **compilare il campo 122.0**;
- g) **Cittadini europei non in possesso di Codice fiscale e non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale**: inserire il **codice ENI³⁶ a 16 caratteri** (ai sensi della Circolare Mds del 19 febbraio 2008)
 - struttura formale = 3 caratteri costituiti dalla sigla ENI + 010 (codice ISTAT della Regione Piemonte) + 3 numeri (codice ISTAT di un'ASL della Regione Piemonte)

³⁶ I codici ENI rilasciati da ASL della Regione Piemonte privi di riscontro nella relativa Anagrafe regionale sono oggetto di controllo OBVA scartante.

+ 7 numeri (numero progressivo attribuito dell'ASL al momento del rilascio) [D26];

- h) **Cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno** ovvero temporaneamente presenti iscritti ai centri ISI: inserire il **Codice regionale a sigla STP³⁷ a 16 caratteri** alfanumerici (ai sensi del D.P.R. 31/08/1999 n. 394 e della Circolare MdS 24/04/2000, n. 5)
- struttura formale = 3 caratteri costituiti dalla sigla STP + 3 numeri (codice ISTAT di una Regione italiana) + 3 numeri (codice ASL) + 7 numeri (numero progressivo attribuito dall'ASL al momento del rilascio) [D26];
- i) **Altri assistiti che non rientrano nelle precedenti definizioni:** inserire **venti lettere 'X' e compilare il campo 122.0.**

Con la dizione "Cittadini stranieri" si intendono i cittadini non appartenenti all'U.E., allo Spazio Economico Europeo (S.E.E.), alla Confederazione Svizzera (CH) o ai paesi "convenzionati" – con i quali l'Italia intrattiene rapporti di reciprocità assistenziale – e gli apolidi.

Il Codice fiscale alfanumerico deve essere desunto direttamente dalla Tessera Sanitaria TS-TEAM al momento della presa in carico [D52].

Per le possibili combinazioni del Codice identificativo Assistito e degli altri dati anagrafici si veda la tabella inerente alle combinazioni ammesse, nel paragrafo dedicato.

L'operazione di sostituzione del Codice identificativo Assistito non è consentita. In quanto in parte della chiave del record, per effettuare una variazione del codice identificativo assistito associato ad un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo della relativa cartella e di ogni evento a essa collegato.

³⁷ Il codice regionale a sigla STP è rilevabile dal tesserino rilasciato da un Centro ISI allo straniero privo del permesso di soggiorno per la fruizione delle prestazioni sanitarie alle quali ha diritto. I codici STP privi di riscontro nella relativa Anagrafe sono oggetto di controllo OBVA scartante [D65].

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Cognome	07.0

DESCRIZIONE CAMPO

Cognome dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 50

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: lettere A – Z maiuscole, apice, trattino e spazio.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza fra Identificativo AURA e dati anagrafici.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La compilazione del campo è obbligatoria se non presente l'Id-AURA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Nome	08.0

DESCRIZIONE CAMPO

Nome del Soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 50

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: lettere A – Z maiuscole, apice, trattino e spazio.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza fra Identificativo AURA e dati anagrafici.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La compilazione del campo è obbligatoria se non sono presenti l'Id-AURA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Data di Nascita	09.0

DESCRIZIONE CAMPO

Data di nascita del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L04 – Congruenza fra tipo flusso, Data di nascita e Data di accettazione richiesta.

L05 – Congruenza fra Identificativo AURA e dati anagrafici.

L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA.

Data nel formato GMMMAAAA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Genere	10.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice indicante il genere del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 -2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza fra Identificativo AURA e dati anagrafici.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La compilazione del campo è obbligatoria se non sono presenti l'Id-AURA.

LEGENDA DEI CODICI:

1 = maschio

2 = femmina

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Provincia e Comune di Nascita	11.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica il luogo di nascita del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ISTAT di Province e Comuni d'Italia; o "999" + codice stato estero;
o "999999"

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di province e comuni e codici del Ministero dell'Interno degli stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza fra Identificativo AURA e dati anagrafici.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA.

I valori immessi devono essere presenti nelle tabelle di riferimento.

Per i nati in Italia viene usato il codice ISTAT indicante provincia e comune.

Per i nati all'estero si indica genericamente il codice dello "Stato Estero" preceduto da "999".
Se lo stato estero è sconosciuto si indicano sei "9".

Il codice di Stato estero non può assumere il valore corrispondente allo Stato italiano (100).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Cittadinanza	12.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice cittadinanza del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. osservazioni e precisazioni

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT codici Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L86 – Congruenza tra Cittadinanza e Codice istituzione TEAM

S06 – Inattesa compilazione del Codice istituzione TEAM per cittadini non UE, SEE o svizzeri.

S08 – Mancata compilazione del Codice istituzione TEAM per cittadini UE, SEE o svizzeri.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

VALORI AMMESSI:

- Cittadino italiano: **100**;
- Cittadino di Stato estero: **codice ISTAT Stato estero**;
- Assistito apolide o che abbia esercitato il diritto all'anonimato in base a norma specifica: **999**;
- Assistito con **cittadinanza non identificabile: 000**.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB/CON ³⁸	Stato civile	13.0

DESCRIZIONE CAMPO

Stato civile del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: da 1 a 5; oppure 9

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nella sezione osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

- 1 = Celibe/nubile
- 2 = Coniugato/a
- 3 = Separato/a
- 4 = Divorziato/a
- 5 = Vedovo/a
- 9 = Non dichiarato

Il valore residuale 9 (stato civile non dichiarato) può essere utilizzato, inoltre, per la rilevazione delle Prese in Carico CAVS **precedenti** al 1/10/2016, qualora il dato non sia effettivamente disponibile.

³⁸ OBB per tracciato ANAG-DOM, CON per tracciati ANAG-RES e ANAG-CAVS.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB/CON ³⁹	Titolo di studio	14.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il livello massimo di istruzione conseguito dal Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: da 1 a 6; oppure 9

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nella sezione osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L08 – Congruenza fra tipo flusso e titolo di studio.

L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

- 1 = Nessuno
- 2 = Licenza elementare
- 3 = Licenza media inferiore
- 4 = Diploma scuola media superiore
- 5 = Diploma universitario
- 6 = Laurea
- 9 = Non dichiarato

Il valore residuale 9 (titolo di studio non dichiarato) può essere utilizzato, inoltre, per la rilevazione delle Prese in Carico CAVS **precedenti** al 1/10/2016, qualora il dato non sia

³⁹ NBB per tracciato ANAG-DOM, CON per tracciati ANAG-RES e ANAG-CAVS

effettivamente disponibile.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB/CON⁴⁰	Codice Istituzione TEAM	15.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice Istituzione competente TEAM: codice di identificazione assegnato a livello nazionale all'istituzione di assicurazione o di residenza competente [D52].

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 28

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. osservazioni e precisazioni

TABELLE DI RIFERIMENTO

CONTROLLI APPLICATI

L86 – Congruenza tra Cittadinanza e Codice istituzione TEAM

L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

S06 – Inattesa compilazione del Codice istituzione TEAM per cittadini non UE, SEE o svizzeri.

S08 – Mancata compilazione del “Codice istituzione TEAM” per cittadini UE, SEE o svizzeri.

S18 – Congruenza tra Codice identificativo Assistito e Codice istituzione TEAM.

⁴⁰ NBB per tracciato ANAG-DOM, CON per tracciati ANAG-RES e ANAG-CAVS.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo è valorizzabile per soggetti muniti di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), con il codice denominato “Numero di identificazione dell’istituzione competente”, assegnato a livello nazionale all’istituzione di assicurazione o di residenza competente (ai sensi degli allegati 2 e 3 al Regolamento CEE/UE 574/72), rilevabile dallo **spazio n. 7 della tessera [D52]**.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Regione di residenza	16.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la Regione italiana di residenza alla **presa in carico**.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. osservazioni e precisazioni

TABELLE DI RIFERIMENTO: Codice a tre caratteri numerici definito con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.240 del 15 ottobre 1986, e s.m.i, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende sanitarie (Codice ISTAT Regioni italiane)

CONTROLLI APPLICATI

L10 – Congruenza fra Regione di residenza e Comune/Provincia di residenza.

L58 – Congruenza tra Regione di residenza, Altro codice identificativo Assistito e Comune di residenza.

L75 – Congruenza tra Regione di residenza, Regione pagante, ASL pagante.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

VALORI AMMESSI:

- Assistito residente in una Regione italiana: **Codice ISTAT della Regione**
- **Non** residente in Italia, apolidi o assistiti che abbiano esercitato il diritto all'anonimato in base a norma specifica: **999**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Provincia e Comune di residenza	17.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la provincia ed il comune italiano o lo stato estero di residenza **alla presa in carico.**

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. osservazioni e precisazioni

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di Province e Comuni italiani;
codici degli Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L10 – Congruenza fra Regione e Comune / Provincia di residenza.

L11 – Congruenza fra Provincia/Comune di residenza ed ASL di residenza.

L58 – Congruenza tra Regione di residenza, Altro codice identificativo Assistito e Comune di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune.

I valori immessi devono essere presenti nelle tabelle di riferimento.

VALORI AMMESSI:

- Residenti in Italia: **codice ISTAT della Provincia e del Comune nell'ambito territoriale dell'ASL di residenza;**
- **Non residenti in Italia: codice dello Stato estero (diverso da 100) preceduto da 999 oppure da 'ENI' o da 'STP';**
- Apolidi o assistiti che abbiano esercitato il diritto all'anonimato in base a norma specifica: **999999.**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	ASL di residenza	18.0

DESCRIZIONE CAMPO

ASL cui appartiene il Comune in cui risiede il Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. osservazioni e precisazioni

TABELLE DI RIFERIMENTO: Modello FIM FLS.11, MRA-Fase1

CONTROLLI APPLICATI

L11 - Congruenza fra Provincia/Comune di residenza e ASL di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

È l'ASL nel cui ambito territoriale si trova il Comune di residenza dell'assistito **alla data di presa in carico**.

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

VALORI AMMESSI:

- Codici FLS.11/MRA-Fase1 delle ASL delle Regioni italiane;
- **Non** residenti in Italia, apolidi o assistiti che abbiano esercitato il diritto all'anonimato in base a norma specifica: **999**.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Nucleo familiare	19.0

DESCRIZIONE CAMPO

Numero di componenti il nucleo familiare.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: 99

VALORI AMMESSI: 0 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L59 – Congruenza fra Supporto sociale e Nucleo familiare e Assistente non familiare.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Indica il numero dei componenti del nucleo familiare convivente, **escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente** (rientrano nel conteggio ad esempio: coniuge/partner convivente, figlio/a, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/a).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Assistente non familiare	20.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se è presente una persona convivente non appartenente al nucleo familiare (es.: badante), che convive con l'assistito (24h).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel riquadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L59 – Congruenza fra Supporto sociale e Nucleo familiare e Assistente non familiare.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = presente

2 = non presente

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB/CON ⁴¹	Richiesta: Data accettazione richiesta	21.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di accettazione della richiesta di assistenza domiciliare o di presentazione della domanda di assistenza residenziale/semiresidenziale per UVG.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L04 – Congruenza fra tipo flusso, Data di nascita e Data di accettazione richiesta.

L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L19 – Congruenza tra data accettazione richiesta e data di presa in carico.

L20 – Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza.

L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

OSSERVAZIONE E PRECISIZIONI

Assistenza domiciliare:

- è la data che conclude il processo di accoglienza (e di valutazione positiva o negativa).
In caso di dimissione da Ospedale, la data di accettazione della richiesta coincide con la data di dimissione del Soggetto dalla Struttura Ospedaliera.

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea:

⁴¹ OBB per tracciato ANAG-DOM, CON per tracciati ANAG-RES e ANAG-CAVS.

- è la data di presentazione della richiesta all'UV dell'ASL di residenza.

La data di accettazione determina il “tempo zero” per la misurazione del tempo di attesa.

Data nel formato GGMMAAAA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB/CON⁴²	Richiesta: Tipo soggetto richiedente	22.0

DESCRIZIONE CAMPO

È la motivazione dell'attivazione del progetto di Cura Domiciliare o di inserimento del Soggetto nella Struttura per l'assistenza residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
Tracciato RES: 1, 2, 3, 4, 5, 6
Tracciato CAVS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L21 – Congruenza fra tipo flusso e tipo soggetto richiedente.

L66 – Congruenza tra Data presa in carico e Tipo soggetto richiedente CAVS.

L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.

S11 – Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione.

⁴² OBB per tracciato ANAG-DOM, CON per tracciati ANAG-RES e ANAG-CAVS.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

- 1 = Servizi sociali
- 2 = MMG/PLS
- 3 = Ospedale
- 4 = Ospedale per dimissione protetta
- 5 = Struttura residenziale extraospedaliera
- 6 = Utente/familiare
- 7 = Apertura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 8 = Nuclei di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (C.A.V.S.)
- 9 = Altro
- 10 = N.O.C.C.
- 11 = Soggetto civilmente obbligato (Tutore, amministratore di sostegno)

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea sociosanitaria:

- 1 = Propria
- 2 = Familiare / affine
- 3 = Soggetto civilmente obbligato (Tutore, amministratore di sostegno)
- 4 = Assistente sociale
- 5 = MMG / PLS
- 6 = Medico Ospedaliero

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

- 1 = Propria
- 2 = Familiare / affine
- 3 = Soggetto civilmente obbligato (Tutore, amministratore di sostegno)
- 4 = Assistente sociale
- 5 = MMG / PLS
- 6 = Medico Ospedaliero
- 9 = Non rilevato

Tracciato CAVS: Il valore residuale 9 (tipo soggetto richiedente non rilevato) può essere utilizzato per la sola rilevazione delle Prese in Carico CAVS **precedenti** al 1/10/2016, qualora il dato non sia effettivamente disponibile.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB/CON ⁴³	Richiesta: Motivazione della richiesta 1	23.1

DESCRIZIONE CAMPO

È la motivazione dell'attivazione del progetto di Cura Domiciliare o, per l'Assistenza residenziale /semiresidenziale e per la Continuità assistenziale, è la motivazione di inserimento del Soggetto nella Struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1 - 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20
Tracciato RES: 1, 2, 3, 4, 5, 6
Tracciato CAVS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L22 - Congruenza fra tipo flusso e motivazione della richiesta.

L48 - Congruenza tra codici motivazione della richiesta.

L67 - Congruenza tra Data presa in carico e Motivazione richiesta CAVS.

L90 - Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

L92 - Congruenza tra Tipologia di cura e Motivo della richiesta.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza Domiciliare:

1 = Medicazioni

⁴³ OBB per tracciato ANAG-DOM, CON per tracciati ANAG-RES e ANAG-CAVS.

- 2 = Terapia iniettiva
- 3 = Terapia infusione
- 4 = Prelievi ricorrenti
- 5 = Cateterismo vescicale
- 6 = Esami strumentali (ECG/HGT)
- 7 = Gestione catetere venoso centrale
- 8 = Terapia antalgica
- 9 = Addestramento
- 10 = Sorveglianza infermieristica
- 11 = Nutrizione enterale domiciliare
- 12 = Gestione stomia
- 13 = Educazione sanitaria e *counseling*
- 14 = Cure palliative
- 15 = Gestione drenaggio
- 16 = VAC terapia
- 17 = Monitoraggio clinico domiciliare
- 18 = Rieducazione e *counseling*
- 19 = Terapia parenterale nutrizionale
- 20 = Altro

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea sociosanitaria:

- 1 = Perdita autonomia
- 2 = Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
- 3 = Insufficienza del supporto familiare / *care giver*
- 4 = Solitudine
- 5 = Alloggio non idoneo
- 6 = Altra motivazione sociale

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

- 1 = Perdita autonomia
- 2 = Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
- 3 = Insufficienza del supporto familiare / *care giver*
- 4 = Solitudine
- 5 = Alloggio non idoneo
- 6 = Altra motivazione sociale
- 9 = Non rilevata

Tracciato CAVS: Il valore residuale 9 (motivazione richiesta non rilevata) può essere utilizzato per la sola rilevazione delle Prese in Carico CAVS **precedenti** al 1/10/2016, qualora il dato non sia effettivamente disponibile.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Richiesta: Motivazione della richiesta 2	23.2

DESCRIZIONE CAMPO

È la motivazione dell'attivazione del progetto di Cura Domiciliare.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L22 - Congruenza fra tipo flusso e motivazione della richiesta.

L48 - Congruenza tra codici motivazione della richiesta.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza Domiciliare:

- 1 = Medicazioni
- 2 = Terapia iniettiva
- 3 = Terapia infusione
- 4 = Prelievi ricorrenti
- 5 = Cateterismo vescicale
- 6 = Esami strumentali (ECG/HGT)
- 7 = Gestione catetere venoso centrale
- 8 = Terapia antalgica
- 9 = Addestramento
- 10 = Sorveglianza infermieristica

- 11 = Nutrizione enterale domiciliare
- 12 = Gestione stomia
- 13 = Educazione sanitaria e counseling
- 14 = Cure palliative
- 15 = Gestione drenaggio
- 16 = VAC terapia
- 17 = Monitoraggio clinico domiciliare
- 18 = Rieducazione e counseling
- 19 = Terapia parenterale nutrizionale
- 20 = Altro

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Richiesta: Motivazione della richiesta 3	23.3

DESCRIZIONE CAMPO

È la motivazione dell'attivazione del progetto di Cura Domiciliare.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L22 - Congruenza fra tipo flusso e motivazione della richiesta.

L48 - Congruenza tra codici motivazione della richiesta.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza Domiciliare:

- 1 = Medicazioni
- 2 = Terapia iniettiva
- 3 = Terapia infusione
- 4 = Prelievi ricorrenti
- 5 = Cateterismo vescicale
- 6 = Esami strumentali (ECG/HGT)
- 7 = Gestione catetere venoso centrale
- 8 = Terapia antalgica
- 9 = Addestramento
- 10 = Sorveglianza infermieristica

- 11 = Nutrizione enterale domiciliare
- 12 = Gestione stomia
- 13 = Educazione sanitaria e *counseling*
- 14 = Cure palliative
- 15 = Gestione drenaggio
- 16 = VAC terapia
- 17 = Monitoraggio clinico domiciliare
- 18 = Rieducazione e *counseling*
- 19 = Terapia parenterale nutrizionale
- 20 = Altro

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB/CON⁴⁴	Provenienza: Provenienza assistito	24.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il proponente l'assistenza.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 5, 8, 9;
Tracciato RES: 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17;
Tracciato CAVS: 1, 4, 10, 11, 14, 15, 16, 17.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi valori in sezione osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L23 – Controllo fra provenienza assistito e codice Struttura di provenienza.

L65 – Congruenza tra Provenienza assistito e Codice Reparto di provenienza.

L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

S14 – Mancata compilazione Codice Reparto di provenienza.

S16 – Mancata compilazione Codice Struttura di provenienza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

1 = Domicilio

2 = Ospedale

5 = Casa di cura

⁴⁴ OBB per tracciato ANAG-DOM, CON per tracciati ANAG-RES e ANAG-CAVS.

8 = CAVS

9 = Altro

Il campo può essere valorizzato con valore "1" (Domicilio) qualora la persona si trovi a domicilio e non fruisca ancora di un progetto di cure domiciliari.

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea sociosanitaria:

1 = Abitazione

2 = Struttura protetta sociosanitaria

3 = Struttura sociale

4 = Struttura ospedaliera

5 = Struttura di riabilitazione

9 = Altro

10 = Altra tipologia di cura residenziale / semiresidenziale

11 = Casa di cura

12 = Da altra struttura di altra ASL chiusa amministrativamente

13 = Da altra struttura della stessa ASL chiusa amministrativamente

14 = Apertura amministrativa per riassetto territoriale ASL

15 = Struttura ospedaliera di altra Regione

16 = Casa di cura di altra Regione

17 = CAVS

Quando la provenienza di un assistito è un'altra struttura residenziale/semiresidenziale, il campo dev'essere valorizzato con il valore 2 (struttura protetta sociosanitaria).

Assistenza residenziale temporanea sociosanitaria (CAVS):

1 = Abitazione

4 = Struttura ospedaliera

10 = Altra tipologia di cura residenziale / semiresidenziale

11 = Casa di cura

14 = Apertura amministrativa per riassetto territoriale ASL

15 = Struttura ospedaliera di altra Regione

16 = Casa di cura di altra Regione

17 = CAVS

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Provenienza: Codice Struttura di provenienza	25.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'Ospedale o la Struttura di provenienza del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6 - 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici HSP11/HSP11bis, STS11, RIA11.

CONTROLLI APPLICATI

L23 – Congruenza fra tipo provenienza e Struttura di provenienza.

L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

S16 – Mancata compilazione Codice Struttura di provenienza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per le **strutture di tipo ospedaliero** (Pronto Soccorso, reparto ospedaliero, Casa di cura, etc.), il campo deve essere valorizzato con un **codice a otto cifre**:

- per la rilevazione degli istituti non organizzati in molteplici strutture, la compilazione del campo deve essere effettuata aggiungendo il suffisso '00' al codice HSP11 di sei cifre, qualora trattasi effettivamente di istituti di ricovero privi di substrutture organizzative;
- per gli istituti organizzati in substrutture, il campo dev'essere valorizzato con il codice HSP11bis a otto cifre della specifica struttura di destinazione.

Per le **strutture di tipo territoriale** (RSA, CAVS, etc.), il campo dev'essere valorizzato con il **codice STS11 a sei cifre**.

Per le **strutture di tipo riabilitativo**, il campo dev'essere valorizzato con il **codice RIA11 a sei cifre**.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Tipologia di Progetto	26.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica la tipologia di Progetto assegnato nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale, residenziale temporaneo.

CORRETEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 4, 6

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel riquadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L02 – Congruenza fra tipo flusso e tipologia di Progetto.

L14 – Congruenza fra tipologia di Progetto e tipologia di Cura.

L45 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola.

L63 – Congruenza tra Patologia concomitante, Tipologia di progetto e Tipologia di cura.

L64 – Congruenza tra Struttura di destinazione, Tipologia di progetto e Motivo conclusione.

L98 – Congruenza tra Tipo progetto, Tipo etichetta e Contenuto etichetta.

L99 – Congruenza tra Tipo progetto, Contenuto etichetta e Tipologia di cura.

L100 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Tipologia di cura.

L105 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data decorrenza etichetta.

L106 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data scadenza etichetta.

N16 – Elaborazione Evento etichetta negata.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Assistenza Domiciliare (ivi compresa la lungoassistenza ai sensi della DGR 51-11389 del 23

dicembre 2003)

2 = Assistenza Semiresidenziale Sociosanitaria

3 = Assistenza Residenziale Sociosanitaria

4 = Assistenza Residenziale Temporanea Sociosanitaria

6 = Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria (CAVS)

N.B. L'OPERAZIONE DI VARIAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI PROGETTO NON È CONSENTITA: in caso di cambio o necessità di rettifica della Tipologia di progetto è necessario provvedere rispettivamente alla chiusura o alla cancellazione della Cartella e alla successiva (ri)apertura di nuova Cartella con Tipologia di progetto diversa.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Tipologia di Cura	27.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica la tipologia di cura / intensità assegnato nell'ambito dei Progetti di Assistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale o residenziale temporanea.

CORRETEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Tracciato RES: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Tracciato CAVS: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel riquadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L14 – Congruenza fra Tipologia di progetto e Tipologia di cura.
L26 – Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura.
L29 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Valutazione.
L41 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.
L43 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza.
L45 – Congruenza tra tipo flusso, Tipologia di progetto, Tipologia di cura e codice Matricola.
L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse.
L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive.
L61 – Congruenza tra Tipologia di cura e Tipo operatore.
L62 – Congruenza tra Tipologia di cura, Complessità clinico-assistenziale e Tariffa giornaliera.
L63 – Congruenza tra Patologia concomitante, Tipologia di progetto e Tipologia di cura.
L92 – Congruenza tra Tipologia di cura e Motivo della richiesta.
L100 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Tipologia di cura.
N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N14 – Record non elaborato per variazione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita.

S05 – Congruenza tra Tipologia di cura e Quota utente.

S20 – Incongruenza tra Tipologia di cura e Quota SSR.

S21 – Incongruenza tra Complessità clinico-assistenziale e Quota SSR.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

- 1 = Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- 2 = Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- 3 = Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
- 4 = ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) (DGR 15/2002)
- 5 = Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51-11389/2003)
- 6 = Lungoassistenza media intensità (DGR 51-11389/2003)
- 7 = Lungoassistenza media alta intensità (DGR 51-11389/2003)
- 8 = Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11190/2009)
- 9 = Interventi economici media intensità (DGR 39-11190/2009)
- 10 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 39-11190/2009)
- 11 = Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13332/2010)
- 12 = Interventi economici media intensità (DGR 56-13332/2010)
- 13 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 56-13332/2010)
- 14 – Cure Domiciliari Riabilitative RRF (SRD-RRF)
- 15 – Cure Domiciliari Riabilitative NPI (SRD-NPI)

Assistenza semiresidenziale sociosanitaria:

- 1= Progetti in Centri Diurni
- 2= Progetti in Centri Diurni Alzheimer (CDAА, CDAI)

Assistenza residenziale e residenziale temporanea sociosanitaria:

- 1 = Progetto residenziale intensità bassa
- 2 = Progetto residenziale intensità media
- 3 = Progetto residenziale intensità medio-alta
- 4 = Progetto residenziale intensità alta
- 5 = Progetto residenziale intensità alta incrementata
- 6 = Progetto residenziale per Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza in NSV
- 7 = Progetto residenziale per *Locked-in Syndrome* in NAC
- 8 = Progetto residenziale per Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale in NAC
- 9 = Progetto residenziale per Sclerosi Multipla in stadio avanzato in NAC
- 10 = Progetto residenziale per Alzheimer e demenza in NAT

- 11 = Progetto residenziale ad personam intensità bassa **non** in NAT/NAT/NSV
- 12 = Progetto residenziale ad personam intensità media **non** in NAT/NAT/NSV
- 13 = Progetto residenziale ad personam intensità alta **non** in NAT/NAT/NSV
- 14 = Progetto residenziale intensità medio-bassa **non** in NAT/NAT/NSV
- 15 = Progetto ad personam intensità medio-bassa **non** in NAT/NAT/NSV
- 16 = Progetto ad personam intensità medio-alta **non** in NAT/NAT/NSV
- 17 = Progetto ad personam intensità alta incrementata **non** in NAT/NAT/NSV
- 18 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza **non** in NSV
- 19 = Progetto per *locked-in-syndrome* **non** in NAC
- 20 = Progetto per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale **non** in NAC
- 21 = Progetto per sclerosi multipla in stadio avanzato **non** in NAC
- 22 = Altri progetti di alta complessità in NAC
- 23 = Altri progetti di alta complessità **non** in NAC
- 24 = Progetti per Alzheimer e demenza **non** in NAT
- 25 = Progetti ad personam per Alzheimer e demenza in NAT
- 26 = Progetti ad personam in NAC
- 27 = Progetti ad personam in NSV

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

- 1 = CAVS ordinario⁴⁵
- 2 = CAVS con pacchetto riabilitativo

N.B. L'OPERAZIONE DI VARIAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI CURA NON È CONSENTITA: in caso di cambio o necessità di rettifica della Tipologia di cura è necessario provvedere rispettivamente alla chiusura o alla cancellazione della Cartella e alla successiva (ri)apertura di nuova Cartella con Tipologia di cura diversa.

⁴⁵ Ivi compreso il CAVS ordinario a indirizzo Neuropsichiatrico

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Data di presa in carico	28.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di presa in carico del Soggetto nell'ambito del progetto assistenziale assegnato.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

- L03 – Congruenza fra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico.
- L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
- L15 – Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione.
- L19 – Congruenza tra data accettazione e data di presa in carico.
- L20 – Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza.
- L32 – Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza.
- L39 – Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza.
- L44 – Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza.
- L45 – Congruenza tra Tipo flusso, tipo Progetto, Tipologia di Cura e codice Matricola.
- L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse.
- L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive.
- L66 – Congruenza tra Data presa in carico e Tipo soggetto richiedente CAVS.
- L67 – Congruenza tra Data presa in carico e Motivazione richiesta CAVS.
- L76 – Congruenza tra Data di presa in carico e Data inizio tariffa.
- L79 – Congruenza tra Data di presa in carico e Periodo competenza prestazioni SR.
- L81 – Congruenza tra Data di presa in carico e Data prestazione ambulatoriale.
- L86 – Congruenza tra Cittadinanza e Codice istituzione TEAM.

L93 – Congruenza tra Data decorrenza etichetta e Data presa in carico.
L101 – Congruenza tra Data presa in carico e Data scadenza etichetta.
N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati.
N07 – Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati.
N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.
S04 – Invio in extracompetenza.
S06 – Inattesa compilazione del Codice istituzione TEAM per cittadini non UE, SEE o svizzeri.
S08 – Mancata compilazione del “Codice istituzione TEAM” per cittadini UE, SEE o svizzeri.
S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.
S11 – Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione.

OSSERVAZIONE E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Per l’assistenza domiciliare, è la data di apertura della Cartella Domiciliare.

Per l’assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea, è la data di inserimento del Soggetto nella Struttura (data di ammissione). Per i pazienti in strutture semiresidenziali, relativamente al medesimo ciclo di cure, devono essere inviate solo la data di ammissione e la data di ultimo accesso come dimissione.

In base al Decreto Ministeriale del 22 febbraio 2007, n. 43, è la data da utilizzare nell’indicatore dei tempi di attesa.

L’operazione di sostituzione della Data di presa in carico non è consentita. Per effettuare una variazione della data di presa in carico associata ad un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all’inserimento ex novo della relativa Cartella e di ogni evento ad essa collegato.

Data nel formato GGMMAAAA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Azienda erogante	29.0

DESCRIZIONE CAMPO

Ass. Domiciliare: identifica l'Azienda Sanitaria che eroga il servizio di Cure Domiciliari.

Ass. Residenziale/Semiresidenziale e Continuità assistenziale: identifica l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera dove si trova la Struttura residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: Codici FLS.11/MRA-Fase1 delle ASL della Regione Piemonte;
Tracciati RES e CAVS: Codici FLS.11/MRA-Fase1 delle ASL/AO della Regione Piemonte.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Modello FIM FLS.11, MRA-Fase1

CONTROLLI APPLICATI

L01 - Congruenza tra tipo flusso, Azienda inviante, Azienda erogante.

N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N07 – Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

Per l'assistenza domiciliare è l'ASL che eroga le prestazioni (ASL del servizio di Cure Domiciliari).

Per l'assistenza residenziale, semiresidenziale, residenziale temporanea, è l'ASL che inserisce il Soggetto nella Struttura residenziale / Semiresidenziale e che corrisponde la quota SSR della tariffa.

L'operazione di sostituzione del Codice Azienda erogante non è consentita. Per effettuare una variazione del codice ASL/AO erogante associato ad un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo della relativa cartella e di ogni evento ad essa collegato.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Codice Struttura residenziale / semiresidenziale	30.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice STS11 (Partita IVA) della Struttura Titolare – residenziale o semiresidenziale – di ammissione del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici STS11

CONTROLLI APPLICATI

L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale.

L17 – Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 Titolare della struttura.

N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N07 – Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati.

S07 – Congruenza tra Tipo flusso, Codice regionale Presidio e Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

L'operazione di sostituzione del Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA) non è

consentita. Per effettuare una variazione del codice STS11 titolare della struttura associato a un Codice Cartella Territoriale, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo della relativa cartella e di ogni evento ad essa collegato.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Matricola dell'Unità Produttiva	31.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il punto di erogazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 999999 (v. nota in Osservazioni e Precisazioni)

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella Anagrafe Strutture

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola.
S17 – Mancata compilazione Matricola Unità Produttiva.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

In via transitoria, il campo assume il valore **999999** qualora la Matricola non sia ancora censita in Anagrafe Strutture. Tale valore può essere utilizzato, inoltre, per la rilevazione delle Prese in Carico CAVS **precedenti** al 1/10/2016, qualora il dato non sia effettivamente disponibile.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Codice regionale Struttura residenziale / semiresidenziale	32.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice regionale del Presidio presente nell'Anagrafe dei Presidi corrispondente alla Struttura Titolare residenziale o semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 11

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Anagrafe Presidi Strutture Socio Assistenziali

CONTROLLI APPLICATI

L17 – Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 Titolare della struttura.

S07 – Congruenza tra Tipo flusso, Codice regionale Presidio e Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Codice Comune/Ente Gestore	33.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il Comune/Ente Gestore di riferimento alla presa in carico del Soggetto nell'ambito del Progetto assistenziale. È l'Ente che può contribuire alla quota giornaliera di propria competenza.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 999

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Enti Gestori della Regione Piemonte.

CONTROLLI APPLICATI

L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura.

L55⁴⁶ – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico.

S09 – Codice Ente gestore non verificabile.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento. Tuttavia, fino al permanere della condizione di mancato aggiornamento di tale tabella, i codici che risultassero ivi non presenti o non validi alla data di Presa in Carico **non** comporteranno lo scarto del record per OBVA33.0, ma una mera segnalazione (S09).

⁴⁶ L'applicazione del controllo è transitoriamente sospesa; in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Tariffa giornaliera: quota SSR	34.1
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la quota giornaliera a carico del SSR corrisposta dall'ASL di presa in carico alla Struttura residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: 999999.99

VALORI AMMESSI: 0.01 – 999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO

CONTROLLI APPLICATI

L62 – Congruenza tra Complessità clinico-assistenziale e Tariffa giornaliera.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

S20 – Incongruenza tra Tipologia di cura e Quota SSR.

S21 – Incongruenza tra Complessità clinico-assistenziale e Quota SSR.

S27 – Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota SSR.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Tracciato FAR: Per i soggetti già in Struttura al primo ottobre 2010, è la quota corrisposta dall'ASL al primo ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dall'ASL alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico).

Tracciato CAVS: secondo la normativa vigente, per i ricoveri in CAVS (**senza** pacchetto riabilitativo), il campo dev'essere compilato con €120.00 (per i casi a complessità clinico-assistenziale moderata) oppure €130.00 (per i casi a complessità clinico-assistenziale alta); qualora trattasi di ricoveri in CAVS ordinari **con pacchetto riabilitativo**, il campo dev'essere compilato con l'importo di €140.00 (per i casi a complessità clinico-assistenziale moderata) oppure €150.00 (per i casi a complessità clinico-assistenziale alta).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
RES	CON	Tariffa giornaliera: quota utente	34.2
CAVS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la quota giornaliera a carico dell'utente corrisposta dall'utente o dai suoi familiari alla Struttura residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: 999999.99

VALORI AMMESSI: 0.00 – 999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L47 – Congruenza tra “Quota utente” e “Quota Comune/Ente Gestore”.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

S05 – Congruenza tra “Tipologia di cura” e “Quota utente”.

S28 – Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota utente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dall'utente o dai suoi familiari al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dall'utente o dai suoi familiari alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	CON	Tariffa giornaliera: quota Comune/Ente Gestore	34.3
CAVS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'eventuale quota giornaliera di compartecipazione corrisposta dal Comune/Ente Gestore.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: 999999.99

VALORI AMMESSI: 0.00 – 999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L47 – Congruenza tra “Quota utente” e “Quota Comune/Ente Gestore”.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

S29 – Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota Comune/Ente Gestore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dal Comune/Ente Gestore al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dal Comune/Ente Gestore alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Codice identificativo evento valutazione	37.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Campo utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento di valutazione (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: A- Z maiuscole e 0 – 9

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L25 - Congruenza tra tipo movimento, identificativo evento e motivo valutazione.

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

L91 – Congruenza tra Evento Tariffa giornaliera applicata ed Evento Valutazione.

N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.

N08 – Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.

Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo “ALLEGATI” paragrafo

“TRACCIATI RECORD” - “Codifica dell’identificativo evento”.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Data valutazione	38.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data in cui è stata effettuata la valutazione del Soggetto.

In funzione del motivo della valutazione (campo motivo valutazione) è la data di: prima valutazione, di valutazione periodica (trimestrale per DOM e semestrale per RES) o straordinaria.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L20 - Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza.

L27 - Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione.

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L62 – Congruenza tra Tipologia di cura, Complessità clinico-assistenziale e Tariffa giornaliera.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

L91 – Congruenza tra Evento Tariffa giornaliera applicata ed Evento Valutazione.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

S04 – Invio in extracompetenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

L'operazione di sostituzione della Data valutazione non è consentita. Per effettuare una

variazione della data di valutazione associata ad un evento valutazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Motivo della valutazione	39.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Specifica il motivo della valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda dei codici nella sezione osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L20 - Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza.

L25 - Congruenza tra tipo movimento, identificativo evento e motivo valutazione.

L28 - Congruenza tra motivo valutazione e conferma valutazione precedente.

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L62 – Congruenza tra Tipologia di cura, Complessità clinico-assistenziale e Tariffa giornaliera.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

N14 – Record non elaborato per variazione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita.

N15 – Record non elaborato per variazione prima valutazione residenziale sanitaria non consentita.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = prima valutazione

2 = rivalutazione periodica

3 = rivalutazione straordinaria

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Conferma valutazione precedente	40.0

DESCRIZIONE CAMPO

Specifica se confermata la valutazione precedente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda dei codici nella sezione osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L28 - Congruenza tra motivo valutazione e conferma valutazione precedente.

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = sì

2 = no

Se confermata la valutazione precedente (valore del campo “Conferma valutazione precedente = 1”), i campi relativi alla rivalutazione (da Scheda n. 41.0 a Scheda n. 79.0 e Scheda 115.0 del tracciato Eventi DOM) non devono essere compilati.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Patologia prevalente	41.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice patologia prevalente alla prima valutazione: identifica il codice della patologia prevalente nel determinare l'attivazione dell'assistenza.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD9CM nell'edizione validata dal Ministero della Salute in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

S24 – Inattesa causa di decesso per assistito con prevalente patologia oncologica.

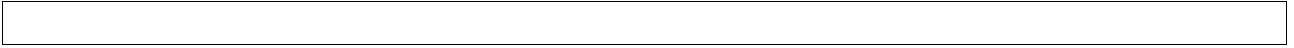
S26 – Mancata indicazione della patologia oncologica prevalente per assistito in stato di terminalità oncologica.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

Per quanto riguarda i casi di **assistiti POSITIVI COVID-19**, fare riferimento alla sezione *Codifica patologia per Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)*.

Per quanto attiene ai casi di demenza, può essere fatto riferimento alla tabella dei *Codici ICD-9-CM per la definizione dei casi di demenza*. [D67]



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Patologia concomitante 1	42.1
RES	OBB		
CAVS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD9CM oppure 000.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD9CM nell'edizione validata dal Ministero della Salute in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 - Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

L63 – Congruenza tra Patologia concomitante 1, Tipologia di progetto e Tipologia di cura.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

Per quanto riguarda i casi di **assistiti POSITIVI COVID-19**, fare riferimento alla sezione *Codifica patologia per Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)*.

Per quanto attiene ai casi di demenza, può essere fatto riferimento alla tabella dei *Codici*

ICD-9-CM per la definizione dei casi di demenza. [D67]

Nel caso eccezionale di effettiva assenza di patologia concomitante, valorizzare con “000”.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia concomitante 2	42.2
RES	NBB		
CAVS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD9CM nell'edizione validata dal Ministero della Salute in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

Per quanto riguarda i casi di **assistiti POSITIVI COVID-19**, fare riferimento alla sezione *Codifica patologia per Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)*.

Per quanto attiene ai casi di demenza, può essere fatto riferimento alla tabella dei *Codici ICD-9-CM per la definizione dei casi di demenza*. [D67]

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia concomitante 3	42.3
RES	NBB		
CAVS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD9CM nell'edizione validata dal Ministero della Salute in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

Per quanto riguarda i casi di **assistiti POSITIVI COVID-19**, fare riferimento alla sezione *Codifica patologia per Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)*.

Per quanto attiene ai casi di demenza, può essere fatto riferimento alla tabella dei *Codici ICD-9-CM per la definizione dei casi di demenza*. [D67]

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia concomitante 4	42.4
RES	NBB		
CAVS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD9CM nell'edizione validata dal Ministero della Salute in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

Per quanto riguarda i casi di **assistiti POSITIVI COVID-19**, fare riferimento alla sezione *Codifica patologia per Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)*.

Per quanto attiene ai casi di demenza, può essere fatto riferimento alla tabella dei *Codici ICD-9-CM per la definizione dei casi di demenza*. [D67]

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia concomitante 5	42.5
RES	NBB		
CAVS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD9CM nell'edizione validata dal Ministero della Salute in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

Per quanto riguarda i casi di **assistiti POSITIVI COVID-19**, fare riferimento alla sezione *Codifica patologia per Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)*.

Per quanto attiene ai casi di demenza, può essere fatto riferimento alla tabella dei *Codici ICD-9-CM per la definizione dei casi di demenza*. [D67]

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Autonomia	43.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il livello di autonomia del Soggetto nelle attività di vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = autonomo

2 = parzialmente dipendente

3 = totalmente dipendente

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Grado mobilità	44.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il livello di autonomia del Soggetto nell'area mobilità.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = si sposta da solo (eventualmente con ausili)

2 = si sposta assistito

3 = non si sposta

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Disturbi cognitivi	45.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica l'entità dei disturbi cognitivi eventualmente presenti (memoria, orientamento, attenzione).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = assenti / lievi

2 = moderati

3 = gravi

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Disturbi comportamentali	46.0

DESCRIZIONE CAMPO

Individua l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = assenti / lievi

2 = moderati

3 = gravi

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Supporto sociale	47.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L59 – Congruenza fra Supporto sociale e Nucleo familiare e Assistente non familiare.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = presenza

2 = presenza parziale e/o temporanea

3 = non presenza

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Rischio infettivo	48.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se l'assistenza è a rischio infezione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = sì

2 = no

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Drenaggio posturale	49.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Ossigenoterapia	50.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza o meno del bisogno.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Ventiloterapia	51.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza o meno del bisogno.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Tracheostomia	52.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza del bisogno.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Alimentazione assistita	53.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza del bisogno.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Alimentazione enterale	54.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

CONTROLLI APPLICATI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Alimentazione parenterale	55.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Gestione stomia	56.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Eliminazione urinaria intestinale	57.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Alterazione ritmo sonno-veglia	58.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Interventi di educazione terapeutica	59.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Cura ulcere cutanee 1° e 2° grado	60.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Cura ulcere cutanee 3° e 4° grado	61.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Prelievi venosi non occasionali	62.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: ECG	63.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Telemetria	64.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Terapia sottocutanea intra muscolare infusioneale	65.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Gestione catetere	66.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Trasfusioni	67.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.
L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente
2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Controllo dolore	68.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Assistenza stato terminale oncologico	69.0

DESCRIZIONE CAMPO

Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L12 – Congruenza assistenza stato terminale.

S25 – Mancata attribuzione dello stato di terminalità oncologica per deceduto a causa di tumore.

S26 – Mancata indicazione della patologia oncologica prevalente per assistito in stato di terminalità oncologica.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

In situazioni complesse, generate da copresenza di stato terminale oncologico e non oncologico, valorizzare a “1” il solo campo “Assistenza stato terminale oncologico” (69.0).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Assistenza stato terminale non oncologico	70.0

DESCRIZIONE CAMPO

Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L12 – Congruenza assistenza stato terminale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

In situazioni complesse, generate da copresenza di stato terminale oncologico e non oncologico, valorizzare a “1” il solo campo “Assistenza stato terminale oncologico” (69.0).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Trattamento riabilitativo neurologico	73.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento valutazione: Trattamento riabilitativo Ortopedico	74.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Trattamento riabilitativo di mantenimento	75.0

DESCRIZIONE CAMPO

indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Supervisione continua	76.0

DESCRIZIONE CAMPO

indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Assistenza IADL	77.0

DESCRIZIONE CAMPO

indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Assistenza ADL	78.0

DESCRIZIONE CAMPO

indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Supporto care giver	79.0

DESCRIZIONE CAMPO

indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione:	80.0
		Codice identificativo evento prestazione	

DESCRIZIONE CAMPO

Codice utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento prestazione (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: lettere da A- Z maiuscole e numeri da 0 – 9

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L41 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.

L70 – Codice identificativo evento prestazione errato.

N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.

N08 – Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.

Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo "ALLEGATI" paragrafo "TRACCIATI RECORD" - "Codifica dell'identificativo evento".

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Data accesso	81.0

DESCRIZIONE CAMPO

È la data in cui è stato effettuato almeno un accesso domiciliare da parte dell'operatore.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra Data immessa e data corrente.

L32 – Congruenza tra Data accesso e periodo di assistenza.

L33 – Congruenza tra Data di accesso e periodo di sospensione.

L41 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

S04 – Invio in extracompetenza.

S13 – Chiusura amministrativa impropria.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

L'operazione di sostituzione della Data accesso non è consentita. Per effettuare una variazione della data di accesso associata ad un evento prestazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

Data nel formato GGMMAAAA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Tipo operatore	82.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice tipologia operatore che ha erogato l'intervento domiciliare.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1-2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L34 – Congruenza tra Tipo operatore e disciplina.

L35 – Congruenza tra Tipo operatore e Tipo prestazione.

L36 – Congruenza tra Tipo operatore, Tempo GO e Tempo H.

L41 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.

L61 – Congruenza tra Tipologia di cura e Tipo operatore.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

LEGENDA DEI CODICI:

1 = MMG

2 = PLS

- 3 = Infermiere
- 4 = Medico specialista⁴⁷
- 5 = Medico assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.
- 6 = Medico di continuità assistenziale (MCA)
- 7 = Psicologo
- 8 = Fisioterapista
- 9 = Logopedista
- 10 = OSS (Operatore Socio Sanitario)
- 11 = Dietista
- 12 = Assistente sociale del SSN
- 13 = Terapista occupazionale
- 14 = Educatore professionale
- 15 = Foniatra
- 16 = Vulnologo
- 17 = Fisiatra
- 20 = Trasporti
- 21 = Infermiere assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.
- 22 = Neuropsichiatra infantile
- 23 = Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE)
- 24 = Medico esperto in cure palliative NON facente parte di un'U.O.C.P.
(anche se eventualmente di Onlus/ETS o di Fondazione)
- 25 = Infermiere esperto in cure palliative NON facente parte di un'U.O.C.P.
(anche se eventualmente di Onlus/ETS o di Fondazione)

L'operazione di sostituzione del Tipo operatore non è consentita. Per effettuare una variazione del tipo di operatore associato ad un evento prestazione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

⁴⁷ codice da utilizzare solo qualora manchi nell'elenco dei tipi operatore la figura professionale specifica.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Prestazione: Disciplina operatore	83.0

DESCRIZIONE CAMPO

Individua la disciplina dell'operatore specialista che ha erogato l'intervento domiciliare.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01 - 98

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella discipline specialistiche

CONTROLLI APPLICATI

L34 – Congruenza tra campo tipo operatore e disciplina dell'operatore.

L41 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Numero accessi	84.0

DESCRIZIONE CAMPO

Numero accessi per tipo operatore nella stessa giornata (data di accesso).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L41 - Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Tipo prestazione	85.0

DESCRIZIONE CAMPO

Contiene il codice tipo prestazione erogata in assistenza domiciliare.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 90, 91, 92

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nella sezione osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L13 – Congruenza Tipo prestazione.

L35 – Congruenza tra Tipo operatore e Tipo prestazione.

L41 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.

N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE⁴⁸

LEGENDA DEI CODICI:

- 1 = Visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinico/funzionale/sociale e monitoraggio)
- 2 = Prelievo ematico
- 3 = Esami strumentali
- 4 = Trasferimento competenze / educazione del *caregiver* / colloquio / *nursing* / addestramento
- 5 = Supporto psicologico
- 6 = Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione
- 7 = Terapia infusionale SC e EV
- 8 = Emotrasfusione
- 9 = Paracentesi
- 10 = Gestione ventilazione
- 11 = Gestione nutrizione enterale (SNG PEG)
- 12 = Gestione nutrizione parenterale – gestione CVC
- 13 = Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie
- 14 = Gestione alvo comprese le enterostomie
- 15 = Igiene personale e mobilizzazione
- 16 = Medicazioni semplici
- 17 = Medicazioni complesse
- 18 = Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
- 19 = Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria
- 20 = Trattamento di rieducazione del linguaggio
- 21 = Trattamento di rieducazione dei disturbi neuropsicologici
- 22 = Rilevamento parametri dei segni vitali
- 90 = Trasporto in ambulanza a carico SSN - tratta singola
- 91 = Trasporto in ambulanza a carico SSN - andata e ritorno
- 92 = Trasporto in auto a carico SSN - andata e ritorno

48 v. nota 6

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Numero prestazioni erogate	86.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la quantità di prestazioni erogate nella data di accesso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L41 - Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Prestazione: Tempo GO	87.0

DESCRIZIONE CAMPO

Tempo impiegato dall'operatore per recarsi a casa dell'utente (non deve comprendere il tempo di ritorno alla struttura)..

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: HH.MM - 00.01 – 23.59

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L36 – Congruenza tra Tipo operatore e tempo GO.

L41 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

In caso di più accessi nella stessa giornata per la stessa tipologia di operatore, il tempo GO sarà la somma del tempo impiegato da ogni singolo operatore.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Prestazione: Tempo H	88.0

DESCRIZIONE CAMPO

Tempo home; tempo impiegato dall'operatore per l'erogazione della prestazione a casa dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: HH.MM - 00.01 – 23.59

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L36 – Congruenza tra Tipo operatore, Tempo GO e Tempo H.

L41 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

In caso di più accessi nella stessa giornata per la stessa tipologia di operatore, il tempo GO sarà la somma dei tempi impiegati da ogni singolo operatore.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Vita quotidiana	90.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice del livello di fragilità del Soggetto per le attività di vita quotidiana.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = autonomo

2 = parzialmente dipendente

3 = totalmente dipendente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Grado mobilità	91.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice del livello di fragilità relativo alla mobilità dell'assistito per le attività di vita quotidiana.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = si sposta da solo (eventualmente con ausili)

2 = si sposta assistito

3 = non si sposta

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Disturbi cognitivi	92.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice del livello di fragilità del Soggetto relativo all'area cognitiva.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = assenti/lievi

2 = moderati

3 = gravi

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento valutazione: Disturbi comportamentali	93.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza o meno di disturbi comportamentali.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 -2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = disturbi presenti

2 = disturbi assenti

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Trattamenti specialistici – Alimentazione parenterale	94.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = trattamento presente

2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Trattamenti specialistici – SNG/PEG	95.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = trattamento presente

2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Trattamenti specialistici – Tracheostomia	96.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TABELLA DEI CODICI:

1 = trattamento presente

2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Trattamenti specialistici – Ventilazione assistita	97.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = trattamento presente

2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Trattamenti specialistici – Ossigenoterapia	98.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = trattamento presente

2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Trattamenti specialistici – Dialisi	99.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1- 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = trattamento presente

2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Trattamenti specialistici – Ulcere da decubito	100.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = trattamento presente

2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Livello di fragilità - Area sociale	101.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'eventuale presenza di un'area sociale dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = presenza

2 = parziale / temporanea

3 = assenza

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Modalità finanziamento	102.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la modalità di finanziamento dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato RES: 1, 2, 3, 4;
Tracciato CAVS: 4.

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

L107 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Modalità finanziamento.

S27 – Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota SSR.

S28 – Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota utente.

S29 – Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota Comune/Ente Gestore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza semiresidenziale / residenziale / residenziale temporanea sociosanitaria:

- 1 = autonomo finanziatore
- 2 = a carico totale o parziale dei familiari
- 3 = a carico totale o parziale del Comune/Ente gestore
- 4 = a carico totale del SSR

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

- 4 = a carico totale del SSR

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Sospensione: Codice identificativo evento sospensione	103.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento di sospensione (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: lettere da A – Z maiuscole e numeri da 0 – 9

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L72 – Codice identificativo evento sospensione errato.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.

N08 – Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa.

S12 – Durata eccessiva della sospensione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.

Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo "ALLEGATI" paragrafo "TRACCIATI RECORD" - "Codifica dell'identificativo evento".

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Sospensione: Data inizio sospensione	104.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di inizio sospensione dell'assistenza domiciliare o residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 - 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L27 – Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione.

L33 – Congruenza tra data di accesso e periodo di sospensione.

L39 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione e periodo di assistenza.

L40 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione.

L53 – Congruenza tra Data inizio sospensione e Data fine sospensione e periodi di sospensione.

L83 – Congruenza tra Data prestazione ambulatoriale e periodo di sospensione.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa.

N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

S04 – Invio in extracompetenza.

S12 – Durata eccessiva della sospensione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

L'operazione di sostituzione della Data inizio sospensione non è consentita. Per effettuare una variazione della data di inizio sospensione associata ad un evento sospensione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

Data nel formato GGMMAAAA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Sospensione: Motivazione sospensione	105.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Fornisce indicazioni sulla motivazione della sospensione dell'assistenza domiciliare o residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3; oppure 9;
Tracciato RES: 1, 2, 3, 4;
Tracciato CAVS: 1, 2, 3.

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L50 – Congruenza tra tipo flusso e motivo della sospensione.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

S12 – Durata eccessiva della sospensione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

- 1 = Ricovero temporaneo in ospedale
- 2 = Allontanamento temporaneo
- 3 = Ricovero temporaneo in struttura residenziale
- 9 = Altro.

Assistenza semiresidenziale / residenziale / residenziale temporanea sociosanitaria:

- 1 = Ricovero temporaneo in ospedale
- 2 = Allontanamento temporaneo
- 3 = Altro

4 = ricovero temporaneo sanitario extraospedaliero (CAVS)

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

1 = Ricovero temporaneo in ospedale

2 = Allontanamento temporaneo

3 = Altro

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Sospensione: Data fine sospensione	106.0
RES	NBB		
CAVS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di fine sospensione dell'assistenza domiciliare o residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L27 – Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione.

L33 – Congruenza tra data di accesso e periodo di sospensione.

L39 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione ed il periodo di assistenza.

L40 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione.

L53 – Congruenza tra Data inizio sospensione e Data fine sospensione e periodi di sospensione.

L60 – Congruenza tra Data Conclusione e Data fine sospensione.

L83 – Congruenza tra Data prestazione ambulatoriale e periodo di sospensione.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa.

N12 – Non elaborabile: tentato inserimento evento conclusione in presenza di sospensioni aperte.

N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

S04 – Invio in extracompetenza.

S12 – Durata eccessiva della sospensione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Data nel formato GMMMAAAA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Conclusione: Codice identificativo evento conclusione	107.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: lettere da A – Z maiuscole e numeri da 0 a 9.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L73 – Codice identificativo evento conclusione errato.

N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.

N08 – Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N12 – Non elaborabile: tentato inserimento evento conclusione in presenza di sospensioni aperte.

S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.

S11 – Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.

Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo "ALLEGATI" paragrafo "TRACCIATI RECORD" - "Codifica dell'identificativo evento".

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Conclusione: Data conclusione	108.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di conclusione dell'assistenza domiciliare o dell'assistenza residenziale / semiresidenziale o di continuità assistenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L15 – Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione.

L20 – Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza.

L32 – Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza.

L39 – Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza.

L44 - Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza.

L56 – Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse.

L57 – Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive.

L60 – Congruenza tra Data Conclusione e Data fine sospensione.

L77 – Congruenza tra Data inizio tariffa e Data conclusione.

L80 – Congruenza tra Data conclusione e Periodo competenza prestazioni SR.

L82 – Congruenza tra Data prestazione ambulatoriale e Data conclusione.

L94 – Congruenza tra Data decorrenza etichetta e Data conclusione.

L102 – Congruenza tra Data scadenza etichetta e Data conclusione.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N11 – Non elaborabile: tentata cancellazione Data fine sospensione di cartella conclusa.

N12 – Non elaborabile: tentato inserimento evento conclusione in presenza di sospensioni aperte.

N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati

relativi al periodo di competenza del record.

S04 – Invio in extracompetenza.

S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.

S11 – Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione.

S13 – Chiusura amministrativa domiciliare impropria.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Per i pazienti in strutture semiresidenziali, relativamente al medesimo ciclo di cure, devono essere inviate solo la data di ammissione e la data di ultimo accesso come dimissione.

In caso di conclusione per “Chiusura amministrativa” (valore “12” del campo 109.0), si utilizzi la data relativa all’ultimo evento registrato.

L'operazione di sostituzione della Data conclusione non è consentita. Per effettuare una variazione della data di conclusione associata ad un evento conclusione, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

Data nel formato GGMMAAAA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Conclusione: Motivo conclusione assistenza	109.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Fornisce indicazioni sulla motivazione della conclusione dell'assistenza e sull'eventuale destinazione del Soggetto dopo la conclusione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 97, 99;
Tracciato RES: 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22;
Tracciato CAVS: 1, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 98.

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L64 – Congruenza tra Struttura di destinazione, Tipologia di progetto e Motivo conclusione.

L68 – Congruenza tra Data presa in carico e Motivo conclusione CAVS.

S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.

S13 – Chiusura amministrativa domiciliare impropria.

S15 – Mancata compilazione Codice Struttura di destinazione.

S24 – Inattesa causa di decesso per assistito con prevalente patologia oncologica.

S25 – Mancata attribuzione dello stato di terminalità oncologica per deceduto a causa di tumore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

1 = Completamento del programma assistenziale

2 = Ricoveri in ospedale

5 = Trasferimento in struttura residenziale

6 = Trasferimento in Hospice

8 = Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari

9 = Cambio residenza

- 10 = Cambio medico
- 11 = Volontà dell'utente
- 12 = Chiusura amministrativa per mancanza di prestazioni (in mancanza di prestazioni per 60 giorni in assenza di sospensione)
- 13 = Scadenza 12 mesi di presa in carico
- 14 = Decesso a domicilio per causa di tumore
- 15 = Decesso a domicilio per altra causa
- 16 = Decesso in ospedale per causa di tumore
- 17 = Decesso in ospedale per altra causa
- 97 = Chiusura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 99 = Altro

In caso di conclusione per “Chiusura amministrativa” (valore “12”), si utilizzi la data relativa all’ultimo evento registrato quale “Data conclusione” (campo 108.0).

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea sociosanitaria:

- 1 = Dimissione a domicilio senza assistenza
- 3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti
- 4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza
- 5 = Decesso
- 6 = Chiusura in seguito a trasferimento amministrativo in altra struttura
- 8 = Cambio tariffa e/o ripartizione quota
- 9 = Dimissione per cambio struttura
- 10 = Chiusura in seguito a trasferimento amministrativo in altra struttura della stessa ASL
- 11 = Chiusura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 12 = Dimissione a domicilio con assistenza – RSA Aperta
- 13 = Dimissione a struttura Residenziale Alberghiera (RA)
- 19 = Dimissione per fine progetto verso medesima struttura
- 20 = Termine progetto (ospite dimissibile)
- 21 = Dimissione a domicilio con assistenza della rete familiare
- 22 = Dimissione a domicilio con assistenza domiciliare sanitaria e/o sociale

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

- 1 = Dimissione a domicilio senza assistenza
- 3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti
- 4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza
- 5 = Decesso
- 11 = Chiusura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 12 = Dimissione a domicilio con assistenza – RSA Aperta
- 13 = Dimissione a struttura Residenziale Alberghiera (RA)
- 14 = Dimissione a struttura di Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF)
- 15 = Volontà dell’utente - dimissione a domicilio senza assistenza
- 16 = Volontà dell’utente - dimissione a domicilio con assistenza

17 = Volontà dell'utente - dimissione ad altra tipologia di residenza

18 = Volontà dell'utente

19 = Dimissione per fine progetto verso medesima struttura

20 = Termine progetto (ospite dimissibile)

21 = Dimissione a domicilio con assistenza della rete familiare

22 = Dimissione a domicilio con assistenza domiciliare sanitaria e/o sociale

98 = Altro motivo

Tracciato CAVS: Il valore residuale 98 (altro motivo conclusione) può essere utilizzato per la sola rilevazione delle Prese in Carico CAVS **precedenti** al 1/10/2016.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Valutatore 1	111.1
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di operatore che ha svolto la valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Tracciato RES: 1, 2, 4, 5, 6

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L42 - Congruenza tra codici soggetto valutatore.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare – tipologia valutatore:

1 = MMG/PLS

2 = Infermiere

3 = Medico delle Cure Domiciliari

4 = Medico del Distretto

5 = Medico delle Cure Palliative

6 = Infermiere delle Cure Palliative

7 = Fisiatra

8 = Fisioterapista

9 = Neuropsichiatra infantile [D62]

10 = Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE) [D62]

Assistenza semiresidenziale / residenziale / residenziale temporanea – tipologia valutatore:

- 1 = MMG/Equipe multiprofessionale
- 2 = Medico di Struttura / Direttore sanitario
- 4 = Direttore sanitario
- 5 = Medico responsabile NAT, C.D.A.A., C.D.A.I.
- 6 = Medico responsabile dei nuclei NAC e NSV [D21]

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Valutatore 2	111.2

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di operatore che ha svolto la valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L42 - Congruenza tra codici soggetto valutatore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare – tipologia valutatore:

1 = MMG/PLS

2 = Infermiere

3 = Medico delle Cure Domiciliari

4 = Medico del Distretto

5 = Medico delle Cure Palliative

6 = Infermiere delle Cure Palliative

7 = Fisiatra

8 = Fisioterapista

9 = Neuropsichiatra infantile [D62]

10 = Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE) [D62]

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Valutatore 3	111.3

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di operatore che ha svolto la valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L42 - Congruenza tra codici soggetto valutatore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare – tipologia valutatore:

1 = MMG/PLS

2 = Infermiere

3 = Medico delle Cure Domiciliari

4 = Medico del Distretto

5 = Medico delle Cure Palliative

6 = Infermiere delle Cure Palliative

7 = Fisiatra

8 = Fisioterapista

9 = Neuropsichiatra infantile [D62]

10 = Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE) [D62]

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Valutatore 4	111.4

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di operatore che ha svolto la valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L42 - Congruenza tra codici soggetto valutatore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare – tipologia valutatore:

1 = MMG/PLS

2 = Infermiere

3 = Medico delle Cure Domiciliari

4 = Medico del Distretto

5 = Medico delle Cure Palliative

6 = Infermiere delle Cure Palliative

7 = Fisiatra

8 = Fisioterapista

9 = Neuropsichiatra infantile [D62]

10 = Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE) [D62]

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Prestazioni di Lungoassistenza: Identificativo evento di Lungoassistenza	112.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento di prestazione di lungoassistenza (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: lettere da A – Z maiuscole e numeri da 0 – 9.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L43 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza.

L71 – Codice identificativo evento prestazione di lungoassistenza errato.

N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.

N08 – Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.

Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo “ALLEGATI” paragrafo “TRACCIATI RECORD” - “Codifica dell'identificativo evento”.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazioni di Lungoassistenza: Data inizio erogazione	113.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di inizio erogazione del contributo di lungoassistenza da parte dell'ASL di presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 - 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L43 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza.

L44 – Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza.

N09 – Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N10 – Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.

N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

L'operazione di sostituzione della Data inizio erogazione contributo non è consentita. Per effettuare una variazione della data di inizio erogazione contributo associata ad un evento prestazione di lungoassistenza, è necessario procedere alla cancellazione e all'inserimento ex novo del relativo evento.

Data nel formato GGMMAAAA.			
TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazioni di Lungoassistenza: Contributo mensile erogato	114.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la quota mensile a carico del SSR corrisposta dall'ASL di presa in carico per la lungoassistenza.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 9
FORMATO: N
VALORI AMMESSI: 0.01 – 999999.99
TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L43 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza. L44 – Congruenza tra data inizio erogazione contributo e periodo di assistenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia neurologica	115.0
RES	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Specifica l'eventuale patologia neurologica altamente invalidante.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Patologia neurologica altamente invalidante:

1 = Stato Vegetativo (SV)

2 = Stato di Minima Coscienza (SMC)

3 = *Locked-in Syndrome* (LIS)

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Trattamenti specialistici – Altre prestazioni	116.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Altre prestazioni specialistiche.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Trattamento presente

2 = Trattamento assente

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Provenienza assistito: Codice Reparto di provenienza	117.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il reparto di provenienza del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 0101 – 9999 (due cifre per la disciplina ospedaliera + due cifre progressive)

TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici UOF

CONTROLLI APPLICATI

L65 – Congruenza tra Provenienza assistito e Codice Reparto di provenienza.

L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

S14 – Mancata compilazione Codice Reparto di provenienza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Accettazione: Motivo accettazione	118.0

DESCRIZIONE CAMPO

Motivo accettazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

1 = Nuovo caso;

2 = Rinnovo dopo 12 mesi (medesima tipologia);

3 = Trasferimento da altra tipologia di cure domiciliari;

9⁴⁹ = non disponibile (voce non selezionabile)

⁴⁹ Voce tecnica non selezionabile, disponibile in sola lettura, in quanto utilizzata per classificare le cartelle censite prima dell'inserimento del campo nel tracciato SIAD regionale

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	NBB	Evento conclusione: Codice Struttura di destinazione	119.0
CAVS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'Ospedale o la Struttura di destinazione del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6 - 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codici HSP11-BIS, STS11, RIA11

TABELLE DI RIFERIMENTO: Modelli FIM, ARPE

CONTROLLI APPLICATI

L64 – Congruenza tra Struttura di destinazione, Tipologia di progetto e Motivo conclusione.
S15 – Mancata compilazione Codice Struttura di destinazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
CAVS	OBB	Evento valutazione: Complessità clinico-assistenziale	120.0

DESCRIZIONE CAMPO

Complessità clinico-assistenziale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L62 – Congruenza tra Complessità clinico-assistenziale e Tariffa giornaliera.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

S20 – Incongruenza tra Tipologia di cura e Quota SSR.

S21 – Incongruenza tra Complessità clinico-assistenziale e Quota SSR.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

1 = alta;

2 = moderata.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
CAVS	OBB	Evento valutazione: Tipologia paziente	121.0

DESCRIZIONE CAMPO

Tipologia paziente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

ALTA COMPLESSITÀ:

1 = Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza;

2 = pazienti con disabilità complesse e con problematiche clinico-assistenziali e funzionali di significativa rilevanza, che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari o clinico-assistenziali;

3 = pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio-assistenziali.

MODERATA COMPLESSITÀ:

4 = Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, che non possono seguire un

appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari;

5 = Pazienti con disabilità di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari.

PROBLEMATICHE NEURO-PSICHIATRICHE E CLINICO-ASSISTENZIALI:

6 = Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, anche portatori di disabilità motorie complesse, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari;

7 = Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, anche portatori di disabilità motorie complesse, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Altro codice identificativo Assistito	122.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo Assistito di altro tipo

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. osservazioni e precisazioni

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L58 – Congruenza tra Regione di residenza, Altro codice identificativo Assistito e Comune di residenza.

L74 – Congruenza tra Codice identificativo Assistito e Altro codice identificativo Assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Qualora il campo 06.0 (Codice identificativo Assistito) sia stato compilato con venti lettere 'X' o con un Codice di identificazione personale del titolare TEAM, la compilazione del campo "Altro codice identificativo assistito" è obbligatoria, secondo le regole che seguono.

VALORI AMMESSI

- a) **Cittadini europei non in possesso di Codice fiscale e dotati di TEAM**: inserire il **Codice di identificazione progressivo della TEAM a 20 caratteri alfanumerici** (concatenazione di 10 caratteri alfanumerici e 10 cifre numeriche) rilevato dallo spazio 8 della tessera [D51] – oltre ad aver compilato il campo 48.0 con il Codice di identificazione personale del titolare TEAM [D52];

- b) **Cittadini stranieri non residenti in Italia privi di Codice fiscale alfanumerico, Codice**

fiscale numerico, Codice ENI, Codice STP: inserire venti numeri '9';

- c) **Apolidi (assistiti privi di cittadinanza alcuna) privi sia di Codice fiscale sia di TEAM:**
inserire venti numeri '8';
- d) **Neonati in Italia non ancora in possesso di Codice fiscale:** inserire venti numeri '0';
- e) **Altri assistiti che non rientrano nelle precedenti definizioni o che beneficiano del diritto all'anonimato** [D48, D49]: inserire venti lettere 'X'.

Con la dizione "Cittadini stranieri" si intendono i cittadini non appartenenti all'U.E., allo Spazio Economico Europeo (S.E.E.), alla Confederazione Svizzera (CH) o ai paesi "convenzionati" – con i quali l'Italia intrattiene rapporti di reciprocità assistenziale.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Regime di inserimento	123.0

DESCRIZIONE CAMPO

Regime di inserimento in struttura (privato o in convenzione)

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L04 – Congruenza fra tipo flusso, Data di nascita e Data di accettazione richiesta.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

L90 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = in convenzione

2 = regime privato

La rilevazione inerente agli assistiti ospitati in strutture residenziali socio-sanitarie e sanitarie in regime privato riguarda esclusivamente alcune informazioni di identificazione dell'assistito e della relativa presa in carico incluse nel tracciato "Anagrafico e di presa in carico" (ANAG) e nel solo evento Conclusione dei tracciati "Eventi di assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria" (RES) ed "Eventi di assistenza residenziale temporanea sanitaria" (CAVS). Tuttavia, in seguito all'entrata in vigore del GDPR [D54] e delle relative disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale [D58], la raccolta e il trattamento di tali informazioni

potranno essere avviati solo in seguito a verifica di effettiva conformità alla nuova normativa o, in subordine, in seguito all'entrata in vigore di norme atte a consentirli.

Trattandosi di campo a compilazione obbligatoria, per quanto attiene ai record inseriti prima della sua introduzione, il campo risulterà valorizzato con il valore '1' (in convenzione).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Data inizio tariffa	124.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Data inizio tariffa di assistenza residenziale/semiresidenziale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 01011870 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L62 – Congruenza tra Tipologia di cura, Complessità clinico-assistenziale e Tariffa giornaliera.

L76 – Congruenza tra Data di presa in carico e Data inizio tariffa.

L77 – Congruenza tra Data inizio tariffa e Data di conclusione.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

L91 – Congruenza tra Evento Tariffa giornaliera applicata ed Evento Valutazione.

N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

S04 – Invio in extracompetenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Regione pagante	125.0
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo regione pagante l'inserimento in struttura

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice a tre caratteri identificativo delle Regioni italiane (010, ...)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L75 – Congruenza tra Regione di residenza, Regione pagante, ASL pagante.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	CON	ASL pagante	126.0
CAVS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo ASL pagante l'inserimento in struttura

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice FLS.11 delle Aziende Sanitarie Locali regionali

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L75 – Congruenza tra Regione di residenza, Regione pagante, ASL pagante.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Periodo competenza prestazioni SR	127.0

DESCRIZIONE CAMPO

Anno e TRIMESTRE di competenza degli accessi semiresidenziali

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 2018-01 – 2999-04

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L78 – Congruenza tra Tipo di progetto ed evento Prestazioni SR.

L79 – Congruenza tra Data di presa in carico e Periodo competenza prestazioni SR.

L80 – Congruenza tra Data conclusione e Periodo competenza prestazioni SR.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

S04 – Invio in extracompetenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

I dati raccolti nell'ambito dell'Evento Prestazioni Semiresidenziali devono essere AGGREGATI PER TRIMESTRE.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE DEL CAMPO

- prime quattro cifre = anno di competenza;
- trattino di separazione;
- ultime due cifre = trimestre di competenza.

Esempio di compilazione:

- 2018-02 equivale al secondo TRIMESTRE dell'anno 2018 (ovvero al periodo che va dal 01/04/2018 al 30/06/2018).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Tempo parziale	128.0

DESCRIZIONE CAMPO

Numero accessi semiresidenziali a tempo parziale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L78 – Congruenza tra Tipo di progetto ed evento Prestazioni SR.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Tempo pieno	129.0

DESCRIZIONE CAMPO

Numero accessi semiresidenziali a tempo pieno

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L78 – Congruenza tra Tipo di progetto ed evento Prestazioni SR.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
CAVS	OBB	Data prestazione ambulatoriale	130.0

DESCRIZIONE CAMPO

Data di erogazione della prestazione ambulatoriale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L81 – Congruenza tra Data di presa in carico e Data prestazione ambulatoriale.

L82 – Congruenza tra Data prestazione ambulatoriale e Data conclusione.

L83 – Congruenza tra Data prestazione ambulatoriale e periodo di sospensione.

L85 – Congruenza tra Data prima richiesta e Data prestazione ambulatoriale.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

S04 – Invio in extracompetenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
CAVS	OBB	Codice struttura erogatrice	131.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice STS.11 identificativo della struttura erogatrice della prestazione ambulatoriale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice STS.11

TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici FIM STS.11

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Il codice inserito dev'essere valido alla Data della prestazione ambulatoriale (130.0).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
CAVS	OBB	Codice prestazione ambulatoriale	132.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice descrittivo della prestazione ambulatoriale erogata

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4 – 7

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: NN.N o NN.NN o NN.NN.N

TABELLE DI RIFERIMENTO: Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Il codice inserito dev'essere valido alla Data della prestazione ambulatoriale (130.0).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
CAVS	OBB	Numero prestazioni	133.0

DESCRIZIONE CAMPO

Numero prestazioni ambulatoriali dello stesso tipo erogate nella giornata

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Inserire il numero di prestazioni, identificate con il medesimo codice prestazione indicato nel campo 132.0, erogate nella stessa giornata a beneficio dell'assistito.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
CAVS	OBB	Data di prima richiesta	134.0

DESCRIZIONE CAMPO

Data di prima richiesta della prestazione ambulatoriale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L84 – Congruenza tra Data presa in carico e Data prima richiesta.

L85 – Congruenza tra Data prima richiesta e Data prestazione ambulatoriale.

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo dev'essere compilato con la data in cui è stata inviata a una struttura erogante la prima richiesta di erogazione della prestazione ambulatoriale.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
CAVS	OBB	Codice struttura della prima richiesta	135.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice STS.11 identificativo della struttura di prima richiesta della prestazione ambulatoriale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice STS.11

TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici FIM STS.11

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo dev'essere compilato con il codice identificativo della prima struttura cui è stata inviata la richiesta di erogazione della prestazione ambulatoriale.

Il codice struttura inserito può eventualmente differire dal codice identificativo dell'effettiva struttura erogatrice della prestazione (campo 131.0).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Data decorrenza etichetta	136.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Data di decorrenza dell'eventuale etichetta associata alla presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 13052020 – 31122999
Tracciati RES e CAVS: 20032020 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
L93 – Congruenza tra Data decorrenza etichetta e Data presa in carico.
L94 – Congruenza tra Data decorrenza etichetta e Data conclusione.
L95 – Congruenza tra Data conclusione e Data decorrenza etichetta.
L105 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data decorrenza etichetta.
L106 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data scadenza etichetta.
N01 – Record non elaborato per chiave non trovata.
N03 – Evento non elaborato per mancato abbinamento a una Cartella territoriale.
N05 – Evento non elaborato per chiave duplicata.
N13 – Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.
N16 – Elaborazione Evento Etichetta negata.
S04 – Invio in extracompetenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

--

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Tipo etichetta	137.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Tipo di etichetta associata alla presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1-2
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1
TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI
L96 – Congruenza tra Tipo flusso e Tipo etichetta. L97 – Congruenza tra Tipo etichetta e Progressivo etichetta. L98 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta e Contenuto etichetta. L99 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Matricola UP. L100 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Tipologia di cura. L105 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data decorrenza etichetta. L106 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data scadenza etichetta. N01 – Record non elaborato per chiave non trovata. N03 – Evento non elaborato per mancato abbinamento a una Cartella territoriale. N05 – Evento non elaborato per chiave duplicata. N16 – Elaborazione Evento Etichetta negata.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
CAMPO CHIAVE

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Tipo di presa in carico

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Progressivo etichetta	138.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Progressivo numerico dell'etichetta.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L97 – Congruenza tra Tipo etichetta e Progressivo etichetta.

N01 – Record non elaborato per chiave non trovata.

N03 – Evento non elaborato per mancato abbinamento a una Cartella territoriale.

N05 – Evento non elaborato per chiave duplicata.

N16 – Elaborazione Evento Etichetta negata.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Consente di associare più etichette dello stesso tipo alla medesima Cartella, a parità di data di decorrenza, qualora ammesso.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Contenuto etichetta	139.0
RES	OBB		
CAVS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Contenuto numerico, testuale o alfanumerico dell'etichetta.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1-200

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1
Tracciato RES: 1, 2, 3, 4
Tracciato CAVS: 1, 3, 4

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L98 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta e Contenuto etichetta.

L99 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Matricola UP.

L100 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Tipologia di cura.

L105 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data decorrenza etichetta.

L106 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data scadenza etichetta.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

1 = PIC domiciliare temporanea per assistiti POSITIVI COVID-19 [D74, D76]

Assistenza residenziale temporanea sociosanitaria:

- 1 = PIC residenziale temporanea sociosanitaria per assistiti POSITIVI COVID-19 (DGR n. 14-1150/2020)* [D69]
- 2 = PIC residenziale temporanea sociosanitaria per Emergenza COVID-19 (assistiti NON positivi – DGR n. 14-1150/2020)* [D69]
- 3 = PIC residenziale temporanea sociosanitaria per assistiti POSITIVI COVID-19 (DGR n. 2-2254/2020) [D77]
- 4 = PIC residenziale temporanea sociosanitaria per Emergenza COVID-19 (assistiti NON positivi – DGR n. 2-2254/2020) [D77]

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

- 1 = PIC residenziale temporanea sanitaria per pazienti POSITIVI COVID-19 (DGR n. 14-1150/2020)* [D69]
- 3 = PIC residenziale temporanea sanitaria per pazienti POSITIVI COVID-19 (DGR n. 2-2254/2020) [D77]
- 4 = PIC residenziale temporanea sanitaria per Emergenza COVID-19 in CAVS NO-COVID temporanei (assistiti NON positivi – DGR n. 2-2254/2020) [D77]

* *etichetta selezionabile fino al 10/11/2020*

N.B. Qualora il campo possa esser valorizzato con contenuto testuale libero, esso NON deve contenere alcuna informazione di carattere clinico né dati personali o altri dati particolari (alias sensibili) [D54].

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Data scadenza etichetta	140.0
RES	NBB		
CAVS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Data di eventuale decadenza o rimozione dell'etichetta.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: 20032020 – 31122999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L101 – Congruenza tra Data scadenza etichetta e Data decorrenza etichetta.

L102 – Congruenza tra Data scadenza etichetta e Data presa in carico.

L103 – Congruenza tra Data scadenza etichetta e Data conclusione.

L104 – Congruenza tra Data conclusione e Data scadenza etichetta.

L106 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data scadenza etichetta.

S04 – Invio in extracompetenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

COMBINAZIONI AMMESSE PER I CAMPI RELATIVI ALLA RESIDENZA ANAGRAFICA

Tipo assistito	Posizione assistito	Codice identificativo Assistito (06.0)	Codice Regione di residenza (16.0)	Comune di Residenza (17.0)	ASL di Residenza (18.0)	Codice Cittadinanza (12.0)	Atro codice identificativo Assistito (122.0)
Italiano	Residente e domiciliato nell'ambito territoriale di un'ASL del Piemonte	Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri ⁵⁰	010	Comune nell'ambito territoriale dell'ASL piemontese di residenza	ASL della Regione Piemonte	100	Non compilato
Italiano	Residente in Regione diversa dal Piemonte	Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri ⁵¹	Codice ISTAT Regione di residenza (eccetto 010)	Comune nell'ambito territoriale dell'ASL di residenza	ASL della Regione di residenza	100	Non compilato
Italiano	Non residente in Italia (frontalieri, naviganti, aerotrasportati, AIRE, ecc.)	Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri ⁵²	999	999 + codice Stato Estero	999	100	Non compilato
Straniero	Residente in Italia e domiciliato nell'ambito territoriale di un'ASL del Piemonte	Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri ⁵³	010	Comune nell'ambito territoriale dell'ASL piemontese di residenza	ASL della Regione Piemonte	Codice ISTAT Stato estero (eccetto 100)	Non compilato
Straniero	Residente in Italia in Regione diversa dal Piemonte	Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri ⁵⁴	Codice ISTAT Regione di residenza (eccetto 010)	Comune nell'ambito territoriale dell'ASL di residenza	ASL della Regione di residenza	Codice ISTAT Stato estero (eccetto 100)	Non compilato
<u>Straniero cittadino europeo</u>	Non residente in Italia non in possesso di Codice fiscale e dotato di TEAM	Codice identificazione personale TEAM a max. 20 caratteri	999	999 + codice Stato Estero	999	Codice ISTAT Stato estero (eccetto 100)	Codice identificazione progressivo TEAM a 20 caratteri

⁵⁰ Qualora trattasi di assistito assegnatario di Codice fiscale omocodice o assegnatario di più di un Codice fiscale, il campo 06.0 dev'essere compilato con un Codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre.

⁵¹ v. nota precedente

⁵² v. nota precedente

⁵³ v. nota precedente

⁵⁴ v. nota precedente

Tipo assistito	Posizione assistito	Codice identificativo Assistito (06.0)	Codice Regione di residenza (16.0)	Comune di Residenza (17.0)	ASL di Residenza (18.0)	Codice Cittadinanza (12.0)	Altro codice identificativo Assistito (122.0)
Straniero <u>cittadino europeo</u>	Non residente in Italia non in possesso di Codice fiscale e privo di TEAM	Codice ENI a 16 caratteri	999	ENI + codice Stato Estero	999	Codice ISTAT Stato estero (eccetto 100)	Non compilato
Straniero richiedente asilo	Non residente in Italia e privo sia di TEAM sia di CF alfanumerico	Codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre	999	999 + codice Stato Estero	999	Codice ISTAT Stato estero (eccetto 100) oppure 000	Non compilato
Straniero non in regola ⁵⁵	Iscritto a un Centro ISI	Codice STP ⁵⁶ a 16 caratteri	999	STP + Codice Stato Estero	999	Codice ISTAT Stato estero (eccetto 100) oppure 000	Non compilato
Straniero <u>cittadino non europeo</u>	Non residente in Italia e privo sia di TEAM sia di Codice fiscale	Venti lettere X	999	999 + codice Stato Estero	999	Codice ISTAT Stato estero (eccetto 100)	Venti numeri 9
Apolide	Privo di cittadinanza alcuna e privo sia di TEAM sia di Codice fiscale	Venti lettere X	999	999999	999	999	Venti numeri 8
Assistito anonimo	Assistito che ha esercitato il diritto all'anonimato in base a una norma specifica	Venti lettere X	999	999999	999	999	Venti lettere X
Neonato non registrato	Privo sia di TEAM sia di Codice fiscale	Venti lettere X	Codice ISTAT Regione di residenza oppure 999	Comune nell'ambito territoriale dell'ASL di residenza oppure 999999	ASL della Regione di residenza oppure 999	100 oppure Codice ISTAT Stato estero oppure 000	Venti numeri 0
Altro assistito	Privo sia di TEAM sia di Codice fiscale	Venti lettere X	Codice ISTAT Regione di residenza oppure 999	Comune territoriale dell'ASL di residenza oppure 999999	ASL della Regione di residenza oppure 999	100 oppure Codice ISTAT Stato estero oppure 000	Venti lettere X

⁵⁵ Cittadino di uno Stato estero – **non** membro dell'Unione Europea, dello SEE o della Confederazione Svizzera (CH) – privo di permesso di soggiorno ovvero straniero temporaneamente presente (STP)

⁵⁶ Il codice identificativo ISI è composto da: STP + Codice ISTAT Regione + codice ASL + 7 cifre numeriche (v. Osservazioni e precisazioni al campo 06.0 – Codice identificativo Assistito)

Codifica ICD-9-CM della patologia per malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)

Secondo le linee guida ministeriali [D70], il codice ICD-9-CM da utilizzare per la codifica del COVID-19 è lo **078.89** - “**Altre malattie da virus specificate**”.

Esso include la nuova Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19), attualmente non presente nell’Elenco sistematico delle malattie ICD-9-CM.

Il codice 078.89 **dev’essere utilizzato per i casi inerenti agli assistiti POSITIVI al COVID-19** ed **esclude** l’uso dei seguenti:

- a) 079.82 - SARS-coronavirus associato
- b) 079.99 - Infezioni virali non specificate (che include anche “Sindrome respiratoria acuta grave (SARS), non specificata”, attualmente non presente nell’Elenco sistematico delle malattie ICD-9-CM)

Si precisa che **in ogni caso NON dovrà essere usato il codice 079.82**, che serve per codificare altri ceppi di coronavirus causanti la SARS.

Codifica ICD-9-CM della patologia per la definizione dei casi di Demenza

Secondo le “Linee di indirizzo Nazionali sull’uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze” [D67] definite al “Tavolo per il monitoraggio del recepimento e implementazione del Piano Nazionale Demenze” del 5/07/2017, per quanto attiene ai **casi di demenza**, i codici sui quali è maggiore il consenso in merito alla loro definizione sono elencati nella tabella che segue:

Code	Description
290	<i>Dementias</i>
290.0	<i>Senile Dementia, Uncomplicated</i>
290.1	<i>Presenile Dementia</i>
290.10	<i>Presenile Dementia, Uncomplicated</i>
290.11	<i>Presenile Dementia, With Delirium</i>
290.12	<i>Presenile Dementia, With Delusional Features</i>
290.13	<i>Presenile Dementia, With Depressive Features</i>
290.2	<i>Senile Dementia with Delusional or Depressive Features</i>
290.20	<i>Senile Dementia with Delusional Features</i>
290.21	<i>Senile Dementia with Depressive Features</i>
290.3	<i>Senile Dementia with Delirium</i>
290.4	<i>Vascular Dementia</i>
290.40	<i>Vascular Dementia, Uncomplicated</i>
290.41	<i>Vascular Dementia, With Delirium</i>
290.42	<i>Vascular Dementia, With Delusions</i>
290.43	<i>Vascular Dementia, With Depressed Mood</i>
290.8	<i>Other Specified Senile Psychotic Conditions</i>
290.9	<i>Unspecified Senile Psychotic Condition</i>
291.2	<i>Alcohol-Induced Persisting Dementia</i>
294.0	<i>Amnesic Disorder in Conditions Classified Elsewhere</i>
294.1	<i>Dementia in Conditions Classified Elsewhere</i>
294.10	<i>Dementia in Conditions Classified Elsewhere without Behavioural Disturbance</i>
294.11	<i>Dementia in Conditions Classified Elsewhere with Behavioural Disturbance</i>
294.2	<i>Dementia, unspecified</i>
294.20	<i>Dementia, unspecified, without behavioural disturbance</i>
294.21	<i>Dementia, unspecified, with behavioural disturbance</i>
331.0	<i>Alzheimer's Disease</i>
331.1	<i>Frontotemporal Dementia</i>
331.11	<i>Pick's Disease</i>
331.19	<i>Other frontotemporal dementia / Frontal dementia</i>
331.2	<i>Senile Degeneration of Brain</i>
331.5	<i>Idiopathic normal pressure hydrocephalus (INPH)</i>
331.7	<i>Cerebral Degeneration in Diseases Classified Elsewhere</i>
331.8	<i>Other Cerebral Degeneration</i>
331.82	<i>Dementia with Lewy bodies</i>

Code	Description
331.83	<i>Mild Cognitive Impairment, So Stated</i>
292.82	<i>Drug- induced dementia</i>
046.1	<i>Jakob-Creutzfeldt disease</i>
331.89	<i>Cerebral degeneration, other</i>
331.9	<i>Cerebral degeneration, unspecified</i>

TABELLA DEI CONTROLLI LOGICO-NORMATIVI

Premessa

È articolata in quattro colonne:

N° Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "correttezza logica" delle schede:

Lxx = controllo logico

Nxx = condizione di record **non elaborabile**

Sxx = segnalazione

Descrizione dei controlli

Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.

Tipo CTR

Si utilizzano le abbreviazioni:

L = controllo logico

F = controllo formale

N = controllo bloccante

Campo

A sua volta articolata in due colonne (N° e Nome) che enumerano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "correttezza logica", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.

Sinossi controlli bloccanti per violazioni di chiave

Codice controllo	Tipo record monitorato	Tipo movimento monitorato	Ragione di scarto	Descrizione
N01	TUTTI	C	Chiave non trovata	Cancellazione record negata per chiave non trovata
N03	Evento	I, S, C	Chiave PIC non trovata	Elaborazione Evento negata per chiave Cartella territoriale non trovata
N04	Cartella	I, S, C	Chiave duplicata	Elaborazione Cartella territoriale negata per chiave duplicata
N05	Evento	I, S, C	Chiave duplicata	Elaborazione Evento negata per chiave duplicata
N02	Cartella	I	Identificativo duplicato	Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato
N08	Evento	I, S, C	Identificativo duplicato	Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato
N06	Cartella	I	Violazione vincolo	Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati
N07	Cartella	S	Violazione vincolo	Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati
N09	Evento	I	Violazione vincolo	Inserimento Evento negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati
N10	Evento	S	Violazione vincolo	Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	SCHEDA	
		N°	NOME CAMPO
L01	<p>Congruenza tra tipo flusso, codice Azienda inviante, codice Azienda erogante:</p> <p>▲ se “Tipo flusso” = “DO”, allora il valore dei campi “Azienda inviante” e “Azienda erogante” devono coincidere.</p>	02.0	Tipo flusso
		01.0	Codice Azienda inviante
		29.0	Codice Azienda erogante
L02	<p>Congruenza tra tipo flusso e tipologia di Progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo Flusso (02.0) = “DO”: il valore del campo “Tipologia di Progetto” (26.0) deve essere = 1; ▪ Tipo Flusso = “RE”: il campo “Tipologia di Progetto” può assumere i valori 2,3,4; ▪ Tipo Flusso = “CA”: il campo “Tipologia di Progetto” può assumere il valore 6. 	02.0	Tipo flusso
		26.0	Tipologia di Progetto
L03	<p>Congruenza tra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'anno della Cartella Territoriale e l'anno della data di presa in carico devono coincidere. 	03.1	Anno Cartella
		28.0	Data di presa in carico
L04	<p>Congruenza fra tipo flusso, Data di nascita e Data di accettazione richiesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’ o ‘CA’ e il campo Regime di inserimento (123.0) = 1 (in convenzione) oppure “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’, allora la Data di nascita (09.0) deve essere <= di Data accettazione richiesta (21.0). 	02.0	Tipo flusso
		09.0	Data di nascita
		21.0	Data accettazione richiesta
		123.0	Regime di inserimento
L05	<p>Congruenza tra Identificativo AURA e dati anagrafici:</p> <p>▲ se Id-AURA non è valorizzato, allora i campi cognome, nome, data di nascita, genere, Provincia/Comune/Stato Estero di nascita devono essere compilati.</p>	05.0	Identificativo AURA
		07.0	Cognome
		08.0	Nome
		09.0	Data di nascita

L06	<p>Congruenza tra Identificativo AURA e Codice identificativo Assistito:</p> <p>▲ se il campo “Identificativo AURA” è valorizzato (05.0) e il campo “Codice identificativo Assistito” (06.0) è compilato con un Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri, allora essi devono corrispondere a quelli univocamente associati nel sistema regionale AURA-TS alla data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dei dati dei flussi informativi.</p>	10.0	Genere
		11.0	Provincia/Comune/Stato estero di nascita
		05.0	Identificativo AURA
		06.0	Codice identificativo Assistito
L07	<p>Congruenza tra data immessa e data corrente:</p> <p>▲ la data inserita non può essere maggiore della data corrente (data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dei dati).</p>	09.0	Data di nascita
		21.0	Data accettazione richiesta
		28.0	Data di presa in carico
		38.0	Data valutazione
		81.0	Data di accesso
		104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione
		108.0	Data conclusione
		113.0	Data inizio erogazione contributo
		136.0	Data decorrenza etichetta
L08	<p>Congruenza tra tipo flusso e titolo di studio:</p> <p>▲ se “Tipo Flusso” (02.0) = “RE” o “CA”, allora la compilazione del campo “Titolo di studio” (14.0) è obbligatoria.</p>	02.0	Tipo flusso
		14.0	Titolo di studio
L10	<p>Congruenza fra Regione e Comune/Provincia di residenza:</p> <p>▲ se il codice Regione esiste nella tabella delle Regioni italiane (diverso da “999”), allora il Comune di residenza deve essere situato nella Regione di residenza indicata.</p>	16.0	Regione di residenza
		17.0	Comune di residenza

L11	<p>Congruenza tra Provincia/Comune di residenza e ASL di residenza:</p> <p>⤴ se il campo “Provincia/Comune di residenza” (17.0) è compilato con un codice i cui primi tre caratteri sono diversi da 999, ‘ENI’ o ‘STP’, allora il Comune corrispondente al codice identificativo inserito deve essere situato nell’ambito territoriale dell’”ASL di residenza” (18.0) alla data di presa in carico dell’assistito (03.1 + 03.2);</p> <p>⤴ se il campo “Provincia/Comune di residenza” è valorizzato con 999999 oppure 999 + Codice Stato estero, ‘ENI’ + Codice Stato estero o ‘STP’ + Codice Stato estero, allora il campo “ASL di residenza” deve essere compilato con 999.</p>	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		17.0	Provincia/Comune di residenza
		18.0	ASL di residenza
L12	<p>Congruenza assistenza stato terminale:</p> <p>⤴ I campi “Assistito in stato terminale oncologico” (69.0) e “Assistito in stato terminale non oncologico” (70.0) non possono essere entrambi valorizzati a “1” (bisogno presente).</p>	69.0	Assistito in stato terminale oncologico
		70.0	Assistito in stato terminale non oncologico
L13	<p>Congruenza Tipo prestazione:</p> <p>⤴ per ogni Evento prestazione (campi da 80.0 a 88.0), le occorrenze di Tipo prestazione (85.0) non possono presentare la ripetizione di uno stesso codice.</p>	85.0	Tipo prestazione
		Dal n. 80.0 al n. 88.0	Campi Evento Prestazione
L14	<p>Congruenza tra Tipologia di Progetto e Tipologia di Cura:</p> <p>⤴ se il valore del campo “Tipologia di Progetto” (26.0) è = “1”, il codice “Tipologia di Cura” (27.0) deve esistere nella tabella “Tipologia di Cura Domiciliare”;</p> <p>⤴ se il valore del campo “Tipologia di Progetto” è “2”, il codice “Tipologia di Cura” deve esistere nella tabella “Tipologia di Cura Semiresidenziale”;</p>	26.0	Tipologia di Progetto

	<p>⤴ se il valore del campo “Tipologia di Progetto” è “3” o “4”, il campo “Tipologia di Cura” deve esistere nella tabella “Tipologia di Cura residenziale sociosanitaria”.</p> <p>⤴ se il valore del campo “Tipologia di Progetto” è “6”, il campo “Tipologia di Cura” deve esistere nella tabella “Tipologia di Cura residenziale sanitaria (CAVS)”.</p>		27.0	Tipologia di Cura
L15	<p>Congruenza tra data di presa in carico e data conclusione assistenza:</p> <p>⤴ se tipo flusso (02.0) = “RE” o “CA”, la data di presa in carico (28.0) deve essere minore della Data di conclusione assistenza (108.0);</p> <p>⤴ se Tipo flusso =”DO”, la data di presa in carico deve essere minore o uguale della Data di conclusione assistenza.</p>		02.0	Tipo flusso
			28.0	Data di presa in carico
			108.0	Data di conclusione assistenza
L16	<p>Congruenza tra tipo flusso e codice Struttura residenziale/semiresidenziale:</p> <p>⤴ se tipo flusso (02.0) = “RE” o “CA”, la compilazione del campo “Codice Struttura” (30.0) è obbligatoria e il codice inserito deve essere valido alla data di presa in carico (03.1+03.2);</p> <p>⤴ se tipo flusso = “DO”, il campo “Codice Struttura” non deve essere compilato.</p>		02.0	Tipo flusso
			03.1	Anno
			03.2	Progressivo
			30.0	Codice STS11 Titolare della struttura
L17	<p>Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice Titolare della Struttura:</p> <p>⤴ se tipo flusso (02.0) = “DO”, allora i campi “codice regionale Presidio” (32.0) e “codice STS11” (30.0) non devono essere compilati.</p> <p>⤴ se tipo flusso = “CA”, allora il campo “Codice regionale Presidio” non deve essere compilato.</p>		02.0	Tipo flusso
			30.0	Codice STS11 Titolare della struttura
			32.0	Codice regionale Presidio
L19	Congruenza tra data accettazione richiesta e data di presa in carico:		21.0	Data accettazione richiesta

L20	<p>⤴ la data accettazione richiesta deve essere \leq a data di presa in carico.</p>	28.0	Data di presa incarico
	<p>Congruenza tra Data accettazione richiesta, Data di presa in carico, Data valutazione e Motivo della valutazione:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ oppure ‘RE’:</p>	02.0	Tipo flusso
	<p>⤴ se “Motivo della valutazione” (39.0) = “1” (prima valutazione), allora la “Data valutazione” (38.0) deve essere maggiore o uguale alla “Data accettazione” (21.0) e – se presente la “Data di conclusione assistenza” (108.0) – minore uguale della “Data conclusione assistenza”;</p>	21.0	Data accettazione richiesta
	<p>⤴ se “Motivo della valutazione” è diverso da “1” (prima valutazione), allora la “Data valutazione” deve essere maggiore delle date di accettazione, presa in carico (28.0) e prima valutazione presente in archivio e – se presente la “Data di conclusione assistenza” – minore uguale della “Data conclusione assistenza”.</p>	28.0	Data di presa in carico
	<p>Se “Tipo flusso” = ‘CA’:</p>	38.0	Data valutazione
	<ul style="list-style-type: none"> • se “Motivo della valutazione” = 1, allora – se presente la “Data di conclusione assistenza” – la “Data valutazione” deve essere minore uguale della “Data conclusione assistenza”; • se “Motivo della valutazione” è diverso da 1, allora la “Data valutazione” deve essere maggiore della “Data di presa in carico” e della data di prima valutazione presente in archivio e – se presente la “Data di conclusione assistenza” – minore uguale della “Data conclusione assistenza”. 	39.0	Motivo della valutazione
	<p>108.0</p>	108.0	Data conclusione
L21	<p>Congruenza tra tipo flusso e soggetto richiedente:</p> <p>Tipo Flusso (02.0) = “DO”:</p> <p>⤴ Il codice “Soggetto richiedente” (22.0) deve esistere nella tabella “Assistenza domiciliare: soggetto richiedente”;</p> <p>Tipo Flusso = “RE”:</p> <p>⤴ il codice “Soggetto richiedente” deve esistere nella tabella</p>	02.0	Tipo flusso

	<p>“Assistenza residenziale/semiresidenziale/residenziale temporanea sociosanitaria: soggetto richiedente”;</p> <p>Tipo Flusso = “CA”:</p> <ul style="list-style-type: none"> il codice “Soggetto richiedente” deve esistere nella tabella “Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS): soggetto richiedente”. 		22.0	Soggetto richiedente
L22	<p>Congruenza tra tipo flusso e motivazione della richiesta:</p> <p>Tipo Flusso (02.0) = “DO”:</p> <ul style="list-style-type: none"> Il codice “Motivazione richiesta 1/2/3” (23.1/23.2/23.3), laddove compilato, deve esistere nella tabella “Assistenza domiciliare: motivazione richiesta”; <p>Tipo Flusso = “RE”:</p> <ul style="list-style-type: none"> Il codice “Motivazione richiesta 1” (23.1) deve esistere nella tabella “Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea sociosanitaria: motivazione richiesta”; <p>Tipo Flusso = “CA”:</p> <ul style="list-style-type: none"> Il codice “Motivazione richiesta 1” (23.1) deve esistere nella tabella “Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS): motivazione richiesta”. 		02.0	Tipo flusso
			23.1	Motivazione richiesta 1
			23.2	Motivazione richiesta 2
			23.3	Motivazione richiesta 3
L23	<p>Congruenza tra provenienza e Struttura di provenienza:</p> <p>Tipo Flusso (02.0) =”DO”:</p> <ul style="list-style-type: none"> se il campo “Provenienza assistito” (24.0) assume il valore “2” (Ospedale) oppure ”5” (Casa di cura), allora il codice “Struttura di provenienza” (25.0) deve esistere nella tabella HSP11-bis alla data di presa in carico dell’assistito (03.1+03.2); se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “8” (CAVS), il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella STS11 alla data di presa in carico dell’assistito; se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “1” oppure “9”, il campo “Struttura di provenienza” non deve essere compilato. <p>Tipo Flusso =”RE”:</p> <ul style="list-style-type: none"> se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “2” 		02.0	Tipo flusso
			03.1	Anno

	<p>(Struttura protetta sociosanitaria) o “3” (Struttura sociale), il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella STS11 il giorno precedente la data di presa in carico dell’assistito;</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “5” (Struttura di riabilitazione) il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella RIA11 (Strutture di riabilitazione) alla data di presa in carico dell’assistito; • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “4” (Struttura ospedaliera) o “11” (Casa di cura), il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella HSP11-bis alla data di presa in carico dell’assistito; • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “17” (CAVS), il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella STS11 alla data di presa in carico dell’assistito; • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “1”, “9”, “10”, “12”, “13”, “14”, “15” o “16”, il campo “Struttura di provenienza” non deve essere compilato. <p>Tipo Flusso =”CA”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “4” (Struttura ospedaliera) o “11” (Casa di cura), il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella HSP11-bis alla data di presa in carico dell’assistito. • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “1”, “10”, “14”, “15”, “16” o “17” il campo “Struttura di provenienza” non deve essere compilato. 		03.2	Progressivo
			24.0	Provenienza assistito
			25.0	Codice Struttura di provenienza
L25	<p>Congruenza tra Tipo movimento, Identificativo evento e Motivo valutazione:</p> <p>▲ se Motivo valutazione è diverso da 1 e l’identificativo evento si riferisce ad un precedente evento di prima valutazione, la sostituzione non può essere operata.</p>		04.0	Tipo movimento
			37.0	Identificativo evento
			39.0	Motivo valutazione
L26	<p>Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura:</p> <p>▲ per il tipo flusso “DO”, la compilazione del campo Ente Gestore è obbligatoria solo se tipologia di Cura è diversa da “1”, “2”, “3”, “4”, “14”, “15”.</p>		02.0	Tipo Flusso
			27.0	Tipologia di Cura
			33.0	Ente Gestore
L27	<p>Congruenza tra Data valutazione, Data inizio e Data fine sospensione:</p>		38.0	Data valutazione

L28	<ul style="list-style-type: none"> la Data valutazione (38.0) non può essere compresa in alcun periodo di sospensione, ad esclusione delle date di inizio (104.0) e fine sospensione (106.0). <p>Congruenza tra Conferma valutazione precedente e Motivo valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> se il valore assunto dal campo “Motivo della valutazione” è =”1” (prima valutazione), allora il campo “Conferma valutazione precedente” non può essere = “1”. 	104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione
		39.0	Motivo della valutazione
		40.0	Conferma valutazione precedente
L29	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura, Conferma valutazione precedente ed Evento Valutazione:</p> <p>▲ se “Tipo flusso” (02.0) = “DO”, “Tipologia di Cura” (27.0) = “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15” e “Conferma valutazione precedente” (40.0) è = “2”, i seguenti campi dell'Evento “Valutazione” devono essere compilati:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificativo Evento valutazione (37.0); Data valutazione (38.0); Motivazione valutazione (39.0); Conferma valutazione precedente (40.0); Patologia prevalente (41.0); Patologia concomitante 1 (42.1); Patologia prevalente (41.0); Autonomia (43.0); Disturbi cognitivi (45.0); Disturbi comportamentali (46.0); 	02.0	Tipo Flusso
		27.0	Tipologia di Cura

- Supporto sociale (47.0);
- Rischio infettivo (48.0);
- Drenaggio posturale (49.0);
- Ossigenoterapia (50.0);
- Ventiloterapia (51.0);
- Tracheostomia (52.0);
- Alimentazione assistita (53.0);
- Alimentazione enterale (54.0);
- Alimentazione parenterale (55.0);
- Gestione stomia (56.0);
- Eliminazione urinaria/intestinale (57.0);
- Alternazione ritmo sonno/veglia (58.0);
- Interventi di educazione terapeutica (59.0);
- Cura ulcere cutanee 1° e 2° grado (60.0);
- Cura ulcere cutanee 3° e 4° grado (61.0);
- Prelievi venosi non occasionali (62.0);
- ECG (63.0);
- Telemetria (64.0);
- Terapia sottocutanea intramuscolare infusione (65.0);
- Gestione catetere (66.0);
- Trasfusioni (67.0);
- Controllo dolore (68.0);
- Trattamento riabilitativo neurologico (73.0);
- Trattamento riabilitativo ortopedico (74.0);
- Trattamento riabilitativo di mantenimento (75.0);
- Supervisione continua (76.0);
- Assistenza IADL (77.0);
- Assistenza ADL (78.0);
- Supporto *care giver* (79.0);
- Soggetto valutatore 1 (111.1).

▲ se “Tipo flusso” = “DO”, “Tipologia di Cura” (27.0) = “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15” e “Conferma valutazione precedente” è = “1”, allora devono essere compilati i campi:

- Identificativo Evento valutazione (37.0);
- Data valutazione (38.0);
- Motivazione valutazione (39.0);
- Conferma valutazione precedente (40.0);
- Soggetto valutatore 1 (111.1)

ed eventualmente i campi:

- Soggetto valutatore 2 (111.2);
- Soggetto valutatore 3 (111.3);
- Soggetto valutatore 4 (111.4);

mentre non devono essere compilati i restanti campi della sezione “valutazione”.

Dal
n. 37.0
al
n. 79.0,
dal n.
111.1
al n.
111.4
e 115.0

Campi Evento Valutazione

L30	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” = “DO” e “Tipologia di Cura” (27.0) è diverso da “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15”, nessun campo dell’Evento “valutazione” deve essere compilato (campi dal n. 37.0 al n. 79.0, dal n. 111.1 al n. 111.4 e 115.0); • se “Tipo flusso” = “DO” e “Tipologia di Cura” (27.0) = “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15”, devono essere compilati almeno i seguenti campi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificativo Evento valutazione (37.0); ○ Data valutazione (38.0); ○ Motivazione valutazione (39.0); ○ Conferma valutazione precedente (40.0); ○ Soggetto valutatore 1 (111.1). 	02.0	Tipo Flusso
		27.0	Tipologia di Cura
		Dal n. 37.0 al n. 79.0, dal n. 111.1 al n. 111.4 e 115.	Campi Evento valutazione
L31	<p>Congruenza tra Codice patologia prevalente e Codice patologia concomitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • non è ammessa la ripetizione di uno stesso codice nei campi “Patologia prevalente” (41.0), “Patologia concomitante 1” (42.1) e, se compilati, “Patologia concomitante 2/3/4/5” (42.2/42.3/42.4/42.5). 	41.0	Patologia prevalente
		42.1	Patologia concomitante 1
		42.2	Patologia concomitante 2
		42.3	Patologia concomitante 3
		42.4	Patologia concomitante 4
		42.5	Patologia concomitante 5
L32	<p>Congruenza tra Data accesso e Periodo di assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la Data di accesso (81.0) deve essere maggiore o uguale della Data di presa in carico (28.0) e – se presente la Data di conclusione assistenza (108.0) – minore o uguale della Data di conclusione assistenza. 	81.0	Data di accesso
		28.0	Data di presa in carico
		108.0	Data conclusione
L33	<p>Congruenza tra Data di accesso e periodo di sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la Data di accesso (81.0) non può essere compresa in alcun periodo di sospensione, ad esclusione delle date di inizio (104.0) e fine (106.0) del periodo stesso. 	81.0	Data di accesso
		104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione

L34	<p>Congruenza tra tipo operatore e disciplina dell'operatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Tipo operatore” (82.0) assume il valore 4 (Medico specialista), il campo “Codice disciplina” (83.0) deve essere valorizzato; • per tutti gli altri valori del campo “Tipo operatore”, il campo “Codice disciplina” deve essere lasciato vuoto. 	82.0	Tipo operatore
		83.0	Disciplina operatore
L35	<p>Congruenza tra Tipo operatore e Tipo prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Tipo operatore” (82.0) assume il valore 10 (OSS), allora il campo “Tipo prestazione” (85.0) può assumere solo i valori 4 (trasferimento competenze, etc.), 15 (igiene personale e mobilizzazione), 16 (medicazioni semplici) o 22 (rilevamento parametri segni vitali) [D3, D5]; • se il campo “Tipo operatore” assume il valore 20 (Trasporti), allora il campo “Tipo prestazione” può assumere solo i valori: 90, 91 o 92. 	82.0	Tipo operatore
		85.0	Tipo prestazione
L36	<p>Congruenza tra tipo operatore e tempo GO e tempo H:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo operatore” (82.0) è uguale a 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13 o 21, allora i campi “Tempo GO” (87.0) e “Tempo H” (88.0) devono essere valorizzati; • se “Tipo operatore” è uguale a 20 (trasporti), allora i campi “Tempo GO” e “Tempo H” NON devono essere compilati. 	82.0	Tipo operatore
		87.0	Tempo GO
		88.0	Tempo H
L37	<p>Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente:</p> <p>▲ se Tipo movimento = C e, per la stessa cartella, esiste già un evento valutazione con medesimo identificativo, ma Motivo valutazione differente, la cancellazione non può essere effettuata</p>	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		04.0	Tipo movimento
		37.0	Identificativo evento
		39.0	Motivo valutazione
L39	<p>Congruenza tra Data inizio sospensione, Data fine sospensione e periodo di assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le date di inizio sospensione (104.0) e fine sospensione (106.0) devono essere maggiori o uguali della Data presa in 	28.0	Data di presa in carico
		104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione

	carico (28.0) e minori o uguali della Data conclusione assistenza (108.0).		108.0	Data conclusione
L40	<p>Congruenza tra Data inizio sospensione e Data fine sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> la Data fine sospensione (104.0) deve essere maggiore o uguale della Data inizio sospensione (104.0). 		104.0	Data inizio sospensione
			106.0	Data fine sospensione
L41	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di Cura ed Evento Prestazione:</p> <p>▲ se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Tipologia di cura” (27.0) è uguale a “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15”, allora devono essere compilati i campi Prestazione (da 80.0 a 88.0) - secondo le rispettive condizioni di obbligatorietà.</p>		02.0	Tipo Flusso
			27.0	Tipologia di Cura
			Dal n. 80.0 al n. 88.0	Campi Evento Prestazione
L42	<p>Congruenza tra codici soggetto valutatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> non è ammessa la ripetizione di uno stesso codice nei campi “Soggetto valutatore 1/2/3/4” (111.1/111.2/111.3/111.4). 		111.1	Soggetto valutatore 1
			111.2	Soggetto valutatore 2
			111.3	Soggetto valutatore 3
			111.4	Soggetto valutatore 4
L43	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipologia di cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Tipologia di cura” (27.0) è uguale a 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 o 13 devono essere compilati i campi Prestazione di Lungoassistenza (da 112.0 a 114.0) - secondo le rispettive condizioni di obbligatorietà; se “Tipo flusso” è diverso da ‘DO’ oppure se “Tipo flusso” = ‘DO’ e “Tipologia di cura” (27.0) è uguale a “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15”, allora i campi Prestazione di Lungoassistenza (da 112.0 a 114.0) non devono essere compilati. 		02.0	Tipo flusso
			27.0	Tipologia di Cura
			Dal n. 112.0 al n. 114.0	Evento prestazione di lungoassistenza
L44	<p>Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> la data inizio erogazione deve essere maggiore o uguale della data di presa in carico e minore o uguale della data di 		113.0	Data inizio erogazione
			28.0	Data di presa in carico

L45	<p>Congruenza tra Tipo flusso, tipo Progetto, Tipologia di Cura e codice Matricola:</p> <p>Tipo flusso (02.0) = 'DO':</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Codice matricola” (31.0) è diverso da 999999, “Tipo Progetto” (26.0) = 1 (Cure Domiciliari) e “Tipologia di Cura” (27.0) = 4 (ADI + UOCP), allora il codice attività associato alla Matricola (31.0) deve essere = '2.07.16' (Cure palliative domiciliari malato terminale) alla “Data di presa in carico” dell’assistito (28.0); • se “Codice matricola” è diverso da 999999, “Tipo Progetto” = 1 (Cure Domiciliari) e “Tipologia di Cura” è diverso da 4, allora il codice attività associato al codice Matricola deve essere = '2.07.17' (Cure domiciliari) alla “Data di presa in carico” dell’assistito. <p>Tipo flusso = 'RE':</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Codice matricola” è diverso da 999999 e “Tipo Progetto” = 2 (Assistenza semiresidenziale) e “Tipologia di cura” = 1 (Progetti in centri diurni), allora il codice attività associato al codice Matricola deve essere '2.08.10' alla “Data di presa in carico” dell’assistito; 	108.0	Data conclusione
		02.0	Tipo flusso
		26.0	Tipologia di Progetto
		27.0	Tipologia di Cura
		28.0	Data presa in carico

- se “Codice matricola” è **diverso** da 999999 e “Tipo Progetto” = **2** (Assistenza semiresidenziale) e “Tipologia di cura” = **2** (Progetti in centri diurni Alzheimer), allora il codice attività associato al codice Matricola deve essere ‘2.08.11’ alla “Data di presa in carico” dell’assistito;
- se “Codice matricola” è **diverso** da 999999, “Tipo Progetto” = **3** (Assistenza residenziale) o **4** (Assistenza residenziale temporanea sociosanitaria) e “Tipologia di cura” = **7, 8, 9** (LIS/SLA/SM in NAC) o **22** (Altri progetti di alta complessità in NAC) oppure **26** (Progetti ad personam in NAC), allora il codice attività associato al codice Matricola dev’essere ‘2.09.14’ (NAC) alla “Data di presa in carico” dell’assistito;
- se “Codice matricola” è **diverso** da 999999, “Tipo Progetto” = **3** o **4** e “Tipologia di cura” = **6** (SV/SMC in NSV) o **27** (Progetti ad personam in NSV), allora il codice attività associato al codice Matricola dev’essere ‘2.09.18’ (SV/SMC) alla “Data di presa in carico” dell’assistito;
- se “Codice matricola” è **diverso** da 999999, “Tipo Progetto” = **3** o **4** e “Tipologia di cura” = **10** (Progetto per Alzheimer e demenza in NAT) o **25** (Progetto ad personam per Alzheimer e demenza in NAT), allora il codice attività associato al codice Matricola dev’essere ‘2.09.13’ (NAT) alla “Data di presa in carico” dell’assistito;
- se “Codice matricola” è **diverso** da 999999, “Tipo Progetto” = **3** e “Tipologia di cura” è **diversa** da **6, 7, 8, 9, 10, 22, 25, 26** o **27**, allora il codice attività associato al codice Matricola dev’essere ‘2.09.10’ (Ass. res. a favore di anziani non autosufficienti – RSA) o ‘2.09.73’ (Ass. res. a favore di altri utenti) alla “Data di presa in carico” dell’assistito.
- se “Codice matricola” è **diverso** da 999999, “Tipo Progetto” = **4** e “Tipologia di cura” è **diversa** da **6, 7, 8, 9, 10, 22, 25, 26** o **27**, allora il codice attività associato al codice Matricola dev’essere ‘2.09.10’, ‘2.09.35’ (Assistenza residenziale a favore di anziani non autosufficienti – RSA – per COVID-19) o ‘2.09.73’ alla “Data di presa in carico” dell’assistito.

Tipo flusso = ‘CA’:

- se “Codice matricola” è **diverso** da 999999 e “Tipo Progetto” = **6** (Assistenza residenziale temporanea – CAVS), allora il codice attività associato al codice Matricola dev’essere ‘2.09.16’ (Attività CAVS ordinaria), ‘2.09.22’ (Attività CAVS ordinaria a indirizzo Neuropsichiatrico) o ‘2.09.36’ (Attività CAVS ordinaria

31.0 Codice matricola

L46	<p>Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione:</p> <p>▲ se “Tipo movimento” = “I”, “Motivo valutazione” è diverso da 1 (prima valutazione) e, per la stessa cartella, non esiste già un evento di prima valutazione, l’inserimento non può essere effettuato.</p>	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		04.0	Tipo movimento
		39.0	Motivo valutazione
		02.0	Tipo flusso
L47	<p>Congruenza tra Quota utente ed il campo Quota Comune/Ente Gestore:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● se “Tipo flusso” = ‘CA’, i campi “Quota utente” e “Quota Comune/Ente Gestore” devono assumere il valore zero. 	26.0	Tipologia di progetto
		34.2	Quota utente
		34.3	Quota Comune/Ente Gestore
L48	<p>Congruenza tra codici motivazione della richiesta:</p> <p>▲ non è ammessa la ripetizione di uno stesso codice nei campi “Motivazione richiesta 1/2/3” (23.1/23.2/23.3).</p>	23.1	Motivazione richiesta 1
		23.2	Motivazione richiesta 2
		23.3	Motivazione richiesta 3
L49	<p>Evento di prima valutazione già presente:</p> <p>▲ se Motivo valutazione è uguale a 1 ed esiste già, per la stessa cartella, un evento di prima valutazione, l’inserimento non può essere effettuato.</p>	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		04.0	Tipo movimento

			39.0	Motivo valutazione
L50	<p>Congruenza tra tipo flusso e motivo della sospensione:</p> <p>Tipo Flusso = "DO":</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Il codice "Motivo della sospensione" deve esistere nella tabella "Assistenza domiciliare: motivo sospensione"; <p>Tipo Flusso = "RE":</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Il codice "Motivo della sospensione" deve esistere nella tabella "Assistenza residenziale semiresidenziale: motivo sospensione". 		02.0	Tipo flusso
			105.0	Motivo sospensione
L51	<p>Evento valutazione con stessa data</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Se, per la stessa cartella, è già presente un evento valutazione con la stessa data, l'inserimento non può essere effettuato 		03.1	Anno
			03.2	Progressivo
			04.0	Tipo movimento
			38.0	Data valutazione
L52	<p>Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se Motivo valutazione è diverso da 1 (prima valutazione), la data dell'evento dev'essere maggiore della data dell'evento di prima valutazione già abbinato alla stessa cartella. 		03.1	Anno
			03.2	Progressivo
			38.0	Data valutazione
			39.0	Motivo valutazione
L53	<p>Congruenza tra Data inizio sospensione e Data fine sospensione e periodi di sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ la Data inizio sospensione (104.0) o la Data fine sospensione (106.0) non possono essere comprese in alcun periodo di sospensione, ad esclusione delle date di inizio e fine del periodo stesso; ⤴ inoltre, Data inizio sospensione e Data fine sospensione non possono coincidere con le rispettive date di inizio e fine di un periodo di sospensione già presente in archivio. 		104.0	Data inizio sospensione
			106.0	Data fine sospensione

L54	<p>Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo Codice identificativo Assistito (06.0) è valorizzato con un Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri, esso dev'essere valido nell'ambito del sistema AURA-TS alla data di notifica del caricamento del file XML nel sistema regionale di acquisizione dei dati dei flussi informativi. 		06.0	Codice identificativo Assistito
L55 ⁵⁷	<p>Congruenza tra Ente Gestore e Data di Presa in Carico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se compilato, il codice Ente gestore (33.0) deve essere valido alla data di presa in carico (03.1+03.2). 		02.0	Tipo Flusso
			03.1	Anno
			03.2	Progressivo
			33.0	Ente Gestore
L56	<p>Congruenza tra Data Presa in Carico e Date Conclusione pregresse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relativamente al medesimo assistito – distinto attraverso “Codice identificativo Assistito” (06.0) – se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Tipologia di cura” (27.0) assume i valori “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15”, la “Data Presa in Carico” (28.0) dev'essere maggiore della “Data Conclusione” (108.0) di qualsiasi altra Cartella antecedente; • relativamente al medesimo assistito – distinto attraverso “Codice identificativo Assistito” – se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’, allora la “Data Presa in Carico” dev'essere maggiore della “Data Conclusione” di qualsiasi altra Cartella antecedente. 	NSIS FAR 20993	02.0	Tipo flusso
			06.0	Codice identificativo Assistito
			27.0	Tipologia di cura
			28.0	Data presa in carico
			108.0	Data conclusione
L57	<p>Congruenza tra Data Conclusione e Date Presa in Carico successive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relativamente al medesimo assistito – distinto attraverso “Codice identificativo Assistito” (06.0) – se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Tipologia di cura” (27.0) assume i valori “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15”, la “Data Conclusione” (108.0) dev'essere minore della “Data Presa in Carico” (28.0) di qualsiasi altra Cartella successiva; 	NSIS FAR 20993	02.0	Tipo flusso
			06.0	Codice identificativo Assistito
			27.0	Tipologia di cura

⁵⁷ **L'applicazione del controllo è transitoriamente sospesa;** in previsione di sua futura riattivazione, è attiva la segnalazione S09, al fine di evidenziare la mancata verifica di validità del Codice regionale Ente Gestore.

L58	<ul style="list-style-type: none"> relativamente al medesimo assistito – distinto attraverso “Codice identificativo Assistito” – se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’, allora la “Data Conclusione” dev’essere minore della “Data Presa in Carico” di qualsiasi altra Cartella successiva. <p>Congruenza tra Regione di residenza, Altro codice identificativo Assistito e Comune di residenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> se il campo “Regione di residenza” (16.0) è valorizzato con ‘999’ e il campo “Altro codice identificativo Assistito” (122.0) è compilato con valori diversi da venti numeri zero o da venti lettere ‘X’, allora il campo “Comune di residenza” (17.0) può essere valorizzato solo con codici che inizino per ‘999’ oppure per ‘ENI’ o per ‘STP’. 	28.0	Data presa in carico
		108.0	Data conclusione
		16.0	Regione di residenza
		17.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
L59	<p>Congruenza fra Supporto sociale e Nucleo familiare e Assistente non familiare:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = “DO”, se “Supporto sociale” (47.0) è pari a “3” (supporto sociale non presente), allora “Nucleo familiare” (19.0) deve essere valorizzato a “0” e “Assistente non familiare” (20.0) dev’essere valorizzato a “2” (non presente). 	02.0	Tipo flusso
		19.0	Nucleo familiare
		20.0	Assistente non familiare
		47.0	Supporto sociale
L60	<p>Congruenza tra Data conclusione e Data fine sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> La "Data conclusione assistenza" (108.0) dev’essere maggiore o uguale all’ultima "Data fine sospensione" (106.0) in ordine di tempo della cartella cui si riferisce. 	106.0	Data fine sospensione
		108.0	Data conclusione
L61	<p>Congruenza tra Tipologia di cura e Tipo operatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se Tipo flusso (02.0) = “DO”, se “Tipologia di cura” (27.0) = “8”, “9”, “10”, “11”, “12” o “13”, allora “Tipo operatore” (82.0) può assumere soltanto il valore “10” (OSS). 	02.0	Tipo flusso
		27.0	Tipologia di cura
		82.0	Tipo operatore
L62	<p>Congruenza tra Tipologia di cura, Complessità clinico-assistenziale e Tariffa giornaliera:</p> <p>Se Tipo flusso (02.0) = “CA”:</p>	02.0	Tipo flusso

<ul style="list-style-type: none"> • se “Tipologia di cura” (27.0) = 1 (CAVS) e “Complessità clinico-assistenziale” (120.0) = 1 (alta), allora “Quota SSR” (34.1) dev’essere uguale a 130.00; • se “Tipologia di cura” = 1 e “Complessità clinico-assistenziale” = 2 (moderata), allora “Quota SSR” dev’essere uguale a 120.00. • se “Tipologia di cura” = 2 (CAVS con pacchetto riabilitativo) e “Complessità clinico-assistenziale” = 1, allora “Quota SSR” dev’essere uguale a 150.00; • se “Tipologia di cura” = 2 e “Complessità clinico-assistenziale” = 2, allora “Quota SSR” dev’essere minore o uguale a 140.00. <p>Il controllo è effettuato all’inserimento o alla sostituzione di un Evento Tariffa – “Tipo movimento” (04.0) = ‘I’ o ‘S’:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la “Complessità clinico-assistenziale” considerata è quella dell’ultimo Evento Valutazione in ordine di tempo la cui “Data valutazione” (38.0) sia minore o uguale alla “Data inizio Tariffa” (124.0). • qualora non sia presente in archivio alcun Evento valutazione la cui “Data valutazione” sia minore o uguale alla “Data inizio Tariffa”, allora la “Complessità clinico-assistenziale” considerata è quella dell’Evento Valutazione avente “Motivo valutazione” (39.0) = 1 (prima valutazione). <p>All’inserimento o alla sostituzione di una Cartella territoriale oppure di un Evento Valutazione – “Tipo movimento” = ‘I’ o ‘S’ – il controllo non viene effettuato (il riscontro di eventuali tariffe incongruenti, a causa dell’eventuale variazione della “Tipologia di cura” o della “Complessità clinico-assistenziale”, è oggetto della Segnalazioni S20 e S21).</p>	04.0	Tipo movimento
	27.0	Tipologia di cura
	34.1	Quota SSR
	38.0	Data valutazione
	39.0	Motivo valutazione
	120.0	Complessità clinico-assistenziale
	124.0	Data inizio tariffa

L63	<p>Congruenza tra Patologia concomitante 1, Tipologia di progetto e Tipologia di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se Tipo flusso (02.0) = “CA”, se “Tipologia di progetto” (26.0) = “6” (Assistenza Temporanea Sanitaria (CAVS)) e “Tipologia di cura” (27.0) = “2” (CAVS con pacchetto riabilitativo), allora la compilazione del campo “Patologia concomitante 1” (42.1) è obbligatoria. <p>Il controllo è effettuato all’inserimento o alla sostituzione di un Evento Valutazione – “Tipo movimento” (04.0) = ‘I’ o ‘S’.</p> <p>All’inserimento o alla sostituzione di una Cartella territoriale – “Tipo movimento” = ‘I’ o ‘S’ – il controllo non viene effettuato.</p>	04.0	Tipo movimento
		26.0	Tipologia di progetto
		27.0	Tipologia di cura
		42.1	Patologia concomitante 1
L64	<p>Congruenza tra Struttura di destinazione, Tipologia di progetto e Motivo conclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se Tipo flusso (02.0) = “CA”, se “Tipologia di progetto” (26.0) = “6” (Assistenza Temporanea Sanitaria (CAVS)) e “Motivo conclusione” (109.0) = “3” o “4” (Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti o Dimissione ad altra tipologia di residenza), allora la compilazione del campo “Codice Struttura di destinazione” (119.0) è obbligatoria. 	02.0	Tipo flusso
		26.0	Tipologia di progetto
		109.0	Motivo conclusione
		119.0	Codice Struttura di destinazione
L65	<p>Congruenza tra Provenienza assistito e Codice Reparto di provenienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se “Tipo flusso” (02.0) = “CA” e il campo “Provenienza assistito” (24.0) assume il valore “4” o “11” (Ospedale o Casa di cura), allora la compilazione del campo “Codice Reparto di provenienza” (117.0) è obbligatoria. 	02.0	Tipo flusso
		24.0	Provenienza assistito
		117.0	Codice reparto di provenienza
L66	<p>Congruenza tra Data presa in carico e Tipo soggetto richiedente CAVS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se “Tipo flusso” (02.0) = “CA” e la “Data presa in carico” (28.0) è maggiore o uguale a 1/10/2016, allora il campo “Tipo soggetto richiedente” (22.0) non può essere valorizzato con ‘9’ (non rilevato). 	02.0	Tipo flusso
		22.0	Tipo soggetto richiedente
		28.0	Data presa in carico
L67	<p>Congruenza tra Data presa in carico e Motivazione richiesta CAVS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se “Tipo flusso” (02.0) = “CA” e la “Data presa in carico” (28.0) è maggiore o uguale a 1/10/2016, allora il campo “Motivazione richiesta 1” (23.1) non può essere valorizzato con ‘9’ (non rilevata). 	02.0	Tipo flusso
		23.1	Motivazione richiesta 1
		28.0	Data presa in carico

L68	<p>Congruenza tra Data presa in carico e Motivo conclusione CAVS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se “Tipo flusso” (02.0) = “CA” e la “Data presa in carico” (28.0) è maggiore o uguale a 1/10/2016, allora il campo “Motivo conclusione” (109.0) non può essere valorizzato con ‘98’ (altro motivo). 		02.0	Tipo flusso
			28.0	Data presa in carico
			109.0	Motivo conclusione
L74	<p>Congruenza tra Codice identificativo Assistito e Altro codice identificativo Assistito</p> <ul style="list-style-type: none"> Se il campo “Codice identificativo Assistito” (06.0) è compilato con venti lettere ‘X’, allora la compilazione del campo “Altro codice identificativo Assistito” (122.0) è obbligatoria ed esso (122.0) può assumere esclusivamente uno dei seguenti valori: <ul style="list-style-type: none"> venti numeri 8; venti numeri 9; venti numeri 0; venti lettere X; <u>altrimenti</u>, se il campo “Codice identificativo Assistito” è compilato con un valore diverso da un Codice fiscale alfanumerico a 16 caratteri, da un Codice numerico a 11 cifre, da un codice ENI a 16 caratteri alfanumerici, da un codice STP a 16 caratteri alfanumerici, allora la compilazione del campo “Altro codice identificativo Assistito” è obbligatoria ed esso può essere valorizzato esclusivamente con un codice composto da 10 caratteri alfanumerici e 10 cifre numeriche (Codice di identificazione progressivo della TEAM). <u>altrimenti</u> il campo “Altro codice identificativo Assistito” non deve essere compilato. <p>Per la verifica della struttura formale dei codici citati, fare riferimento alle osservazioni e precisazioni del campo 06.0.</p>		06.0	Codice identificativo Assistito
			122.0	Altro codice identificativo Assistito
L75	<p>Congruenza tra Regione di residenza, Regione pagante, ASL pagante</p> <ul style="list-style-type: none"> se Tipo flusso (02.0) = “RE” o “CA”, se il campo “Regione di residenza” e il campo “Regione pagante” sono compilati con lo stesso valore, allora la compilazione del campo “ASL pagante” è obbligatoria. 	NSIS FAR 3018	02.0	Tipo flusso
			16.0	Regione di residenza
			125.0	Regione pagante
			126.0	ASL pagante
L76	<p>Congruenza tra Data di presa in carico e Data inizio tariffa</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = “RE” o “CA”, la “Data inizio tariffa” (124.0) dev’essere maggiore o uguale alla “Data di presa 	NSIS FAR 3016	02.0	Tipo flusso
			28.0	Data di presa in carico

	in carico” (28.0).		124.0	Data inizio tariffa
L77	<p>Congruenza tra Data inizio tariffa e Data conclusione</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = “RE” o “CA”, la “Data inizio tariffa” (124.0) dev’essere minore o uguale alla “Data di conclusione” (108.0). 	NSIS FAR 3017	02.0	Tipo flusso
			108.0	Data conclusione
L78	<p>Congruenza tra Tipo di progetto ed evento Prestazioni SR</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = “RE” e “Tipo progetto” (26.0) è diverso da ‘2’ (Assistenza Semiresidenziale Sociosanitaria), i campi dell’evento Prestazioni SR (127.0, 128.0, 129.0) non devono essere compilati. 		124.0	Data inizio tariffa
			02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipologia di progetto
			127.0	Periodo competenza prestazioni SR
			128.0	Tempo parziale
L79	<p>Congruenza tra Data di presa in carico e Periodo competenza prestazioni SR:</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = “RE”, il giorno iniziale del “Periodo di competenza prestazioni SR” (127.0) indicato deve essere maggiore o uguale alla “Data di presa in carico” (28.0). 		129.0	Tempo pieno
			02.0	Tipo flusso
			28.0	Data di presa in carico
L80	<p>Congruenza tra Data conclusione e Periodo competenza prestazioni SR:</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = ‘RE’, la “Data di conclusione” (108.0) – se presente – dev’essere maggiore o uguale al giorno iniziale del “Periodo di competenza prestazioni SR” (127.0). 		127.0	Periodo competenza prestazioni SR
			02.0	Tipo flusso
			108.0	Data conclusione
L81	<p>Congruenza tra Data di presa in carico e Data prestazione ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = “CA”, la “Data prestazione ambulatoriale” (130.0) dev’essere maggiore o uguale alla “Data di presa in carico” (28.0). 		127.0	Periodo competenza prestazioni SR
			02.0	Tipo flusso
			28.0	Data di presa in carico

			130.0	Data prestazione ambulatoriale
L82	<p>Congruenza tra Data prestazione ambulatoriale e Data conclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = “CA”, la “Data prestazione ambulatoriale” (130.0) dev’essere minore o uguale alla “Data di conclusione” (108.0). 		02.0	Tipo flusso
			108.0	Data conclusione
			130.0	Data prestazione ambulatoriale
L83	<p>Congruenza tra Data prestazione ambulatoriale e periodo di sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = “CA”, la Data prestazione ambulatoriale (130.0) non può essere compresa in alcun periodo di sospensione, ad esclusione delle date di inizio (104.0) e fine (106.0) del periodo stesso. 		02.0	Tipo flusso
			104.0	Data inizio sospensione
			106.0	Data fine sospensione
			130.0	Data prestazione ambulatoriale
L84	<p>Congruenza tra Data presa in carico e Data prima richiesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = “CA”, la “Data prima richiesta” (134.0) dev’essere maggiore o uguale alla “Data di presa in carico” (28.0). 		02.0	Tipo flusso
			28.0	Data di presa in carico
			134.0	Data prima richiesta
L85	<p>Congruenza tra Data prima richiesta e Data prestazione ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> se tipo flusso (02.0) = “CA”, la “Data prima richiesta” (134.0) dev’essere minore o uguale alla “Data prestazione ambulatoriale” (130.0). 		02.0	Tipo flusso
			130.0	Data prestazione ambulatoriale
			134.0	Data prima richiesta

L86	<p>Congruenza tra Cittadinanza e Codice istituzione TEAM:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’ e il campo “Cittadinanza” (12.0) è compilato con 999 (apolide o assistito che abbia esercitato il diritto all’anonimato) oppure con un codice ISTAT relativo a uno Stato estero (diverso dall’Italia) non membro dell’Unione Europea, dello SEE o della Confederazione Svizzera (CH), il campo “Codice istituzione TEAM” (15.0) non deve essere compilato. <p>L’appartenenza all’Unione Europea, allo Spazio Economico Europeo o alla Confederazione Svizzera è valutata alla “Data presa in carico” (28.0).</p>	NSIS FAR 2004	02.0	Tipo flusso
			12.0	Cittadinanza
			15.0	Codice istituzione TEAM
			28.0	Data presa in carico
L89	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’ o ‘CA’ e “Regime di inserimento” (123.0) = 2 (regime privato), allora i campi degli eventi “Tariffa giornaliera applicata” (dal 34.1 al 34.3 e dal 124.0 al 126.0), “Valutazione” (dal 37.0 al 42.5 e dal 90.0 al 102.0, 111.1, 115.0, 116.0, 120.0, 121.0), “Prestazione ambulatoriale” (dal 130.0 al 135.0), “Sospensione” (dal 103.0 al 106.0), “Prestazioni SR” (dal 127.0 al 129.0), “Prestazione ambulatoriale” (dal 130.0 al 135.0) non devono essere compilati. 		02.0	Tipo flusso
			123.0	Regime di inserimento
			dal n. 34.1 al 34.3 e dal 124.0 al 126.0	Evento Tariffa giornaliera applicata
			dal 37.0 al 42.5 e dal 90.0 al 102.0, 111.1, 115.0, 116.0, 120.0, 121.0	Evento Valutazione
			dal 130.0 al 135.0	Evento Prestazione ambulatoriale
			dal 103.0 al 106.0	Evento Sospensione
			Dal 127.0 al 129.0	Evento Prestazione SR
			dal 130.0 al 135.0	Evento Prestazione ambulatoriale

L90	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni anagrafiche e di presa in carico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’ o ‘CA’ e “Regime di inserimento” (123.0) = 2 (regime privato), allora i campi “Stato civile” (13.0) e “Titolo di studio” (14.0), “Codice istituzione TEAM” (15.0), “Data accettazione richiesta” (21.0), “Tipo soggetto richiedente” (22.0), “Motivazione richiesta 1” (23.1), “Provenienza assistito” (24.0), “Codice Struttura di provenienza” (25.0), “Codice Reparto di provenienza” (117.0) non devono essere compilati; • se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’ o ‘CA’ e “Regime di inserimento” = 1 (in convenzione), allora la compilazione dei campi “Stato civile”, “Titolo di studio”, “Soggetto richiedente”, “Motivazione richiesta 1”, “Provenienza assistito” è obbligatoria; • se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’ e “Regime di inserimento” = 1, allora la compilazione di “Data accettazione richiesta” è obbligatoria. 		02.0	Tipo flusso
			13.0	Stato civile
			14.0	Titolo di studio
			15.0	Codice istituzione TEAM
			21.0	Data accettazione richiesta
			22.0	Tipo soggetto richiedente
			23.1	Motivazione richiesta 1
			24.0	Provenienza assistito
			25.0	Codice Struttura di provenienza
			117.0	Codice Reparto di provenienza
	123.0	Regime di inserimento		
L91	<p>Congruenza tra Evento Tariffa giornaliera applicata ed Evento Valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” (02.0) = ‘CA’, “Tipo movimento” (04.0) = ‘I’ o ‘S’ e alla Cartella Territoriale cui afferisce l’Evento Tariffa non risulta associato in archivio alcun Evento Valutazione, allora l’operazione di inserimento o sostituzione dell’Evento tariffa non può essere effettuata. 		02.0	Tipo flusso
			37.0	Identificativo Evento Valutazione
			38.0	Data valutazione
			124.0	Data inizio tariffa
L92	<p>Congruenza tra Tipologia di cura e Motivo della richiesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Tipologia di progetto” (27.0) = 14 (SRD-RRF) o 15 (SRD-NPI), allora il campo “Motivo della richiesta” (23.1) può essere valorizzato soltanto con 18 (Rieducazione e counseling) 		02.0	Tipo flusso
			23.1	Motivo della richiesta
			27.0	Tipologia di progetto
L93	<p>Congruenza tra Data decorrenza etichetta e Data presa in carico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la “Data decorrenza etichetta” (136.0) dev’essere maggiore o uguale alla “Data presa in carico” (28.0). 		28.0	Data presa in carico
			136.0	Data decorrenza etichetta
L94	<p>Congruenza tra Data decorrenza etichetta e Data conclusione:</p>		108.0	Data conclusione

	<ul style="list-style-type: none"> la “Data decorrenza etichetta” (136.0) dev’essere minore o uguale alla “Data di conclusione assistenza” (108.0), se già presente in archivio. 		136.0	Data decorrenza etichetta
L95	<p>Congruenza tra Data conclusione e Data decorrenza etichetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> la “Data di conclusione assistenza” (108.0), dev’essere maggiore o uguale all’ultima “Data decorrenza etichetta” (136.0) in ordine di tempo, se già presente in archivio. 		108.0	Data conclusione
			136.0	Data decorrenza etichetta
L96	<p>Congruenza tra Tipo flusso e Tipo etichetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’ o ‘CA’, allora “Tipo Etichetta” (136.0) può assumere soltanto il valore 1 (‘Tipo di presa in carico’). 		02.0	Tipo flusso
			137.0	Tipo etichetta
L97	<p>Congruenza tra Tipo etichetta e Progressivo etichetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo etichetta” (137.0) = 1, allora “Progressivo etichetta” (138.0) può assumere soltanto il valore 1. 		137.0	Tipo etichetta
			138.0	Progressivo etichetta
L98	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta e Contenuto etichetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’, “Tipo progetto” (26.0) = 1 (‘Assistenza Domiciliare’) e “Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘Tipo di presa in carico’), allora “Contenuto etichetta” (139.0) può assumere soltanto il valore 1 (‘PIC domiciliare temporanea per assistiti POSITIVI COVID-19’); se “Tipo flusso” = ‘RE’, “Tipo progetto” = 4 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sociosanitaria’) e “Tipo Etichetta” = 1, allora “Contenuto etichetta” può assumere soltanto i valori 1, 2, 3 o 4; se “Tipo flusso” = ‘CA’, “Tipo progetto” = 6 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria’) e “Tipo Etichetta” = 1, allora “Contenuto etichetta” può assumere soltanto i valori 1, 3 o 4. 		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipologia di progetto
			137.0	Tipo etichetta
			139.0	Contenuto etichetta
L99	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Matricola UP:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’ e “Matricola UP” (31.0) è diverso</p>		02.0	Tipo flusso

	<p>da 999999:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” (26.0) = 4 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sociosanitaria’), “Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘Tipo di presa in carico’), “Contenuto etichetta” (139.0) = 1 o 3 (‘PIC residenziale temporanea sociosanitaria per assistiti POSITIVI COVID-19’), allora il codice di attività ARPE associato al codice “Matricola UP” dev’essere ‘2.09.35’ (Assistenza residenziale a favore di anziani non autosufficienti – RSA – per COVID-19) alla “Data decorrenza etichetta” (136.0); • se “Tipo progetto” = 4, “Tipo Etichetta” = 1, “Contenuto etichetta” = 2 o 4 (‘PIC residenziale temporanea sociosanitaria per Emergenza COVID-19 (assistiti <u>NON</u> positivi)’), allora il codice di attività ARPE associato al codice “Matricola UP” dev’essere ‘2.09.10’ alla “Data decorrenza etichetta”; <p>Se “Tipo flusso” = ‘CA’ e “Matricola UP” è diverso da 999999:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” = 6 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria’), “Tipo Etichetta” = 1 e “Contenuto etichetta” = 1 o 3 (‘PIC residenziale temporanea sanitaria per pazienti POSITIVI COVID-19’), allora il codice di attività ARPE associato al codice “Matricola UP” dev’essere ‘2.09.36’ (‘Attività CAVS ordinaria per COVID-19’) alla “Data decorrenza etichetta”; • se “Tipo progetto” = 6, “Tipo Etichetta” = 1 e “Contenuto etichetta” = 4 (‘PIC residenziale temporanea sanitaria per Emergenza COVID-19 in CAVS NO-COVID temporanei’), allora il codice di attività ARPE associato al codice “Matricola UP” dev’essere ‘2.09.37’ (‘Attività CAVS ordinaria temporanea per NO-COVID’) alla “Data decorrenza etichetta”. 		<p>26.0</p> <p>31.0</p> <p>136.0</p> <p>137.0</p> <p>139.0</p>	<p>Tipologia di progetto</p> <p>Matricola Unità Produttiva</p> <p>Data decorrenza etichetta</p> <p>Tipo Etichetta</p> <p>Contenuto etichetta</p>
L100	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Tipologia di cura:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” (26.0) = 1 (‘Assistenza Domiciliare’), 		02.0	Tipo flusso

	<p>“Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘Tipo di presa in carico’), “Contenuto etichetta” (139.0) = 1 (‘PIC domiciliare temporanea per assistiti POSITIVI COVID-19’), allora “Tipologia di cura” (27.0) può assumere soltanto i valori 1, 2, 3, 4, 14, 15;</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” = 4 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sociosanitaria’), “Tipo Etichetta” = 1, “Contenuto etichetta” = 1 o 3 (‘PIC residenziale temporanea sociosanitaria per assistiti POSITIVI COVID-19’), allora “Tipologia di cura” può assumere soltanto i valori 1, 2, 3, 4, 5 o 14 (progetti di intensità da bassa ad alta incrementata); <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘CA’:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” = 6 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria’), “Tipo Etichetta” = 1 e “Contenuto etichetta” = 1, 3 o 4, allora “Tipologia di cura” può assumere soltanto il valore 1 (‘CAVS ordinario’). 	26.0	Tipologia di progetto
		27.0	Tipologia di cura
		137.0	Tipo Etichetta
		139.0	Contenuto etichetta
L101	<p>Congruenza tra Data scadenza etichetta e Data decorrenza etichetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Data scadenza etichetta” (140.0) è compilato, allora esso dev’essere valorizzato con una data maggiore o uguale alla “Data decorrenza etichetta” (136.0). 	136.0	Data decorrenza etichetta
		140.0	Data scadenza etichetta
L102	<p>Congruenza tra Data scadenza etichetta e Data presa in carico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Data scadenza etichetta” (140.0) è compilato, allora esso dev’essere valorizzato con una data maggiore o uguale alla “Data presa in carico” (28.0). 	28.0	Data presa in carico
		140.0	Data scadenza etichetta
L103	<p>Congruenza tra Data scadenza etichetta e Data conclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Data scadenza etichetta” (140.0) è compilato, allora esso dev’essere valorizzato con una data minore o uguale alla “Data conclusione assistenza” (108.0), se già presente in archivio. 	108.0	Data conclusione
		140.0	Data scadenza etichetta

L104	<p>Congruenza tra Data conclusione e Data scadenza etichetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> la “Data di conclusione assistenza” (108.0), dev’essere maggiore o uguale all’ultima “Data scadenza etichetta” (140.0) in ordine di tempo, se già presente in archivio. 		108.0	Data conclusione
			140.0	Data scadenza etichetta
	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data decorrenza etichetta:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo progetto” (26.0) = 4 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sociosanitaria’), “Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘Tipo di presa in carico’), “Contenuto etichetta” (139.0) = 1, o 2, allora la “Data decorrenza etichetta” (136.0) dev’essere minore o uguale a 10112020; se “Tipo progetto” = 4, “Tipo Etichetta” = 1, “Contenuto etichetta” = 3 o 4, allora la “Data decorrenza etichetta” dev’essere maggiore o uguale a 11112020; 		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipologia di progetto
L105	<p>Se “Tipo flusso” = ‘CA’:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo progetto” = 6 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria’), “Tipo Etichetta” = 1 e “Contenuto etichetta” = 1 (‘PIC residenziale temporanea sanitaria per pazienti POSITIVI COVID-19 (DGR n. 14-1150/2020)’), allora la “Data decorrenza etichetta” dev’essere minore o uguale a 10112020; se “Tipo progetto” = 6, “Tipo Etichetta” = 1 e “Contenuto etichetta” = 3 o 4, allora la “Data decorrenza etichetta” dev’essere maggiore o uguale a 11112020. 		136.0	Data decorrenza etichetta
			137.0	Tipo Etichetta
			139.0	Contenuto etichetta
L106	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data scadenza etichetta:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo progetto” (26.0) = 4 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sociosanitaria’), “Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘Tipo di presa in carico’), “Contenuto etichetta” (139.0) = 1, o 2, allora la “Data scadenza etichetta” (140.0) dev’essere minore o uguale a 10112020. 		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipologia di progetto
			137.0	Tipo Etichetta

	<p>Se “Tipo flusso” = ‘CA’:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” = 6 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria’), “Tipo Etichetta” = 1 e “Contenuto etichetta” = 1 (‘PIC residenziale temporanea sanitaria per pazienti POSITIVI COVID-19 (DGR n. 14-1150/2020)’), allora la “Data scadenza etichetta” dev’essere minore o uguale a 10112020. 		139.0	Contenuto etichetta
			140.0	Data scadenza etichetta
L107	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Modalità finanziamento:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” (26.0) = 3 o 4 (residenziale sociosanitario) e “Tipologia di cura” (27.0) = 6, 7, 8 o 9, allora “Modalità finanziamento” (102.0) può assumere il solo valore 4 (a carico totale del SSR). 	NSIS 2025	02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipo progetto
			27.0	Tipologia di cura
			102.0	Modalità finanziamento

N01	<p>Cancellazione record negata per chiave non trovata:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Tipo movimento” (04.0) = ‘C’:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⚡ per le Cartelle territoriali, per il “Codice ASL inviante” (01.0) indicato deve esistere in archivio una Cartella avente la medesima combinazione di “Codice Cartella Territoriale” (03.1 + 03.2), “Codice identificativo Assistito” (06.0) e “Data presa in carico” (28.0); ⚡ per gli eventi Prestazione, per il “Codice ASL inviante” indicato deve esistere in archivio un evento avente medesima combinazione di “Identificativo evento prestazione” (80.0), “Data accesso” (38.0), “Tipo operatore” (82.0)⁵⁸; ⚡ per gli eventi Prestazione di Lungoassistenza e interventi economici, per il “Codice ASL inviante” indicato deve esistere in archivio un evento avente medesima combinazione di “Identificativo evento prestazione di lungoassistenza” (112.0) e “Data inizio erogazione contributo” (113.0); 	01.0	ASL inviante
		02.0	Tipo flusso
		03.1	Anno Cartella
		03.2	Progressivo Cartella
		04.0	Tipo movimento
		06.0	Codice identificativo Assistito
		28.0	Data presa in carico
		29.0	Codice ASL erogante

Se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’ e “Tipo movimento” = ‘C’:

- ⤴ per le **Cartelle territoriali**, per il “Codice ASL inviante” indicato deve esistere in archivio una Cartella avente la medesima combinazione di “Codice Cartella Territoriale”, “Codice identificativo Assistito”, “Data presa in carico”, “Codice ASL erogante” (29.0) e “Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA)” (30.0);
- ⤴ per gli eventi **Tariffa giornaliera applicata**, deve esistere in archivio un evento avente medesima combinazione di “ASL inviante”, “Codice Cartella Territoriale”, “Data inizio tariffa” (124.0);

Se “Tipo flusso” = ‘RE’ e “Tipo movimento” = ‘C’:

- ⤴ per gli eventi **Prestazioni semiresidenziali**, allora deve esistere in archivio un evento avente medesima combinazione di “ASL inviante”, “Codice Cartella Territoriale”, “Periodo competenza prestazioni SR” (127.0);

Se “Tipo flusso” = ‘CA’ e “Tipo movimento” = ‘C’:

- ⤴ per gli eventi **Prestazioni ambulatoriali**, deve esistere in archivio un evento avente medesima combinazione di “ASL inviante”, “Codice Cartella Territoriale”, “Data prestazione ambulatoriale” (130.0), “Codice struttura erogatrice” (131.0), “Codice prestazione ambulatoriale” (132.0);

Senza distinzione per tipo di flusso, se “Tipo movimento” = ‘C’:

- ⤴ per gli eventi **Valutazione**, per il “Codice ASL inviante” indicato deve esistere in archivio un evento avente medesima combinazione di “Identificativo evento valutazione” (37.0) e “Data valutazione” (38.0);
- ⤴ per gli eventi **Sospensione**, per il “Codice ASL inviante” indicato deve esistere in archivio un evento avente medesima combinazione di “Identificativo evento sospensione” (103.0) e “Data inizio sospensione” (104.0);
- ⤴ per gli eventi **Conclusione**, per il “Codice ASL inviante” indicato deve esistere in archivio un evento avente medesima

30.0	STS11 Titolare della struttura
37.0	Identificativo evento valutazione
38.0	Data valutazione
80.0	Identificativo evento prestazione
81.0	Data di accesso
82.0	Tipo operatore
103.0	Identificativo evento sospensione
104.0	Data inizio sospensione
107.0	Identificativo evento conclusione
108.0	Data conclusione
112.0	Identificativo evento prestazione lungoassistenza
113.0	Data inizio erogazione contributo
124.0	Data inizio tariffa
127.0	Periodo competenza prestazioni SR
130.0	Data prestazione ambulatoriale
131.0	Codice struttura erogatrice
132.0	Codice prestazione ambulatoriale

	<p>combinazione di “Identificativo evento conclusione” (107.0) e “Data conclusione” (108.0);</p> <p>▲ per gli eventi Etichetta, deve esistere in archivio un evento avente medesima combinazione di “ASL inviante”, “Codice Cartella Territoriale”, “Data decorrenza etichetta” (136.0), “Tipo etichetta” (137.0), “Progressivo etichetta” (138.0).</p>	<table border="1"> <tr> <td>136.0</td> <td>Data decorrenza etichetta</td> </tr> <tr> <td>137.0</td> <td>Tipo etichetta</td> </tr> <tr> <td>138.0</td> <td>Progressivo etichetta</td> </tr> </table>	136.0	Data decorrenza etichetta	137.0	Tipo etichetta	138.0	Progressivo etichetta																										
136.0	Data decorrenza etichetta																																	
137.0	Tipo etichetta																																	
138.0	Progressivo etichetta																																	
N02	<p>Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato:</p> <p>Senza distinzione per tipo di flusso:</p> <p>▲ per il “Codice ASL inviante” indicato (01.0) non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (04.0) = “T” – una Cartella avente medesimo “Codice Cartella Territoriale” (03.1 + 03.2).</p>	<table border="1"> <tr> <td>01.0</td> <td>Codice ASL inviante</td> </tr> <tr> <td>03.1</td> <td>Anno Cartella territoriale</td> </tr> <tr> <td>03.2</td> <td>Progressivo Cartella</td> </tr> <tr> <td>04.0</td> <td>Tipo movimento</td> </tr> </table>	01.0	Codice ASL inviante	03.1	Anno Cartella territoriale	03.2	Progressivo Cartella	04.0	Tipo movimento																								
01.0	Codice ASL inviante																																	
03.1	Anno Cartella territoriale																																	
03.2	Progressivo Cartella																																	
04.0	Tipo movimento																																	
N03	<p>Elaborazione Evento negata per chiave Cartella territoriale non trovata:</p> <p>▲ tracciato eventi senza anagrafica.</p> <p>Non è possibile abbinare alcun record anagrafico sulla base alla chiave logica di collegamento.</p> <p>Il controllo si applica a tutti gli eventi previsti dai rispettivi tracciati DOM, RES, CAVS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’, agli eventi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prestazione; ○ Prestazione di lungoassistenza e interventi economici; • se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’, all’evento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tariffa giornaliera applicata; • se “Tipo flusso” = ‘RE’, all’evento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prestazioni semiresidenziali; • se “Tipo flusso” = ‘CA’, all’evento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prestazione ambulatoriale; • senza distinzione per tipo di flusso, agli eventi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Valutazione; ○ Etichetta; 	<table border="1"> <tr> <td>01.0</td> <td>ASL inviante</td> </tr> <tr> <td>02.0</td> <td>Tipo flusso</td> </tr> <tr> <td>03.1</td> <td>Anno Cartella</td> </tr> <tr> <td>03.2</td> <td>Progressivo Cartella</td> </tr> <tr> <td>37.0</td> <td>Identificativo evento valutazione</td> </tr> <tr> <td>38.0</td> <td>Data valutazione</td> </tr> <tr> <td>80.0</td> <td>Identificativo evento prestazione</td> </tr> <tr> <td>81.0</td> <td>Data di accesso</td> </tr> <tr> <td>82.0</td> <td>Tipo operatore</td> </tr> <tr> <td>103.0</td> <td>Identificativo evento sospensione</td> </tr> <tr> <td>104.0</td> <td>Data inizio sospensione</td> </tr> <tr> <td>107.0</td> <td>Identificativo evento conclusione</td> </tr> <tr> <td>108.0</td> <td>Data conclusione</td> </tr> <tr> <td>112.0</td> <td>Identificativo evento prestazione lungoassistenza</td> </tr> <tr> <td>113.0</td> <td>Data inizio erogazione contributo</td> </tr> <tr> <td>124.0</td> <td>Data inizio tariffa</td> </tr> </table>	01.0	ASL inviante	02.0	Tipo flusso	03.1	Anno Cartella	03.2	Progressivo Cartella	37.0	Identificativo evento valutazione	38.0	Data valutazione	80.0	Identificativo evento prestazione	81.0	Data di accesso	82.0	Tipo operatore	103.0	Identificativo evento sospensione	104.0	Data inizio sospensione	107.0	Identificativo evento conclusione	108.0	Data conclusione	112.0	Identificativo evento prestazione lungoassistenza	113.0	Data inizio erogazione contributo	124.0	Data inizio tariffa
01.0	ASL inviante																																	
02.0	Tipo flusso																																	
03.1	Anno Cartella																																	
03.2	Progressivo Cartella																																	
37.0	Identificativo evento valutazione																																	
38.0	Data valutazione																																	
80.0	Identificativo evento prestazione																																	
81.0	Data di accesso																																	
82.0	Tipo operatore																																	
103.0	Identificativo evento sospensione																																	
104.0	Data inizio sospensione																																	
107.0	Identificativo evento conclusione																																	
108.0	Data conclusione																																	
112.0	Identificativo evento prestazione lungoassistenza																																	
113.0	Data inizio erogazione contributo																																	
124.0	Data inizio tariffa																																	

	<ul style="list-style-type: none"> ○Sospensione; ○Conclusione. 	127.0	Periodo competenza prestazioni SR
		130.0	Data prestazione ambulatoriale
		131.0	Codice struttura erogatrice
		132.0	Codice prestazione ambulatoriale
		136.0	Data decorrenza etichetta
		137.0	Tipo etichetta
		138.0	Progressivo etichetta

N04	<p>Elaborazione Cartella territoriale negata per chiave duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se “Tipo flusso” (02.0) = “DO”, per il "Codice ASL inviante" (01.0) indicato, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (04.0) = “I” – una Cartella Territoriale avente la medesima combinazione di “Codice Cartella Territoriale” (03.1 + 03.2), “Codice identificativo Assistito” (06.0) e “Data presa in carico” (28.0); ⤴ se “Tipo flusso” = “RE” o “CA”, per il "Codice ASL inviante" indicato, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” = “I” – una Cartella Territoriale avente la medesima combinazione di “Codice Cartella Territoriale”, “Codice identificativo Assistito”, “Data presa in carico”, “Codice ASL erogante” (29.0) e “Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA) (30.0)”. 	01.0	ASL inviante
		02.0	Tipologia di flusso
		03.1	Anno Cartella
		03.2	Progressivo Cartella
		04.0	Tipo movimento
		06.0	Codice identificativo Assistito
		27.0	Tipologia di cura
		28.0	Data presa in carico
		29.0	Codice ASL erogante
		30.0	STS11 Titolare della struttura
N05	<p>Elaborazione Evento negata per chiave duplicata:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ per gli eventi Prestazione, non deve essere presente nel medesimo file di invio un evento avente medesima 	01.0	ASL inviante
		02.0	Tipo flusso

combinazione di “Identificativo evento prestazione” (80.0), “Data accesso” (81.0), “Tipo operatore” (82.0) e “Tipo prestazione” (85.0); inoltre, se “Tipo movimento” = “I”, non dev'essere presente in archivio un evento avente medesima combinazione di “Identificativo evento prestazione” (80.0), “Data accesso” (81.0), “Tipo operatore” (82.0)⁵⁹;

- ⤴ per gli eventi **Prestazione di Lungoassistenza**, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” = “I” – un evento avente medesima combinazione di “Identificativo evento prestazione di lungoassistenza” (112.0) e “Data inizio erogazione contributo” (113.0).

Se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’:

- ⤴ per gli eventi **Tariffa giornaliera applicata**, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” = “I” – un evento avente medesima combinazione di “ASL inviante”, “Codice Cartella Territoriale” (03.1 + 03.2), “Data inizio tariffa” (124.0);

Se “Tipo flusso” = ‘RE’:

- ⤴ per gli eventi **Prestazioni semiresidenziali**, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” = “I” – un evento avente medesima combinazione di “ASL inviante”, “Codice Cartella Territoriale”, “Periodo competenza prestazioni SR” (127.0);

Se “Tipo flusso” = ‘CA’:

- ⤴ per gli eventi **Prestazioni ambulatoriali**, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” = “I” – un evento avente medesima combinazione di “ASL inviante”, “Codice Cartella Territoriale”, “Data prestazione ambulatoriale” (130.0), “Codice struttura erogatrice” (131.0), “Codice prestazione ambulatoriale” (132.0);

Senza distinzione per tipo di flusso:

- ⤴ per gli eventi **Valutazione**, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (04.0) = “I” – un evento avente medesima combinazione di “Identificativo evento valutazione” (37.0) e “Data valutazione” (38.0);

03.1	Anno cartella
03.2	Progressivo cartella
04.0	Tipo movimento
37.0	Identificativo evento valutazione
38.0	Data valutazione
80.0	Identificativo evento prestazione
81.0	Data di accesso
82.0	Tipo operatore
85.0	Tipo prestazione
103.0	Identificativo evento sospensione
104.0	Data inizio sospensione
107.0	Identificativo evento conclusione
108.0	Data conclusione
112.0	Identificativo evento prestazione lungoassistenza
113.0	Data inizio erogazione contributo

<p>⤴ per gli eventi Sospensione, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” = “I” – un evento avente medesima combinazione di “Identificativo evento sospensione” (103.0) e “Data inizio sospensione” (104.0);</p> <p>⤴ per gli eventi Conclusione, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” = “I” – un evento avente medesima combinazione di “Identificativo evento conclusione” (107.0) e “Data conclusione” (108.0);</p> <p>⤴ per gli eventi Etichetta, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” = “I” – un evento avente medesima combinazione di “ASL inviante”, “Codice Cartella Territoriale”, “Data decorrenza etichetta” (136.0), “Tipo etichetta” (137.0), “Progressivo etichetta” (138.0).</p>	124.0	Data inizio tariffa
	127.0	Periodo competenza prestazioni SR
	130.0	Data prestazione ambulatoriale
	131.0	Codice struttura erogatrice
	132.0	Codice prestazione ambulatoriale
	136.0	Data decorrenza etichetta
	137.0	Tipo etichetta
	138.0	Progressivo etichetta

<p>N06 Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’, “Tipo movimento” (04.0) = ‘I’:</p> <p>⤴ se “Tipologia di Cura” (27.0) è pari a “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15”, per il “Codice ASL inviante” (01.0) indicato non deve esistere in archivio un “Codice Cartella Territoriale” (03.1 + 03.2) al quale sia associata la medesima combinazione di “Codice identificativo Assistito” (06.0) e “Data presa in carico” (28.0) e la cui “Tipologia di cura” sia pari a “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15”;</p> <p>⤴ se “Tipologia di Cura” è diversa da “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o “15”, per il “Codice ASL inviante” indicato non deve esistere in archivio un “Codice Cartella Territoriale” (03.1 + 03.2) al quale sia associata la medesima combinazione di “Codice identificativo Assistito” e “Data presa in carico” e la cui “Tipologia di cura” sia diversa da “1”, “2”, “3”, “4”, “14” o</p>	01.0	Codice ASL inviante
	02.0	Tipo flusso
	03.1	Anno Cartella territoriale
	03.2	Progressivo Cartella
	04.0	Tipo movimento
	06.0	Codice identificativo Assistito

<p>“15”;</p> <p>Se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’ e “Tipo movimento” = ‘I’:</p> <p>▲ per il “Codice ASL inviante” indicato non deve esistere in archivio un “Codice Cartella Territoriale” cui sia associata la medesima combinazione di “Codice identificativo Assistito”, “Data presa in carico”, “Codice ASL erogante” (29.0) e “Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA)” (30.0).</p>	27.0	Tipologia di cura
	28.0	Data presa in carico
	29.0	Codice ASL erogante
	30.0	STS11 Titolare della struttura

N07	<p>Sostituzione Cartella territoriale negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati:</p> <p>Se "Tipo flusso" (02.0) = 'DO' e "Tipo movimento" = 'S':</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ non deve esistere in archivio una Cartella territoriale avente la medesima combinazione di "Codice identificativo Assistito" (06.0), "Data presa in carico" e "Codice ASL erogante" (29.0), ma differente "Codice Cartella territoriale"; <p>Se "Tipo flusso" (02.0) = 'RE' o 'CA' e "Tipo movimento" = 'S':</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ per il "Codice ASL inviante" indicato non deve esistere in archivio una Cartella territoriale avente medesimo "Codice Cartella Territoriale" (03.1 + 03.2) ma "Codice ASL erogante" differente; ⤴ per il "Codice ASL inviante" indicato non deve esistere in archivio una Cartella territoriale avente medesimo "Codice Cartella Territoriale" ma "Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA)" (30.0) differente; ⤴ non deve esistere in archivio una Cartella territoriale avente la medesima combinazione di "Codice identificativo Assistito", "Data di presa in carico", "Codice ASL erogante" e "Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA)" ma differente combinazione di "Codice ASL inviante" e "Codice Cartella territoriale"; ⤴ non deve esistere in archivio una Cartella territoriale avente la medesima combinazione di "Codice identificativo Assistito", "Data di presa in carico", "Codice ASL erogante" e "Codice STS11 Titolare della struttura (Partita IVA)", ma differente "Tipologia di cura" (27.0); <p>Senza distinzione per tipo di flusso, se "Tipo movimento" = 'S':</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ per il "Codice ASL inviante" (01.0) indicato non deve esistere in archivio una Cartella territoriale avente medesimo "Codice Cartella Territoriale" ma "Codice identificativo Assistito" differente; ⤴ per il "Codice ASL inviante" indicato non deve esistere in archivio una Cartella territoriale avente medesimo "Codice Cartella Territoriale" ma "Data presa in carico" (28.0) differente. 	01.0	Codice ASL inviante
		02.0	Tipo flusso
		03.1	Anno Cartella territoriale
		03.2	Progressivo Cartella
		04.0	Tipo movimento
		06.0	Codice identificativo Assistito
		27.0	Tipologia di cura
		28.0	Data presa in carico
		29.0	Codice ASL erogante
		30.0	Codice STS11 Titolare della struttura

N08	<p>Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato:</p> <p>⤴ rispettivamente per ogni tipologia di evento, per il "Codice ASL inviante" (01.0) indicato non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (04.0) = ‘I’ – un evento avente medesimo Codice identificativo (37.0, 80.0, 103.0, 107.0 o 112.0).</p>	01.0	Codice ASL inviante
		04.0	Tipo movimento
		37.0	Identificativo evento valutazione
		80.0	Identificativo evento prestazione
		103.0	Identificativo evento sospensione
		107.0	Identificativo evento conclusione
		112.0	Identificativo evento prestazione lungoassistenza
N09	<p>Inserimento Evento negato per violazione dell’associazione tra campi chiave e campi vincolati:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e "Tipo movimento" (04.0) = ‘I’:</p> <p>⤴ Evento Prestazione: per il "Codice ASL inviante" (01.0) e il "Codice Cartella Territoriale" (03.1 + 03.2) indicati non deve esistere in archivio un "Codice identificativo evento prestazione" (80.0) a cui sia associata la medesima combinazione di "Data di accesso" (81.0) e "Tipo operatore" (82.0);</p> <p>⤴ Evento Prestazione di lungoassistenza: per il "Codice ASL inviante" e il "Codice Cartella Territoriale" indicati non deve esistere in archivio un "Codice identificativo evento prestazione di lungoassistenza" (112.0) a cui sia associata la medesima "Data inizio erogazione contributo" (113.0).</p> <p>Senza distinzione per tipo di flusso, se "Tipo movimento" = ‘I’:</p> <p>⤴ Evento Valutazione: per il "Codice ASL inviante" e il "Codice Cartella Territoriale" indicati non deve esistere in archivio un "Codice identificativo evento valutazione" (37.0) a cui sia associata la medesima "Data valutazione" (38.0);</p> <p>⤴ Evento Sospensione: per il "Codice ASL inviante" e il "Codice Cartella Territoriale" indicati non deve esistere in</p>	01.0	Codice ASL inviante
		02.0	Tipo flusso
		03.1	Anno Cartella territoriale
		03.2	Progressivo Cartella
		04.0	Tipo movimento
		37.0	Identificativo evento valutazione
		38.0	Data valutazione
		80.0	Identificativo evento prestazione
		81.0	Data di accesso
		82.0	Tipo operatore
		103.0	Identificativo evento sospensione
		104.0	Data inizio sospensione

N10	<p>Sostituzione Evento negata per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati:</p> <p>Se "Tipo flusso" (02.0) = 'DO', "Tipo movimento" (04.0) = 'S':</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Evento Prestazione: per il "Codice ASL inviante" (01.0) e il "Codice Cartella Territoriale" (03.1 + 03.2) indicati non deve esistere in archivio un evento avente medesimo "Codice identificativo evento sospensione" (103.0) ma differente combinazione di "Data di accesso" (81.0) e "Tipo operatore"; ⤴ Evento Prestazione di lungoassistenza: per il "Codice ASL inviante" e il "Codice Cartella Territoriale" indicati non deve esistere in archivio un evento avente medesimo "Codice identificativo evento prestazione di lungoassistenza" (112.0) ma "Data inizio erogazione contributo" (113.0) differente; <p>Senza distinzione per tipo di flusso, se "Tipo movimento" = 'S':</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Evento Valutazione: per il "Codice ASL inviante" e il "Codice Cartella Territoriale" indicati non deve esistere in archivio un evento avente medesimo "Codice identificativo evento valutazione" ma "Data valutazione" (38.0) differente; ⤴ Evento Sospensione: per il "Codice ASL inviante" e il "Codice Cartella Territoriale" indicati non deve esistere in archivio un evento avente medesimo "Codice identificativo evento sospensione" (103.0) ma "Data inizio sospensione" (104.0) differente; ⤴ Evento Conclusioni: per il "Codice ASL inviante" e il "Codice Cartella Territoriale" indicati non deve esistere in archivio un evento avente medesimo "Codice identificativo 	107.0	Identificativo evento conclusione
		108.0	Data conclusione
		112.0	Identificativo evento prestazione lungoassistenza
		113.0	Data inizio erogazione contributo
		01.0	Codice ASL inviante
		02.0	Tipo flusso
		03.1	Anno Cartella territoriale
		03.2	Progressivo Cartella
		04.0	Tipo movimento
		37.0	Identificativo evento valutazione
		38.0	Data valutazione
		80.0	Identificativo evento prestazione
		81.0	Data di accesso
		82.0	Tipo operatore
		103.0	Identificativo evento sospensione
104.0	Data inizio sospensione		
107.0	Identificativo evento conclusione		
108.0	Data conclusione		
112.0	Identificativo evento prestazione lungoassistenza		

	evento conclusione" (107.0) ma "Data conclusione" (108.0) differente e viceversa.	113.0	Data inizio erogazione contributo
		04.0	Tipo movimento
N11	Record non elaborato per cancellazione Data fine sospensione non consentita: <ul style="list-style-type: none"> • Evento sospensione: se "Tipo movimento" (04.0) = "S", la sostituzione dell'evento sospensione non è consentita per le cartelle già concluse (108.0), qualora la nuova "Data fine sospensione" (106.0) non risulti compilata. 	103.0	Identificativo Evento sospensione
		104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione
		108.0	Data conclusione
		04.0	Tipo movimento
N12	Record non elaborato per inserimento evento conclusione non consentito: <ul style="list-style-type: none"> • Evento conclusione: se "Tipo movimento" (04.0) = "I", l'inserimento dell'evento conclusione non è consentito per le cartelle che presentano sospensioni prive della "Data fine sospensione" (106.0). 	106.0	Data fine sospensione
		107.0	Identificativo evento conclusione
		108.0	Data conclusione
N13	Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record: <ul style="list-style-type: none"> • la data inserita (28.0, 38.0, 81.0, 104.0, 106.0, 108.0 o 113.0, 124.0, 130.0, 136.0) non deve essere compresa in un periodo (mese e anno di competenza) per il quale l'acquisizione dei dati risulta cessata, sospesa o non ancora avviata. 	28.0	Data di presa in carico
		38.0	Data valutazione
		81.0	Data di accesso
		104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione
		108.0	Data conclusione
		113.0	Data inizio erogazione contributo
		124.0	Data inizio tariffa

N14	Record non elaborato per variazione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita:	<ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’, “Tipo movimento” (04.0) = ‘C’ o ‘S’ e “Tipologia di cura” (27.0) = 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 o 27, l’operazione non è ammessa se oggetto di cancellazione o sostituzione è una Valutazione in archivio avente “Motivo valutazione” (39.0) = 1 (prima valutazione) 	130.0	Data prestazione ambulatoriale
			136.0	Data decorrenza etichetta
			02.0	Tipo Flusso
			04.0	Tipo Movimento
			27.0	Tipologia di cura
			39.0	Motivo valutazione
N15	Record non elaborato per variazione prima valutazione residenziale sanitaria non consentita:	<ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘CA’ e “Tipo movimento” (04.0) = ‘C’ o ‘S’, l’operazione non è ammessa se oggetto di cancellazione o sostituzione è una Valutazione in archivio avente “Motivo valutazione” (39.0) = 1 (prima valutazione) 	02.0	Tipo Flusso
			04.0	Tipo Movimento
			39.0	Motivo valutazione
N16	Elaborazione Evento etichetta negata:	<ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Data decorrenza etichetta” (136.0) è precedente al 13/05/2020, allora il record non può essere elaborato; Se “Tipo flusso” = ‘RE’ e “Tipo progetto” (26.0) è diverso da 4 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sociosanitaria’), allora il record non può essere elaborato; Se “Tipo flusso” = ‘CA’ e “Tipo progetto” è diverso da 6 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria’), allora il record non può essere elaborato. 	02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipologia di progetto
			136.0	Data decorrenza etichetta
			137.0	Tipo etichetta
			138.0	Progressivo etichetta
S01	Cartella Territoriale e relativi eventi eliminati:	<ul style="list-style-type: none"> ♣ viene segnalata la Cartella Territoriale trasmessa con tipo movimento = ‘C’ che presenta record cancellati in quanto a essa collegati. 	02.0	Tipo

S04	<p>Invio in extracompetenza:</p> <p>▲ vengono segnalati le cartelle e gli eventi inviati oltre il termine del mese di competenza.</p>	NSIS 1923	28.0 38.0 81.0 104.0 106.0 108.0 124.0 127.0 130.0 136.0 140.0	Data presa in carico Data valutazione Data di accesso Data inizio sospensione Data fine sospensione Data conclusione Data inizio tariffa Periodo competenza prestazioni SR Data prestazione ambulatoriale Data decorrenza etichetta Data scadenza etichetta
S05	<p>Congruenza tra Tipologia di cura e Quota utente:</p> <p>▲ vengono segnalati la Cartella territoriale o l'evento Tariffa per i quali, se "Tipologia di cura" (27.0) = 5, 6, o 7 (Progetti residenziali per <i>Locked-in Syndrome</i>, Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale o Sclerosi Multipla), la "Quota utente" (34.2) diversa da 0.00.</p> <p>Il controllo è effettuato sia all'inserimento o alla sostituzione di un Evento Tariffa – "Tipo movimento" (04.0) = 'I' o 'S' sia alla sostituzione di una Cartella territoriale (in tal caso, solo se alla Cartella risulta associato almeno un Evento Tariffa):</p> <ul style="list-style-type: none"> • alla sostituzione di una Cartella – Tipo movimento" = 'S' – l'Evento Tariffa considerato è l'ultimo in ordine di tempo – con "Data inizio tariffa" (124.0) più recente. <p>All'inserimento di una Cartella territoriale – "Tipo movimento" = 'I' –, il controllo non viene effettuato.</p>		04.0 27.0 34.2 124.0	Tipo movimento Tipologia di cura Quota utente Data inizio tariffa

S06	<p>Inattesa compilazione del Codice istituzione TEAM per cittadini non UE, SEE o svizzeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” se il campo “Cittadinanza” (12.0) è compilato con 999 (apolide o assistito che abbia esercitato il diritto all’anonimato) oppure con un codice ISTAT relativo a uno Stato estero (diverso dall’Italia) non membro dell’Unione Europea, dello SEE o della Confederazione Svizzera (CH), vengono segnalate le cartelle per le quali sia stato compilato il campo “Codice istituzione TEAM” (15.0). <p>L’appartenenza all’Unione Europea o allo Spazio Economico Europeo è valutata alla “Data presa in carico” (28.0).</p>		12.0	Cittadinanza
			15.0	Codice istituzione TEAM
			28.0	Data presa in carico
S07	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Codice regionale Presidio e Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale:</p> <p>⚠ se tipo flusso = “RE”, vengono segnalate le cartelle per le quali il “codice regionale Presidio” non risulti associato al “codice STS11” della Struttura residenziale/semiresidenziale alla data di presa in carico (03.1+03.2).</p>		02.0	Tipo flusso
			30.0	Codice STS11 Titolare della struttura
			32.0	Codice regionale Presidio
S08	<p>Mancata compilazione del “Codice istituzione TEAM” per cittadini UE, SEE o svizzeri:</p> <p>⚠ Vengono segnalate le cartelle per le quali non sia stato compilato il campo “Codice istituzione TEAM” (15.0) nonostante il codice inserito nel campo “Cittadinanza” (12.0) includa il codice ISTAT relativo ad uno Stato estero (diverso dall’Italia) membro dell’Unione Europea, dello SEE o della Confederazione Svizzera (CH).</p> <p>L’appartenenza all’Unione Europea o allo Spazio Economico Europeo è valutata alla “Data presa in carico” (28.0).</p>		12.0	Cittadinanza
			15.0	Codice istituzione TEAM
			28.0	Data presa in carico
S09	<p>Codice Ente gestore non verificabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati i record per i quali il codice Ente gestore (33.0), se compilato, non risulta valido alla data di presa in carico (03.1+03.2). 		02.0	Tipo Flusso
			03.1	Anno
			03.2	Progressivo
			33.0	Ente Gestore
S10	<p>Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa:</p>	NSIS 10930	01.0	Codice ASL inviante
			02.0	Tipo flusso

	<ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” = “DO”, vengono segnalati i record ANAG per i quali il campo “Soggetto richiedente” (22.0) è stato valorizzato con “7” (Apertura amministrativa per riassetto territoriale ASL), ma non è presente in archivio un’ultima cartella del medesimo assistito chiusa con “Motivo conclusione” (109.0) = “97” (Chiusura amministrativa per riassetto territoriale ASL) <p>La verifica è effettuata sull’ultima cartella del medesimo assistito identificato attraverso il solo Codice identificativo Assistito (06.0) precedentemente chiusa, indipendentemente dall’ASL inviante (01.0).</p>		03.1	Anno
			03.2	Progressivo
			06.0	Codice identificativo Assistito
			22.0	Soggetto richiedente
			28.0	Data presa in carico
			107.0	Identificativo evento conclusione
			108.0	Data conclusione
			109.0	Motivo conclusione
S11	<p>Apertura amministrativa in presenza di cartelle prive di conclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” = “DO”, vengono segnalati i record ANAG per i quali il campo “Soggetto richiedente” (22.0) è stato valorizzato con “7” (Apertura amministrativa per riassetto territoriale ASL), ma è presente in archivio almeno una cartella del medesimo assistito priva di conclusione. <p>La verifica è effettuata sulle cartelle del medesimo assistito identificato attraverso il solo Codice identificativo Assistito (06.0), indipendentemente dall’ASL inviante (01.0).</p>		01.0	Codice ASL inviante
			02.0	Tipo flusso
			03.1	Anno
			03.2	Progressivo
			06.0	Codice identificativo Assistito
			22.0	Soggetto richiedente
			28.0	Data presa in carico
			107.0	Identificativo evento conclusione
			108.0	Data conclusione
S12	<p>Durata eccessiva della sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” (02.0) = “DO” e il campo “Data fine sospensione” (106.0) è compilato, allora vengono segnalati i record per i quali la differenza in giorni tra “Data fine sospensione” e “Data inizio sospensione” (104.0) è maggiore dei seguenti valori: <ul style="list-style-type: none"> ○ 15 giorni, se “Motivazione sospensione” (105.0) = 		02.0	Tipo flusso
			103.0	Codice identificativo evento sospensione
			104.0	Data inizio sospensione

	<p>“1” (Ricovero temporaneo in ospedale);</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 30 giorni, se “Motivazione sospensione” = “2” (Allontanamento temporaneo); ○ 60 giorni, se “Motivazione sospensione” = “3” (Ricovero temporaneo in struttura residenziale). 	105.0	Motivazione sospensione
		106.0	Data fine sospensione
S13	<p>Chiusura amministrativa domiciliare impropria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se “Tipo flusso” = “DO” e “Motivo conclusione” (109.0) = “12” (Chiusura amministrativa per mancanza di prestazioni), vengono segnalati i record per i quali la differenza in giorni tra la “Data accesso” (81.0) dell’ultima prestazione in archivio e la “Data conclusione” (108.0) è minore di 60 giorni. 	01.0	Codice ASL inviante
		02.0	Tipo flusso
		03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		80.0	Identificativo evento prestazione
		81.0	Data accesso
		82.0	Tipo operatore
		85.0	Tipo prestazione
		107.0	Codice identificativo evento conclusione
		108.0	Data conclusione
		109.0	Motivo conclusione assistenza
S14	<p>Mancata compilazione Codice Reparto di provenienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se “Tipo flusso” (02.0) = “RE” e il campo “Provenienza assistito” (24.0) assume il valore “4”, “11”, “15” o “16” (Struttura ospedaliera o Casa di cura), vengono segnalati i record per i quali il campo “Codice Reparto di provenienza” (117.0) non risulta compilato; • Se “Tipo flusso” (02.0) = “CA” e il campo “Provenienza assistito” (24.0) assume il valore “15” o “16” (Struttura ospedaliera di altra Regione o Casa di cura di altra Regione), vengono segnalati i record per i quali il campo “Codice Reparto di provenienza” (117.0) non risulta compilato. 	02.0	Tipo flusso
		24.0	Provenienza assistito
		117.0	Codice reparto di provenienza

S15	<p>Mancata compilazione Codice Struttura di destinazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se Tipo flusso (02.0) = “RE” e “Motivo conclusione” (109.0) = “3” o “4” (Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti o Dimissione ad altra tipologia di residenza), vengono segnalati i record per i quali il campo “Codice Struttura di destinazione” (119.0) non risulta compilato. 	02.0	Tipo flusso
		109.0	Motivo conclusione
		119.0	Codice Struttura di destinazione
S16	<p>Mancata compilazione Codice Struttura di provenienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se “Tipo flusso” (02.0) = “RE” o “CA” e il campo “Provenienza assistito” (24.0) assume il valore “15” o “16” (Struttura ospedaliera di altra Regione o Casa di cura di altra Regione), vengono segnalati i record per i quali il campo “Codice Struttura di provenienza” (25.0) non risulta compilato 	02.0	Tipo flusso
		24.0	Provenienza assistito
		25.0	Codice struttura di provenienza
S17	<p>Mancata compilazione Matricola Unità Produttiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vengono segnalati i record per i quali il campo “Matricola Unità Produttiva” (31.0) risulta compilato con 999999. 	31.0	Matricola Unità Produttiva
S18	<p>Congruenza tra Codice identificativo Assistito e Codice istituzione TEAM</p> <ul style="list-style-type: none"> Vengono segnalate le cartelle per le quali risulta compilato il campo “Codice istituzione TEAM” (15.0) nonostante il campo “Codice identificativo Assistito” (06.0) sia compilato con venti lettere ‘X’, con un codice STP oppure con un codice ENI. 	06.0	Codice identificativo Assistito
		15.0	Codice istituzione TEAM
S19	<p>Mancata rilevazione Codice identificativo Assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vengono segnalate le cartelle per le quali il campo “Codice identificativo Assistito” (06.0) risulta compilato con venti lettere ‘X’ 	06.0	Codice identificativo Assistito
S20	<p>Incongruenza tra Tipologia di cura e Quota SSR:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘CA’, vengono segnalate le cartelle per le quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipologia di cura” (27.0) = 1 (CAVS) e “Complessità clinico-assistenziale” (120.0) = 1 (alta), la “Quota SSR” (34.1) sia diversa da 130.00; se “Tipologia di cura” = 1 e “Complessità clinico-assistenziale” = 2 (moderata), la “Quota SSR” sia diversa da 120.00; se “Tipologia di cura” = 2 (CAVS con pacchetto riabilitativo) e “Complessità clinico-assistenziale” = 1, la 	02.0	Tipo flusso
		04.0	Tipo movimento
		27.0	Tipologia di cura

	<p>“Quota SSR” sia diversa da 150.00;</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipologia di cura” = 2 e “Complessità clinico-assistenziale” = 2, la “Quota SSR” sia maggiore di 140.00. <p>Il controllo è effettuato alla sostituzione di una Cartella territoriale – “Tipo movimento” (04.0) = ‘S’ – e solo se alla Cartella risultano associati almeno un Evento Valutazione e un Evento Tariffa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la “Complessità clinico-assistenziale” considerata è quella dell’ultimo Evento Valutazione in ordine di tempo – con “Data valutazione” (38.0) più recente; • la “Quota SSR” considerata è quella dell’ultimo Evento Tariffa in ordine di tempo – con “Data inizio tariffa” (124.0) più recente. <p>All’inserimento di una Cartella territoriale – “Tipo movimento” = ‘I’ – il controllo non viene effettuato.</p>		34.1	Quota SSR
			38.0	Data valutazione
			120.0	Complessità clinico-assistenziale
			124.0	Data inizio tariffa
S21	<p>Incongruenza tra Complessità clinico-assistenziale e Quota SSR:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘CA’, vengono segnalati gli Eventi Valutazione per i quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipologia di cura” (27.0) = 1 (CAVS) e “Complessità clinico-assistenziale” (120.0) = 1 (alta), la “Quota SSR” (34.1) sia diversa da 130.00; • se “Tipologia di cura” = 1 e “Complessità clinico-assistenziale” = 2 (moderata), la “Quota SSR” sia diversa da 120.00; • se “Tipologia di cura” = 2 (CAVS con pacchetto riabilitativo) e “Complessità clinico-assistenziale” = 1, la “Quota SSR” sia diversa da 150.00; • se “Tipologia di cura” = 2 e “Complessità clinico-assistenziale” = 2, la “Quota SSR” sia maggiore di 140.00. <p>Il controllo è effettuato all’inserimento o alla sostituzione di un Evento Valutazione – “Tipo movimento” = ‘I’ o ‘S’ – e solo se alla relativa Cartella territoriale risulti già associato almeno un Evento Tariffa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la “Quota SSR” considerata è quella dell’ultimo Evento Tariffa in ordine di tempo la cui “Data inizio tariffa” (124.0) sia maggiore o uguale alla “Data valutazione” (38.0); 		02.0	Tipo flusso
			04.0	Tipo movimento
			27.0	Tipologia di cura
			34.1	Quota SSR
			38.0	Data valutazione
			120.0	Complessità clinico-assistenziale

	<ul style="list-style-type: none"> • qualora non sia presente in archivio alcun Evento Tariffa la cui “Data inizio tariffa” sia maggiore o uguale alla “Data valutazione”, allora la “Quota SSR” considerata è quella dell’ultimo Evento Tariffa in ordine di tempo avente “Data inizio tariffa” minore della “Data valutazione”. 	124.0	Data inizio tariffa
--	--	-------	---------------------

S22	<p>Codice ENI formalmente errato:</p> <ul style="list-style-type: none"> se il campo “Codice identificativo Assistito” (06.0) è compilato con un codice ENI (sigla ENI + 13 numeri a seguire), vengono segnalate le cartelle per le quali le prime tre cifre del codice che seguono la sigla ENI non corrispondono al codice ISTAT di una Regione italiana. <p>La segnalazione è rilevante esclusivamente per i codici ENI non rilasciati da ASL della Regione Piemonte (i codici ENI rilasciati da ASL della Regione Piemonte privi di riscontro nella relativa Anagrafe regionale sono oggetto di controllo OBVA scartante).</p>	06.0	Codice identificativo assistito
S23	<p>Codice ENI non rilasciato da ASL della Regione Piemonte:</p> <ul style="list-style-type: none"> se il campo “Codice identificativo Assistito” (06.0) è compilato con un codice ENI (sigla ENI + 13 numeri a seguire), vengono segnalate le cartelle per le quali le prime tre cifre del codice che seguono la sigla ENI sono diverse da 010. 	06.0	Codice identificativo assistito
S24	<p>Inattesa causa di decesso per assistito con prevalente patologia oncologica:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Motivo conclusione” (109.0) è uguale a 15 o 17 (decesso per altra causa), il record evento Conclusione viene segnalato qualora alla relativa cartella risulti associata un’ultima valutazione in ordine di tempo con “Patologia prevalente” (41.0) compresa tra 140.* e 208.* (ove con * si intende qualsiasi valore che segua il punto - includendo anche i due valori 140 e 208) [D79]. <p>Se alla cartella alla quale l’evento Conclusione afferisce non risulta associata alcuna valutazione, il controllo non è effettuato.</p>	02.0	Tipo flusso
		41.0	Patologia prevalente
S25	<p>Mancata attribuzione dello stato di terminalità oncologica per deceduto a causa di tumore:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Motivo conclusione” (109.0) è uguale a 14 o 16 (decesso per causa di tumore), il record evento Conclusione viene segnalato qualora per la relativa cartella il campo “Assistito in stato terminale oncologico” (69.0) risulti uguale a 2 (bisogno assente) [D79]. 	02.0	Tipo flusso
		69.0	Assistito in stato terminale oncologico
S26	<p>Mancata indicazione della patologia oncologica prevalente per assistito in stato di terminalità oncologica:</p>	02.0	Tipo flusso
		109.0	Motivo conclusione

	<ul style="list-style-type: none"> se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Assistito in stato terminale oncologico” (69.0) è uguale a 1 (bisogno presente), il record Valutazione viene segnalato se “Patologia prevalente” (41.0) non è compresa tra 140.* e 208.* (ove con * si intende qualsiasi valore che segua il punto – considerando nell’esclusione anche i due valori 140 e 208) [D79]. 	41.0	Patologia prevalente
		69.0	Assistito in stato terminale oncologico
S27	<p>Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota SSR:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Modalità finanziamento” (102.0) = 1 (autonomo finanziatore), il record evento Tariffa viene segnalato se “Quota SSR” (34.1) è maggiore di zero; se “Modalità finanziamento” = 4 (a carico totale del SSR), il record evento Tariffa viene segnalato se “Quota SSR” è uguale a zero. 	02.0	Tipo flusso
		34.1	Quota SSR
		102.0	Modalità finanziamento
S28	<p>Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota utente:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Modalità finanziamento” (102.0) = 1 (autonomo finanziatore) o 2 (a carico totale o parziale dei familiari), il record evento Tariffa viene segnalato se “Quota utente” (34.2) è uguale a zero; se “Modalità finanziamento” = 4 (a carico del SSR), il record evento Tariffa viene segnalato se “Quota utente” è maggiore di zero. 	02.0	Tipo flusso
		34.2	Quota utente
		102.0	Modalità finanziamento
S29	<p>Incongruenza tra Modalità finanziamento e Quota Comune/Ente Gestore:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Modalità finanziamento” (102.0) = 1 (autonomo finanziatore) o 4 (a carico totale del SSR), il record evento Tariffa viene segnalato se “Quota Comune/Ente gestore” (34.3) è maggiore di zero; se “Modalità finanziamento” = 3 (a carico totale o parziale del Comune/Ente gestore), il record evento Tariffa viene segnalato se “Quota Comune/Ente gestore” (34.3) è uguale a zero. 	02.0	Tipo flusso
		34.3	Quota Comune/Ente gestore
		102.0	Modalità finanziamento