

Codice A1416C

D.D. 25 maggio 2021, n. 762

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 762/A1416C/2021

DEL 25/05/2021

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, n. 139 del 1° febbraio 2021 sono stati approvati gli aggiornamenti della documentazione tecnica di cui alla succitata deliberazione.

Ritenuto di approvare le variazioni ai flussi informativi sanitari alla luce dell'aggiornamento della versione italiana dell'ICD-9-CM, dell'emanazione della DGR n. 23-3080 del 9/04/2021 “Emergenza COVID-19. Approvazione misure relative a percorsi temporanei protetti di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi dall'Ospedale verso assistenza domiciliare in RSA. Approvazione percorsi per assistenza erogata in RSA o p.l. CAVS all'interno

delle RSA ex D.G.R. n. 2 2254/2020” e della nota prot. n. 15330/A1400A del 23 aprile 2021 “Approvazione aggiornamento ‘Disciplinare regionale STER FAR-CAVS/SIAD’ versione V16 e richiesta di conseguente adeguamento applicativo”, che hanno confermato la necessità delle modifiche come di seguito riportato.

FLUSSO “C2”:

In coerenza al D.M. 17 dicembre 2008

- Introdotta nuovo controllo LG8 – Congruenza tra modalità dimissione e data/ora di indicazione al ricovero/dimissione.

Le modifiche elencate entreranno in vigore a partire dalle elaborazioni del 15 maggio 2021.

FLUSSO “STER” (FAR-CAVS/SIAD):

- Aggiornato paragrafo “Codifica ICD-9-CM della patologia per malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)” in seguito all’integrazione della Classificazione internazionale delle malattie, dei traumatismi e degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, versione italiana 2007 della *International Classification of Diseases - 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM)*.

TRACCIATO FAR:

- aggiunta voce 7 = “N.O.C.C.” ai valori ammessi dal campo 22.0 – Tipo soggetto richiedente;
- aggiunta etichetta di Presa in Carico 5 = "PIC residenziale temporanea sociosanitaria in continuità assistenziale (DGR n. 23-3080/2021)" (campo 139.0);
- modificato il controllo L105, affinché la nuova etichetta 5 presenti Data di decorrenza maggiore o uguale al 9/04/2021;
- modificato controllo L98, affinché le etichette di Presa in Carico temporanea siano selezionabili solo per il Tipo progetto = 4 "Assistenza Residenziale Temporanea Sociosanitaria";
- aggiunto il controllo L111 per verificare che la selezione della struttura di provenienza assistito sia coerente con l’etichetta assegnata alla Presa in Carico;
- aggiunto il controllo L112 per verificare che la selezione del tipo di soggetto richiedente sia coerente con l’etichetta assegnata alla Presa in Carico;
- modificato il controllo N14 per consentire l’adeguato aggiornamento del tipo di prestazione ministeriale associato alla Presa in Carico;
- aggiunto il controllo N17 per garantire l’adeguata associazione del tipo di prestazione ministeriale alla Presa in Carico;
- modificata la segnalazione S27, affinché si attivi alla rilevazione di eventuale incoerente valorizzazione della quota di tariffa a carico del SSR.

TRACCIATO CAVS:

- aggiunta voce 7 = “N.O.C.C.” ai valori ammessi dal campo 22.0 – Tipo soggetto richiedente;
- aggiunta etichetta di Presa in Carico 5 = "PIC residenziale temporanea sanitaria in continuità assistenziale (DGR n. 23-3080/2021)" (campo 139.0);
- modificato il controllo L105, affinché la nuova etichetta 5 presenti Data di decorrenza maggiore o uguale al 9/04/2021;
- aggiunto il controllo L111 per verificare che la selezione della struttura di provenienza assistito sia coerente con l’etichetta assegnata alla Presa in Carico;
- aggiunto il controllo L112 per verificare che la selezione del tipo di soggetto richiedente sia coerente con l’etichetta assegnata alla Presa in Carico;
- modificato il controllo N15 per consentire l’adeguato aggiornamento del tipo di prestazione ministeriale associato alla Presa in Carico;

- aggiunto il controllo N18 per garantire l'adeguata associazione del tipo di prestazione ministeriale alla Presa in Carico.

TRACCIATO SIAD:

- aggiunta nuova Tipologia di cura 16 = "Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR 23-3080/2021)" (campo 27.0);
- modificato il controllo L45, affinché le PIC di Tipologia di cura = 16 risultino inserite dal NDCC (attraverso verifica dell'associazione dello specifico Codice di attività 2.07.46 alla Matricola di Unità Produttiva);
- aggiunte tre nuove etichette di Presa in Carico (campo 139.0):
2 = Assistenza domiciliare di primo livello in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR n. 23-3080/2021);
3 = Assistenza domiciliare di secondo livello in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR n. 23-3080/2021);
4 = Assistenza domiciliare di terzo livello in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR n. 23-3080/2021);
- modificato il controllo L100, affinché le tre nuove etichette di Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR n. 23-3080/2021) siano selezionabili per le sole PIC con Tipologia di cura = 16;
- modificato il controllo L105, affinché le tre nuove etichette di Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR n. 23-3080/2021) presentino Data di decorrenza maggiore o uguale al 9/04/2021;
- aggiunto il controllo L111 per verificare che la selezione della struttura di provenienza assistito sia coerente con l'etichetta assegnata alla Presa in Carico;
- aggiunto il controllo L112 per verificare che la selezione del tipo di soggetto richiedente sia coerente con l'etichetta assegnata alla Presa in Carico;
- aggiunto campo 141.0 - "Punteggio BRASS" al tracciato di Presa in Carico;
- aggiunto campo 142.0 - "Redazione PAI" al tracciato di Presa in Carico;
- aggiunto campo 143.0 - "Codice Struttura erogante l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale" per rilevare il Codice STS11 della RSA erogante l'Assistenza domiciliare in Continuità assistenziale;
- aggiunti controlli L108, L109, L110 che ammettono la compilazione (obbligatoria) dei rispettivi campi 141.0, 142.0, 143.0 per la sola Tipologia di cura = 16.

Le modifiche elencate entreranno in vigore con applicazione a ogni record inviato ai flussi FAR, CAVS e SIAD dal 24 maggio 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:

- Visto il D.lgs n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.;
- Vista la L.R. n. 18 del 6 agosto 2007;
- Visto l'art. 18 della L.R. n. 23 del 28 luglio 2008;

- Visto il Decreto del Ministero della Salute del 15 ottobre 2010 di istituzione del Sistema Informativo per la Salute Mentale;
- Vista la DGR n. 76-2985 del 28 novembre 2011;
- Vista la DGR n. 19-5226 del 16 gennaio 2013;
- Vista la DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013;
- Vista la DD n. 460 del 15 maggio 2014;
- Vista la DD n. 51 del 24 dicembre 2014;
- Vista la DD n. 416 del 3 luglio 2015;
- Vista la DD n. 417 del 19 luglio 2016;
- Vista la DD n. 543 del 15 settembre 2016;
- Vista la DD n. 885 del 23 dicembre 2016;
- Vista la DD n. 264 del 26 aprile 2018;
- Vista la DD n. 323 del 17 maggio 2018;
- Vista la DD n. 517 del 3 agosto 2018;
- Vista la DD n. 925 del 21 dicembre 2018;
- Vista la DD n. 586 del 29 luglio 2019;
- Vista la DD n. 945 del 20 dicembre 2019;
- Vista la DD n. 647 del 30 giugno 2020;
- Vista la DD n. 801 del 3 agosto 2020,
- Vista la DD n. 1531 del 7 dicembre 2020,
- Vista la DD n. 139 del 1° febbraio 2021,

determina

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

- approvare i documenti
 “Disciplinare tecnico Flusso informativo Specialistica ambulatoriale e altre prestazioni: B, C, C2, C4, C5 per le strutture pubbliche”
 “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
dott.ssa 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. STER_FAR-CAVS_SIAD-V16-DisciplinareFlussi_-_Allegato_2.pdf
2. DISCIPLINARE_TECNICO_PREST_PUBB_(05_2021)_-_Allegato_1.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

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.....	17
OBIETTIVI.....	17
STRUTTURA DEL DOCUMENTO.....	17
GENERALITÀ.....	18
ACRONIMI, SIGLE E ABBREVIAZIONI.....	18
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	21
CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	30
REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE.....	36
SISTEMA DEI CONTROLLI.....	38
CALENDARIO DEGLI INVII.....	39
ALLEGATI.....	40
TRACCIATI RECORD.....	40
LE SCHEDE ANALITICHE.....	61
COMBINAZIONI AMMESSE PER I CAMPI RELATIVI ALLA RESIDENZA ANAGRAFICA.....	254
Codifica ICD-9-CM della patologia per malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19).....	256
Codifica ICD-9-CM della patologia per la definizione dei casi di Demenza.....	257
TABELLA DEI CONTROLLI LOGICO-NORMATIVI.....	259

CRONOLOGIA VARIAZIONI

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V16	23/04/2021	- Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi in seguito all'aggiornamento della versione italiana dell'ICD-9-CM e alla pubblicazione di provvedimento regionale urgente per la gestione dell'Emergenza COVID-19 (DGR n. 23-3080 del 9/04/2021), che ha indotto il repentino aggiornamento del Disciplinare per consentire il tempestivo avvio delle relative rilevazioni; - Aggiornato paragrafo <i>Articolazione della Struttura di erogazione</i>

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>(aggiunta nuova Tipologia di cura domiciliare e relativo Codice di attività);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornato Tracciato “Anagrafico e di presa in carico” (aggiunti campi DOM 141.0, 142.0, 143.0); - Campo 02.0: aggiunti controlli L108, L109, L110, L111, L112, N17, N18; - Campi 04.0, 39.0: aggiunti controlli N17, N18; - Campo 22.0: aggiornati valori ammessi e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunto controllo L112; - Campo 24.0: aggiunto controllo L111; - Campo 26.0: aggiunti controlli L108, L109, L110; - Campo 27.0: aggiornati valori ammessi e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni (aggiunta voce 16 DOM), aggiunti controlli L108, L109, L110, N17; - Campi 41.0, 42.1: aggiunto controllo N14; - Campi 94.0, 95.0, 96.0, 97.0, 98.0, 99.0: aggiunto controllo N15; - Campo 137.0: aggiunti controlli L111, L112; - Campo 139.0: aggiornati valori ammessi e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunti controlli L111, L112; - Campi 141.0, 142.0, 143.0: nuovo inserimento nel tracciato ANAG DOM; - Aggiornato paragrafo <i>Codifica ICD-9-CM della patologia per malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)</i> in seguito all’integrazione della <i>Classificazione internazionale delle malattie, dei traumatismi e degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche</i>, versione italiana 2007 della <i>International Classification of Diseases - 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM)</i>; - Controlli N14, N15: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli N17, N18: nuovo inserimento; - Controlli L45, L98, L100, L105: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L108, L109, L110, L111, L112: nuovo inserimento; - Segnalazione S27: aggiornate condizioni di attivazione.
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).

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - 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 repentino aggiornamento del Disciplinare per consentire il tempestivo avvio delle rilevazioni inerenti a prese in carico domiciliari temporanee di assistiti positivi; - 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.
V12	03/04/2020	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni; - 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

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>2020), che hanno indotto il repentino aggiornamento del Disciplinare per consentire il tempestivo avvio delle relative rilevazioni;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati definizione dell'oggetto di rilevazione dei flussi informativi residenziali nella sezione <i>Contesto di riferimento</i>; - 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>; - 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); - 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); - Campi 03.1, 03.2: ovviato a mancata citazione Controlli applicati (aggiunto controllo N10); - Campi 23.1: aggiunto controllo L92; - Campo 24.0: aggiornati valori ammessi CAVS e relativa legenda codici FAR e CAVS in Osservazioni e precisazioni; - Campo 26.0: aggiunti nuovi controlli L98, L99, L100, N16; - Campo 27.0: aggiunti nuovi controlli L92, L100; - Campo 28.0: aggiunti nuovi controlli L93, L99, L102; ovviato a mancata citazione Controlli applicati (aggiunti controllo L45, segnalazione S04); - Campo 31.0: aggiunto nuovo controllo L99; - Campi 34.1, 41.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - 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); - Campi 38.0, 81.0, 104.0, 106.0, 108.0, 124.0, 127.0: ovviato a mancata citazione Controlli applicati (aggiunta segnalazione S04); - Campo 108.0: aggiunti nuovi controlli L94, L95, L103, L104; - 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;

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - 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 sociosanitaria; aggiunto controllo N14; - 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.
V10	01/02/2019	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati riferimenti normativi; - Campo 01.0: rimossi controlli ridondanti L69, L70, L71, L72, L73; - Campo 02.0: rimossi controlli ridondanti L69, L70, L71, L72, L73,

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>aggiunto controllo L91, aggiunte segnalazioni S20, S21;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 04.0: aggiunti controlli L62, L63, aggiunte segnalazioni S05, S20, S21; - Campi 26.0, 131.0, 132.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 27.0, aggiunte segnalazioni S20, S21, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 28.0 aggiunto controllo L86, aggiunte segnalazioni S06, S08; - Campi 34.1, 120.0: aggiunte segnalazioni S20, S21; - Campo 37.0: rimosso controllo ridondante L69, aggiunto controllo L91; - Campo 38.0: aggiunti controllo L62, L91, aggiunte segnalazioni S20, S21; - Campo 39.0: aggiunto controllo L62 - Campo 80.0: rimosso controllo ridondante L70; - Campo 103.0: rimosso controllo ridondante L72; - Campo 107.0: rimosso controllo ridondante L73; - Campo 112.0: rimosso controllo ridondante L71; - Campo 124.0: aggiunti controlli L62, L91, aggiunte segnalazioni S05, S20, S21; - Controlli L23, L45: aggiornati valori oggetto del controllo; - Controlli L62, L63: specificate modalità di applicazione del controllo; - Controlli L69, L70, L71, L72, L73: controlli rimossi (già effettuati nell'ambito dei controlli OBVA); - Controllo L86: specificata data di valutazione dell'appartenenza all'UE o allo SEE; - Controllo L91: nuovo inserimento; - Segnalazione S05: specificate modalità di applicazione del controllo, estesa applicazione a campi 04.0 e 124.0; - Segnalazioni S06, S08: specificata data di valutazione dell'appartenenza all'UE o allo SEE, estesa applicazione a campo 28.0; - Segnalazioni S20, S21: nuovo inserimento.
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 Regolamento UE 2016/679 (c.d. GDPR); - 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);

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>semiresidenziale, valori ammessi, tabelle di riferimento, Osservazioni e precisazioni;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, L81, L82, L83, L84, L85, L86, L89, N13: nuovo inserimento; - Segnalazione S05: aggiornate condizioni di attivazione; - Segnalazioni S06, S08: migliorata descrizione delle condizioni di attivazione; - Segnalazioni S18, S19: nuovo inserimento.
V08	15/12/16	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata prima di copertina; - Aggiornata lista acronimi, sigle e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi e relativo ordinamento cronologico; - Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali: corretti refusi riferimenti normativi elenco Tipologie <i>setting</i> di cura; - Regole generali di compilazione: aggiornato titolo paragrafo Condizioni di obbligatorietà dei campi; - Allegati: aggiornati titolo paragrafo Condizioni di obbligatorietà e

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>descrizione tipo campo ‘non rilevante’;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tracciati ANAG, RES, CAVS: inserita nota a piè di pagina campo chiave Tipo flusso (02.0); - Tracciato DOM: aggiornate descrizioni sezioni Evento Prestazione ed Evento Prestazione di Lungoassistenza e Interventi economici; - Schede analitiche: migliorate descrizioni intestazioni/sezioni schede elencate in premessa; - Campo 02.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni, esplicitata applicazione controllo L20, aggiunti nuovi controlli L66, L67, L68, aggiunta nuova segnalazione S16; - Campi 06.0, 13.0, 14.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 22.0: aggiornata lista valori ammessi CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunto nuovo controllo L66; - Campo 23.1: aggiornata lista valori ammessi CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunto nuovo controllo L67; - Campo 24.0: aggiornate liste valori ammessi RES e CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunta nuova segnalazione S16; - Campo 25.0: aggiunta nuova segnalazione S16; - Campo 27.0: corretti refusi riferimenti normativi legenda codici Assistenza domiciliare in Osservazioni e precisazioni; - Campo 28.0: aggiunti nuovi controllo L66, L67, L68; - Campo 31.0: aggiunta nuova segnalazione S17, aggiornate Osservazioni e precisazioni; - Campo 41.0: aggiornata descrizione campo; - Campo 85.0: aggiornate lista valori ammessi e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni; - Campo 109.0: aggiornate lista valori ammessi RES e CAVS e relativa legenda codici in Osservazioni e precisazioni, aggiunto nuovo controllo L68; - Aggiornata tabella Combinazioni ammesse per i campi relativi alla residenza anagrafica; - 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.
V07	18/08/16	<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;

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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;

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - 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 campo 27.0; - 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

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>Osservazioni e precisazioni;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - Controlli L56, L57: nuovo inserimento; - Segnalazioni S06, S07: nuovo inserimento.
V03	20/12/13	<ul style="list-style-type: none"> - 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;

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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;

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - 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 56-13192/2009)); - 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

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>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));</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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;
		Versione iniziale del documento.

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
NDCC	= Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure
NOCC	= Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure
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”.
- [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

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

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.
- [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.

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>)

- [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.”

- [D81] – **DM MdS 28 ottobre 2020** “Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008.” pubblicato nella G.U. Serie Generale n. 26 del 1° febbraio 2021.
- [D82] – **D.D. n. 139/A1416C del 1° febbraio 2021** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.”
- [D83] – **D.G.R. n. 23-3080 del 9 aprile 2021** “Emergenza COVID-19. Approvazione misure relative a percorsi temporanei protetti di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi dall’Ospedale verso assistenza domiciliare in RSA. Approvazione percorsi per assistenza erogata in RSA o p.l. CAVS all’interno delle RSA ex D.G.R. n. 2-2254/2020.”

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]
		16 = Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR 23-3080/2021) [D83]
		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 sociosanitario	1 = Centri Diurni
		2 = Centri Diurni Alzheimer (CDAA, CDAI)
	3 = Residenziale sociosanitario	1 = Progetto intensità bassa
		14 = Progetto intensità medio-bassa
		2 = Progetto intensità media
		3 = Progetto intensità medio-alta
	4 = Residenziale temporaneo sociosanitario	4 = Progetto intensità alta
		5 = Progetto intensità alta incrementata
		6 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza in 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

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

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

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);
- 2.07.46: Attività Nucleo Distrettuale Continuità delle Cure (da utilizzare per tipologia di cura "Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA")

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
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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	CAVS	NSIS
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; Ass. residenziale/semiresidenziale e continuità assistenziale: indica la motivazione alla base della richiesta di inserimento del Soggetto all'interno della Struttura.	OBB	CON	CON	NS
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

6 RP per tracciato DOM

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	CAVS	NSIS
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
141.0	Punteggio BRASS	AN	2	Punteggio dell'indice di BRASS determinato dal NOCC di attivazione dell'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale	CON	NR	NR	RP
142.0	Redazione PAI	AN	1	Indica l'avvenuta redazione del PAI per l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale	CON	NR	NR	RP
Struttura di erogazione								
29.0	Azienda erogante	AN	3	Ass. domiciliare: identifica l'ASL che eroga il servizio di cure domiciliari; Ass. residenziale/semiresidenziale e continuità assistenziale: identifica l'ASL o l'AO ove si trova la Struttura.	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
30.0	Codice STS11 Titolare della Struttura	AN	6	Codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale Titolare (Anagrafe delle Strutture).	NR	OBB	OBB	NS
143.0	Codice Struttura erogante l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale	AN	6	Codice STS11 della RSA erogante l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale	CON	NR	NR	RP
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)
- Data presa in carico¹² (28.0)

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 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

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)

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	NSIS
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 ICD-9-CM della patologia prevalente nel determinare l’attivazione dell’assistenza.	CON	NS
42.0	Patologie concomitanti			Codice ICD-9-CM della/e patologia/e concomitante/i.		
42.1	Patologia concomitante 1	AN	5		CON	NS
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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
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
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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
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
<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 (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)						
112.0	Identificativo Evento Prestazione di lungoassistenza	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento.	OBB	RP

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
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
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)
- 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.

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

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
39.0	Motivazione valutazione	AN	1	Codice motivazione valutazione.	OBB	NS
111.0	Soggetto valutatore					

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	RES	NSIS
111.1	Soggetto valutatore	AN	2	Soggetto che ha svolto la valutazione.	OBB	RP
41.0	Patologia prevalente	AN	5	Codice ICD-9-CM della patologia prevalente nel determinare l'attivazione dell'assistenza.	OBB	RP
42.0	Patologie concomitanti			Codice ICD-9-CM 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
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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	RES	NSIS
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)

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.

- 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.

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
41.0	Patologia prevalente	AN	5	Codice ICD-9-CM della patologia prevalente nel determinare l'attivazione dell'assistenza.	OBB	RP
42.0	Patologie concomitanti			Codice ICD-9-CM della/e patologia/e		

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	CAVS	NSIS
				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 richiesta	AN	6	Codice STS.11 identificativo della struttura di prima richiesta della prestazione	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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	CAVS	NSIS
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)

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.

- 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.

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 rifo	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 *alfabetico*, *alfanumerico* o *numerico*. 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.

L96 – Congruenza tra Tipo flusso e Tipo 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.

L107 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Modalità finanziamento.

L108 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Punteggio BRASS.

L109 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Redazione PAI.

L110 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Struttura erogante l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale.

L111 – Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo Etichetta, Contenuto etichetta e Provenienza assistito.

N01 – Cancellazione record negata per chiave non trovata.

N02 – Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato.

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.

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 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 sostituzione prima valutazione residenziale sociosociosanitaria non consentita.

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

N16 – Elaborazione Evento Etichetta negata.

N17 – Record non elaborato per cancellazione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita.

N18 – Record non elaborato per cancellazione prima valutazione residenziale sanitaria non consentita.

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.
- 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.
- 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

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.

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
<p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: N</p> <p>VALORI AMMESSI: da 1 a 99999999</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>

CONTROLLI APPLICATI
<p>L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale.</p> <p>L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.</p> <p>L23 – Congruenza tra Provenienza e Struttura di provenienza.</p> <p>L37 - Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente.</p> <p>L46 - Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione</p> <p>L49 - Evento di prima valutazione già presente</p> <p>L51 - Evento valutazione con stessa data</p> <p>L52 - Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva</p> <p>L55³⁵ – Congruenza tra Ente gestore e Data di Presa in Carico</p> <p>N01 – Cancellazione record negata per chiave non trovata.</p> <p>N02 – Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato.</p> <p>N03 – Elaborazione Evento negata per chiave Cartella territoriale non trovata.</p> <p>N04 – Elaborazione Cartella territoriale negata per chiave duplicata.</p> <p>N05 – Elaborazione Evento negata per chiave duplicata.</p> <p>N06 – Inserimento Cartella territoriale negato per violazione dell'associazione tra campi chiave e campi vincolati.</p>

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.

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 sostituzione prima valutazione residenziale sociosociosanitaria non consentita.

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

N17 – Record non elaborato per cancellazione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita.

N18 – Record non elaborato per cancellazione 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:

“I” – 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) + 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

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

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

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.

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 GGMMAAAA.

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 effettivamente disponibile.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB/CON ⁴⁰	Codice Istituzione TEAM	15.0

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

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.

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:

- 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.

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

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, 7

Tracciato CAVS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 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.

L112 – Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo Etichetta, Contenuto etichetta e Tipo soggetto richiedente.

S10 – Apertura amministrativa in assenza di precedente chiusura amministrativa.

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

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

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
- 7 = N.O.C.C.

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
- 7 = N.O.C.C.
- 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/CON⁴³
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.

⁴³ OBB per tracciato ANAG-DOM, CON per tracciati ANAG-RES e ANAG-CAVS.

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

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
<p>LUNGHEZZA: 2</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: Tracciato DOM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI
<p>L22 - Congruenza fra tipo flusso e motivazione della richiesta.</p> <p>L48 - Congruenza tra codici motivazione della richiesta.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>Assistenza Domiciliare:</p> <p>1 = Medicazioni</p> <p>2 = Terapia iniettiva</p> <p>3 = Terapia infusione</p> <p>4 = Prelievi ricorrenti</p> <p>5 = Cateterismo vescicale</p> <p>6 = Esami strumentali (ECG/HGT)</p> <p>7 = Gestione catetere venoso centrale</p> <p>8 = Terapia antalgica</p> <p>9 = Addestramento</p> <p>10 = Sorveglianza infermieristica</p>

- 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 infusioneale
- 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/CON ⁴⁴	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.

L111 – Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo Etichetta, Contenuto etichetta e Provenienza assistito.

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

8 = CAVS

9 = Altro

⁴⁴ OBB per tracciato ANAG-DOM, CON per tracciati ANAG-RES e ANAG-CAVS.

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:	25.0
		Codice Struttura di provenienza	

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.

L108 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Punteggio BRASS.

L109 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Redazione PAI.

L110 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Struttura erogante l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale.

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, 16
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.
L108 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Punteggio BRASS.
L109 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Redazione PAI.
L110 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Struttura erogante l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale.

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.

N17 – Record non elaborato per cancellazione 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 15-7336/2002)

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)

16 = Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR 23-3080/2021)
[D83]

Assistenza semiresidenziale sociosanitaria:

1= Progetti in Centri Diurni

2= Progetti in Centri Diurni Alzheimer (CDAA, 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 sui 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 sui 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 sostituzione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita.

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

N17 – Record non elaborato per cancellazione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita.

N18 – Record non elaborato per cancellazione 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 ICD-9-CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-9-CM 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.

N14 – Record non elaborato per sostituzione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita.

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
<p>LUNGHEZZA: 5</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM oppure 000.</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Salute in vigore.</p>

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.
- N14 – Record non elaborato per sostituzione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita.

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 ICD-9-CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-9-CM 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 ICD-9-CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-9-CM 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 ICD-9-CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-9-CM 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 ICD-9-CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-9-CM 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
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1-2</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI
<p>L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.</p> <p>L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = bisogno presente</p> <p>2 = bisogno assente.</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Tracheostomia	52.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la presenza del bisogno.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1-2</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI
<p>L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.</p> <p>L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = bisogno presente</p> <p>2 = bisogno assente.</p>

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
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1-2</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI
<p>L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.</p> <p>L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = bisogno presente</p> <p>2 = bisogno assente.</p>

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
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1-2</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI
<p>L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.</p> <p>L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = bisogno presente</p> <p>2 = bisogno assente.</p>

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

48 v. nota 6

- 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

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
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1-3</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI
L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = si sposta da solo (eventualmente con ausili)</p> <p>2 = si sposta assistito</p> <p>3 = non si sposta</p>

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
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1 - 3</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI
L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = assenti/lievi</p> <p>2 = moderati</p> <p>3 = gravi</p>

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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

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
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1- 2</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI
<p>L89 – Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento ed Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale.</p> <p>N15 – Record non elaborato per sostituzione prima valutazione residenziale sanitaria non consentita.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = trattamento presente</p> <p>2 = trattamento assente.</p>

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 GGMMAAAA.

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

Pag. 220 di 312

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)*

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	NBB	Evento conclusione:	119.0

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

CAVS	CON	Codice Struttura di destinazione	

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.

L111 – Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo Etichetta, Contenuto etichetta e Provenienza assistito.

L112 – Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo Etichetta, Contenuto etichetta e Tipo soggetto richiedente.

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, 2, 3, 4
Tracciato RES: 1, 2, 3, 4, 5
Tracciato CAVS: 1, 3, 4, 5

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.
L111 – Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo Etichetta, Contenuto etichetta e Provenienza assistito.
L112 – Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo Etichetta, Contenuto etichetta e Tipo soggetto richiedente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

1 = PIC domiciliare temporanea per assistiti POSITIVI COVID-19 (DGR n. 30-1380/2020 e DGR

n. 21-2070/2020) [D74, D76]

2 = Assistenza domiciliare di **primo** livello in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR n. 23-3080/2021) [D83]

3 = Assistenza domiciliare di **secondo** livello in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR n. 23-3080/2021) [D83]

4 = Assistenza domiciliare di **terzo** livello in continuità assistenziale erogata da RSA (DGR n. 23-3080/2021) [D83]

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]

5 = PIC residenziale temporanea sociosanitaria in continuità assistenziale (DGR n. 23-3080/2021) [D83]

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]

5 = PIC residenziale temporanea sanitaria in continuità assistenziale (DGR n. 23-3080/2021) [D83]

* *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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Punteggio BRASS	141.0

DESCRIZIONE CAMPO

Punteggio dell'indice di BRASS determinato dal NOCC di attivazione dell'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1 - 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L108 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Punteggio BRASS.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

N.B. Selezionare il valore 12 anche nell'eventualità in cui sia determinato un punteggio superiore a dodici.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Redazione PAI	142.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'avvenuta redazione del PAI per l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L109 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Redazione PAI.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = PAI redatto

2 = PAI **non** redatto

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Codice Struttura erogante l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale	143.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice STS11 della RSA erogante l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codici STS11

TABELLE DI RIFERIMENTO: ARPE, FIM

CONTROLLI APPLICATI

L110 – Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Struttura erogante l'Assistenza domiciliare in continuità assistenziale.

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
Straniero <u>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
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

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 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 cittadino non europeo	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)

Per la codifica della Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) i codici ICD-9-CM da utilizzare sono esclusivamente quelli elencati nell'Allegato 1 ("Integrazioni di ICD-9-CM 2007 v. 2007 - Elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi, attualmente non presente nell'Elenco sistematico delle malattie ICD-9-CM") del **Decreto del Ministero della Salute del 28 ottobre 2020** "Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008." pubblicato nella **Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 26 del primo febbraio 2021** [D81], secondo le modalità ivi descritte.

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>Amnestic 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>
331.83	<i>Mild Cognitive Impairment, So Stated</i>
292.82	<i>Drug- induced dementia</i>

Code	Description
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	SCHEMA	
		N°	NOME CAMPO
L01	Congruenza tra tipo flusso, codice Azienda inviante, codice Azienda erogante: <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” = “DO”, allora il valore dei campi “Azienda inviante” e “Azienda erogante” devono coincidere. 	02.0	Tipo flusso
		01.0	Codice Azienda inviante
		29.0	Codice Azienda erogante
L02	Congruenza tra tipo flusso e tipologia di Progetto: <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	Congruenza tra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico: <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	Congruenza fra tipo flusso, Data di nascita e Data di accettazione richiesta: <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	Congruenza tra Identificativo AURA e dati anagrafici: <ul style="list-style-type: none"> • se Id-AURA non è valorizzato, allora i campi cognome, nome, data di nascita, genere, Provincia/Comune/Stato Estero di nascita devono essere compilati. 	05.0	Identificativo AURA
		07.0	Cognome
		08.0	Nome
		09.0	Data di nascita
		10.0	Genere
		11.0	Provincia/Comune/Stato estero di nascita

L06	<p>Congruenza tra Identificativo AURA e Codice identificativo Assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	05.0	Identificativo AURA
		06.0	Codice identificativo Assistito
L07	<p>Congruenza tra data immessa e data corrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> la data inserita non può essere maggiore della data corrente (data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dei dati). 	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
L08	<p>Congruenza tra tipo flusso e titolo di studio:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipo Flusso” (02.0) = “RE” o “CA”, allora la compilazione del campo “Titolo di studio” (14.0) è obbligatoria. 	02.0	Tipo flusso
		14.0	Titolo di studio
L10	<p>Congruenza fra Regione e Comune/Provincia di residenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	16.0	Regione di residenza
		17.0	Comune di residenza
L11	<p>Congruenza tra Provincia/Comune di residenza e ASL di residenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 + 	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		17.0	Provincia/Comune di residenza

	<p>03.2);</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Provincia/Comune di residenza” è valorizzato con 999999 oppure 999 + Codice Stato estero, 		18.0	ASL di residenza
L12	<p>Congruenza assistenza stato terminale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). 		69.0	Assistito in stato terminale oncologico
			70.0	Assistito in stato terminale non oncologico
L13	<p>Congruenza Tipo prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 		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> <ul style="list-style-type: none"> • 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”; • se il valore del campo “Tipologia di Progetto” è “2”, il codice “Tipologia di Cura” deve esistere nella tabella “Tipologia di Cura Semiresidenziale”; • 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”. • 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)”. 		26.0	Tipologia di Progetto
			27.0	Tipologia di Cura
			02.0	Tipo flusso

L15	<p>Congruenza tra data di presa in carico e data conclusione assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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); • se Tipo flusso =”DO”, la data di presa in carico deve essere minore o uguale della Data di conclusione assistenza. 	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> <ul style="list-style-type: none"> • 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); • se tipo flusso = “DO”, il campo “Codice Struttura” non deve essere compilato. 	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> <ul style="list-style-type: none"> • se tipo flusso (02.0) = “DO”, allora i campi “codice regionale Presidio” (32.0) e “codice STS11” (30.0) non devono essere compilati. • se tipo flusso = “CA”, allora il campo “Codice regionale Presidio” non deve essere compilato. 	02.0	Tipo flusso
		30.0	Codice STS11 Titolare della struttura
		32.0	Codice regionale Presidio
L19	<p>Congruenza tra data accettazione richiesta e data di presa in carico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la data accettazione richiesta deve essere <= a data di presa in carico. 	21.0	Data accettazione richiesta
		28.0	Data di presa in carico
L20	<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> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	02.0	Tipo flusso
		21.0	Data accettazione richiesta

			28.0	Data di presa in carico
			38.0	Data valutazione
	<p>– se presente la “Data di conclusione assistenza” (108.0) – minore uguale della “Data conclusione assistenza”;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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”. 		39.0	Motivo della valutazione
	<p>Se “Tipo flusso” = ‘CA’:</p>		108.0	Data conclusione
L21	<p>Congruenza tra tipo flusso e soggetto richiedente:</p> <p>Tipo Flusso (02.0) = “DO”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il codice “Soggetto richiedente” (22.0) deve esistere nella tabella “Assistenza domiciliare: soggetto richiedente”; <p>Tipo Flusso = “RE”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il codice “Soggetto richiedente” deve esistere nella tabella “Assistenza residenziale/semiresidenziale/residenziale temporanea sociosanitaria: soggetto richiedente”; <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”. 		02.0	Tipo flusso
			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”; 		02.0	Tipo flusso
			23.1	Motivazione richiesta 1

			23.2	Motivazione richiesta 2
	<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"; 		23.3	Motivazione richiesta 3
	<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. 		02.0	Tipo flusso
			03.1	Anno
			03.2	Progressivo
L23	<p>Tipo Flusso ="RE":</p> <ul style="list-style-type: none"> se il campo "Provenienza assistito" assume il valore "2" (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; 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 		24.0	Provenienza assistito

	<p>dell'assistito;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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" 		25.0	Codice Struttura di provenienza
L25	<p>Congruenza tra Tipo movimento, Identificativo evento e Motivo valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 		04.0	Tipo movimento
			37.0	Identificativo evento
			39.0	Motivo valutazione
L26	<p>Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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". 		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> <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). 		38.0	Data valutazione
			104.0	Data inizio sospensione
			106.0	Data fine sospensione
L28	<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". 		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> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <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); ○ 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); 		<p>02.0</p> <p>27.0</p> <p>Dal n. 37.0 al n. 79.0, dal n. 111.1 al n. 111.4 e 115.0</p>	<p>Tipo Flusso</p> <p>Tipologia di Cura</p> <p>Campi Evento Valutazione</p>
-----	---	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Supporto <i>care giver</i> (79.0); ○ Soggetto valutatore 1 (111.1). <ul style="list-style-type: none"> ● 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificativo Evento valutazione (37.0); ○ Data valutazione (38.0); 			
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 mobilitazione), 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>	03.1	Anno
		03.2	Progressivo

			04.0	Tipo movimento
			37.0	Identificativo evento
			39.0	Motivo valutazione
	<ul style="list-style-type: none"> se Tipo movimento = C e, per la stessa cartella, esiste già un evento valutazione con medesimo identificativo, ma 			
L39	<p>Motivo 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 carico (28.0) e minori o uguali della Data conclusione assistenza (108.0). 		28.0	Data di presa in carico
			104.0	Data inizio sospensione
			106.0	Data fine sospensione
			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> <ul style="list-style-type: none"> 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. 		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 		02.0	Tipo flusso
			27.0	Tipologia di Cura
			Dal n. 112.0 al n. 114.0	Evento prestazione di lungoassistenza

	Lungoassistenza (da 112.0 a 114.0) non devono essere compilati.			
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 conclusione assistenza. 	113.0	Data inizio erogazione	
		28.0	Data di presa in carico	
		108.0	Data conclusione	
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” = 16 (Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA), allora il codice attività associato alla Matricola deve essere = ‘2.07.46’ (Attività NDCC) alla “Data di presa in carico” dell’assistito; se “Codice matricola” è diverso da 999999, “Tipo Progetto” = 1 (Cure Domiciliari) e “Tipologia di Cura” è diverso da 4 o 16, 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; 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 	02.0	Tipo flusso	
		26.0	Tipologia di Progetto	
		27.0	Tipologia di Cura	
		28.0	Data presa in carico	
		31.0	Codice matricola	

	<p>codice attività associato al codice Matricola deve essere '2.08.11' alla "Data di presa in carico" dell'assistito;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Tipo flusso = 'CA':</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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			
L46	Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione: <ul style="list-style-type: none"> • 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. 		03.1	Anno
			03.2	Progressivo
			04.0	Tipo movimento
			39.0	Motivo valutazione
L47	Congruenza tra Quota utente ed il campo Quota Comune/Ente Gestore: <ul style="list-style-type: none"> • se "Tipo flusso" = 'CA', i campi "Quota utente" e "Quota Comune/Ente Gestore" devono assumere il valore zero. 		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipologia di progetto
			34.2	Quota utente
			34.3	Quota Comune/Ente Gestore
L48	Congruenza tra codici motivazione della richiesta: <ul style="list-style-type: none"> • non è ammessa la ripetizione di uno stesso codice nei campi "Motivazione richiesta 1/2/3" (23.1/23.2/23.3). 		23.1	Motivazione richiesta 1
			23.2	Motivazione richiesta 2
			23.3	Motivazione richiesta 3
L49	Evento di prima valutazione già presente: <ul style="list-style-type: none"> • se Motivo valutazione è uguale a 1 ed esiste già, per la stessa cartella, un evento di prima valutazione, 		03.1	Anno
			03.2	Progressivo
			04.0	Tipo movimento

	l'inserimento non può essere effettuato.		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; • 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. 	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
L58	<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’. 		16.0	Regione di residenza
			17.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
			122.0	Altro codice identificativo Assistito

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.

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> <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 	02.0	Tipo flusso
		04.0	Tipo movimento
		27.0	Tipologia di cura
		34.1	Quota SSR
		38.0	Data valutazione
		39.0	Motivo valutazione

	<p>inizio Tariffa” (124.0).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). 		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	Congruenza tra Data presa in carico e Tipo soggetto richiedente		02.0	Tipo flusso

	CAVS: <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). 	22.0	Tipo soggetto richiedente
		28.0	Data presa in carico
L67	Congruenza tra Data presa in carico e Motivazione richiesta CAVS: <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	Congruenza tra Data presa in carico e Motivo conclusione CAVS: <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	Congruenza tra Codice identificativo Assistito e Altro codice identificativo Assistito <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 in carico” (28.0). 	NSIS FAR 3016	02.0	Tipo flusso
			28.0	Data di presa in carico
			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
			124.0	Data inizio tariffa
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. 		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipologia di progetto
			127.0	Periodo competenza prestazioni SR
			128.0	Tempo parziale
			129.0	Tempo pieno
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). 		02.0	Tipo flusso
			28.0	Data di presa in carico
			127.0	Periodo competenza prestazioni SR
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). 		02.0	Tipo flusso
			108.0	Data conclusione
			127.0	Periodo competenza prestazioni SR
L81	<p>Congruenza tra Data di presa in carico e Data prestazione ambulatoriale:</p>		02.0	Tipo flusso

	<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). 		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	Congruenza tra Tipo flusso, Regime di inserimento e informazioni		02.0	Tipo flusso

	<p>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. 		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> <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. 		108.0	Data conclusione
			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> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’ e “Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘Tipo di presa in carico’):</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Contenuto etichetta” (139.0) = 1, 2, 3, 4 o 5, allora “Tipo progetto” (26.0) può assumere soltanto il valore 4 (‘Assistenza Residenziale Temporanea Sociosanitaria’). 	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 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 	02.0	Tipo flusso
		26.0	Tipologia di progetto
		31.0	Matricola Unità Produttiva
		136.0	Data decorrenza etichetta

			137.0	Tipo Etichetta
	<p>temporanea sociosanitaria per Emergenza COVID-19 (assistiti <u>NON positivi</u>), allora il codice di attività ARPE associato al codice “Matricola UP” dev’essere ‘2.09.10’ alla “Data decorrenza etichetta”;</p> <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 		139.0	Contenuto etichetta
L100	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Tipologia di cura:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = DO, “Tipo progetto” (26.0) = 1 (‘Assistenza Domiciliare’) e “Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘Tipo di presa in carico’):</p> <ul style="list-style-type: none"> se “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; se “Contenuto etichetta” (139.0) = 2, 3 o 4, allora “Tipologia di cura” può assumere soltanto il valore 16. <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>		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipologia di progetto
			27.0	Tipologia di cura
			137.0	Tipo Etichetta
			139.0	Contenuto etichetta

	<ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” = 6 (‘ Assistenza Residenziale Temporanea Sanitaria’), “Tipo Etichetta” = 1 e 			
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
L105	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data decorrenza etichetta:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” (26.0) = 1 (‘ Assistenza domiciliare’), “Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘ Tipo di presa in carico’), “Contenuto etichetta” (139.0) = 1 (‘ PIC domiciliare temporanea per assistiti POSITIVI COVID-19), allora la “Data decorrenza etichetta” (136.0) dev’essere maggiore o 		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipologia di progetto

			136.0	Data decorrenza etichetta
			137.0	Tipo Etichetta
	<p>uguale a 15052020;</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo progetto” = 1, “Tipo Etichetta” = 1, “Contenuto etichetta” = 2, 3 o 4 (Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA), allora la “Data decorrenza etichetta” dev’essere maggiore o uguale a 09042021. <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 2, allora la “Data decorrenza etichetta” 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; • se “Tipo progetto” = 4, “Tipo Etichetta” = 1, “Contenuto etichetta” = 5 (‘PIC residenziale temporanea sanitaria in continuità assistenziale’), allora la “Data decorrenza etichetta” dev’essere maggiore o uguale a 15052020; 	139.0	Contenuto etichetta	
L106	Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipo etichetta, Contenuto etichetta e Data scadenza etichetta:		02.0	Tipo flusso

	<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. <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. 		26.0	Tipologia di progetto
			137.0	Tipo Etichetta
			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
L108	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Punteggio BRASS:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Tipo progetto” (26.0) = 1 (‘Assistenza Domiciliare’):</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipologia di cura” (27.0) = 16, allora la compilazione del campo “Punteggio BRASS” (141.0) è obbligatoria; se “Tipologia di cura” è diverso da 16, allora il campo “Punteggio BRASS” non deve essere valorizzato. 		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipo progetto
			27.0	Tipologia di cura
			141.0	Punteggio BRASS
L109	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Redazione PAI:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’ e “Tipo progetto” (26.0) = 1 (‘Assistenza Domiciliare’):</p>		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipo progetto
			27.0	Tipologia di cura

	<ul style="list-style-type: none"> se “Tipologia di cura” (27.0) = 16, allora la compilazione del campo “Redazione PAI” (142.0) è obbligatoria; 		142.0	Redazione PAI
L110	<p>Congruenza tra Tipo flusso, Tipo progetto, Tipologia di cura e Codice Struttura erogante l’Assistenza domiciliare in continuità assistenziale:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) =’DO’ e “Tipo progetto” (26.0) = 1 (‘Assistenza Domiciliare’):</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Tipologia di cura” (27.0) = 16, allora la compilazione del campo “Codice Struttura erogante l’Assistenza domiciliare in continuità assistenziale” (143.0) è obbligatoria; se “Tipologia di cura” è diverso da 16, allora il campo “Codice Struttura erogante l’Assistenza domiciliare in continuità assistenziale” non deve essere valorizzato. 		02.0	Tipo flusso
			26.0	Tipo progetto
			27.0	Tipologia di cura
			143.0	Codice Struttura erogante l’Assistenza domiciliare in continuità assistenziale
L111	<p>Congruenza tra Tipo Flusso, Tipo Etichetta, Contenuto etichetta e Provenienza assistito:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) =’DO’ e “Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘Tipo di presa in carico’):</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Contenuto etichetta” (139.0) = 2, 3 o 4 (Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA), allora “Provenienza assistito” (24.0) può assumere soltanto il valore 2 (‘Ospedale’). <p>Se “Tipo flusso” (02.0) =’RE’ e “Tipo Etichetta” = 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> se “Contenuto etichetta” = 5 (‘PIC residenziale temporanea sociosanitaria in continuità assistenziale’), allora “Provenienza assistito” può assumere soltanto il valore 4 (‘Struttura ospedaliera’). <p>Se “Tipo flusso” (02.0) =’CA’ e “Tipo Etichetta” = 1:</p>		02.0	Tipo flusso
			24.0	Provenienza assistito
			137.0	Tipo Etichetta

	<ul style="list-style-type: none"> • se “Contenuto etichetta” = 5 (‘PIC residenziale temporanea sanitaria in continuità assistenziale’), allora “Provenienza assistito” può assumere soltanto il valore 4 (‘Struttura ospedaliera’). 		139.0	Contenuto etichetta	
L112	<p>Il controllo è operato sia in occasione dell’inserimento e della variazione del Tipo Flusso, Tipo Etichetta, Contenuto etichetta e Tipo soggetto richiedente:</p> <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = DO e “Tipo Etichetta” (137.0) = 1 (‘Tipo di presa in carico’):</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Contenuto etichetta” (139.0) = 2, 3 o 4 (Assistenza domiciliare in continuità assistenziale erogata da RSA), allora “Tipo soggetto richiedente” (22.0) può assumere soltanto il valore 10 (‘N.O.C.C.’). <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = RE e “Tipo Etichetta” = 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Contenuto etichetta” = 5 (‘PIC residenziale temporanea sociosanitaria in continuità assistenziale’), allora “Tipo soggetto richiedente” può assumere soltanto il valore 7 (‘N.O.C.C.’). <p>Se “Tipo flusso” (02.0) = CA e “Tipo Etichetta” = 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Contenuto etichetta” = 5 (‘PIC residenziale temporanea sanitaria in continuità assistenziale’), allora “Tipo soggetto richiedente” può assumere soltanto il valore 7 (‘N.O.C.C.’). <p>Il controllo è operato sia in occasione dell’inserimento o dell’eventuale variazione del “Contenuto Etichetta” sia in occasione dell’eventuale variazione del “Tipo soggetto richiedente” (in tal caso, rispetto all’ultimo eventuale evento Etichetta in ordine di tempo presente in archivio)</p>		02.0	Tipo flusso	
				22.0	Tipo soggetto richiedente
				137.0	Tipo Etichetta
				139.0	Contenuto etichetta

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); <p>Se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’ e “Tipo movimento” = ‘C’:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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); <p>Se “Tipo flusso” = ‘RE’ e “Tipo movimento” = ‘C’:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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); 	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
		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
		136.0	Data decorrenza etichetta
		137.0	Tipo etichetta
		138.0	Progressivo etichetta
	<p>Se “Tipo flusso” = ‘CA’ e “Tipo movimento” = ‘C’:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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); <p>Senza distinzione per tipo di flusso, se “Tipo movimento” = ‘C’:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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); 		
N02	<p>Inserimento Cartella territoriale negato per identificativo duplicato:</p> <p>Senza distinzione per tipo di flusso:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) = “I” – una Cartella avente medesimo “Codice Cartella Territoriale” (03.1 + 03.2). 	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> <ul style="list-style-type: none"> tracciato eventi senza anagrafica. 	01.0	ASL inviante
		02.0	Tipo flusso
		03.1	Anno Cartella
		03.2	Progressivo Cartella

	<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; 	<table border="1"> <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> <tr><td>127.0</td><td>Periodo competenza prestazioni SR</td></tr> <tr><td>130.0</td><td>Data prestazione ambulatoriale</td></tr> <tr><td>131.0</td><td>Codice struttura erogatrice</td></tr> <tr><td>132.0</td><td>Codice prestazione ambulatoriale</td></tr> <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>	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	136.0	Data decorrenza etichetta	137.0	Tipo etichetta	138.0	Progressivo etichetta
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																																							
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 	<table border="1"> <tr><td>01.0</td><td>ASL inviante</td></tr> <tr><td>02.0</td><td>Tipologia di 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>04.0</td><td>Tipo movimento</td></tr> <tr><td>06.0</td><td>Codice identificativo Assistito</td></tr> <tr><td>27.0</td><td>Tipologia di cura</td></tr> </table>	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																								
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
	file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” = “I” – una Cartella Territoriale avente la medesima combinazione di “Codice Cartella Territoriale”, “Codice identificativo	30.0	STS11 Titolare della struttura
N05	Elaborazione Evento negata per chiave duplicata :	01.0	ASL inviante
	Se “Tipo flusso” (02.0) = ‘DO’:	02.0	Tipo flusso
	<ul style="list-style-type: none"> per gli eventi Prestazione, non deve essere presente nel medesimo file di invio un evento avente medesima 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; 	03.1	Anno cartella
		03.2	Progressivo cartella
		04.0	Tipo movimento
	<ul style="list-style-type: none"> 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). 	37.0	Identificativo evento valutazione
		38.0	Data valutazione
	Se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’:	80.0	Identificativo evento prestazione
	<ul style="list-style-type: none"> 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); 	81.0	Data di accesso
		82.0	Tipo operatore
	Se “Tipo flusso” = ‘RE’:	85.0	Tipo prestazione
	<ul style="list-style-type: none"> 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); 	103.0	Identificativo evento sospensione
		104.0	Data inizio sospensione
	Se “Tipo flusso” = ‘CA’:	107.0	Identificativo evento conclusione
<ul style="list-style-type: none"> per gli eventi Prestazioni ambulatoriali, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se 	108.0	Data conclusione	

	<p>“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);</p> <p>Senza distinzione per tipo di flusso:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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); 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 	<table border="1"> <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> <tr> <td>127.0</td> <td>Periodo competenza prestazioni SR</td> </tr> <tr> <td>130.0</td> <td>Data prestazione ambulatoriale</td> </tr> <tr> <td>131.0</td> <td>Codice struttura erogatrice</td> </tr> <tr> <td>132.0</td> <td>Codice prestazione ambulatoriale</td> </tr> <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>	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	136.0	Data decorrenza etichetta	137.0	Tipo etichetta	138.0	Progressivo etichetta
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																					
136.0	Data decorrenza etichetta																					
137.0	Tipo etichetta																					
138.0	Progressivo etichetta																					
N06	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> 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”; 	<table border="1"> <tr> <td>01.0</td> <td>Codice ASL inviante</td> </tr> <tr> <td>02.0</td> <td>Tipo flusso</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	02.0	Tipo flusso	03.1	Anno Cartella territoriale	03.2	Progressivo Cartella	04.0	Tipo movimento										
01.0	Codice ASL inviante																					
02.0	Tipo flusso																					
03.1	Anno Cartella territoriale																					
03.2	Progressivo Cartella																					
04.0	Tipo movimento																					

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 “15”; <p>Se “Tipo flusso” = ‘RE’ o ‘CA’ e “Tipo movimento” = ‘I’:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per il “Codice ASL inviante” indicato non deve esistere in 		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
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; 		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
	<ul style="list-style-type: none"> 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); 		30.0	Codice STS11 Titolare della struttura
N08	<p>Elaborazione Evento negata per identificativo duplicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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). 		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> <ul style="list-style-type: none"> Evento Prestazione: per il "Codice ASL inviante" (01.0) e 		01.0	Codice ASL inviante
			02.0	Tipo flusso
			03.1	Anno Cartella territoriale

	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> • 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>Senza distinzione per tipo di flusso, se "Tipo movimento" = 'I':</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 "Codice identificativo evento valutazione" (37.0) a cui sia associata la medesima "Data valutazione" (38.0); • Evento Sospensione: per il "Codice ASL inviante" e il "Codice Cartella Territoriale" indicati non deve esistere in archivio un "Codice identificativo evento sospensione" (103.0) a cui sia associata la medesima "Data inizio sospensione" (104.0); • Evento Conclusione: per il "Codice ASL inviante" e il "Codice Cartella Territoriale" indicati non deve già esistere in archivio una qualsiasi combinazione di "Codice identificativo evento conclusione" (107.0) a cui sia associata la medesima "Data conclusione" (108.0); 		<p>03.2</p> <p>04.0</p> <p>37.0</p> <p>38.0</p> <p>80.0</p> <p>81.0</p> <p>82.0</p> <p>103.0</p> <p>104.0</p> <p>107.0</p> <p>108.0</p> <p>112.0</p> <p>113.0</p>	<p>Progressivo Cartella</p> <p>Tipo movimento</p> <p>Identificativo evento valutazione</p> <p>Data valutazione</p> <p>Identificativo evento prestazione</p> <p>Data di accesso</p> <p>Tipo operatore</p> <p>Identificativo evento sospensione</p> <p>Data inizio sospensione</p> <p>Identificativo evento conclusione</p> <p>Data conclusione</p> <p>Identificativo evento prestazione lungoassistenza</p> <p>Data inizio erogazione contributo</p>
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 		<p>01.0</p> <p>02.0</p> <p>03.1</p> <p>03.2</p> <p>04.0</p> <p>37.0</p> <p>38.0</p> <p>80.0</p>	<p>Codice ASL inviante</p> <p>Tipo flusso</p> <p>Anno Cartella territoriale</p> <p>Progressivo Cartella</p> <p>Tipo movimento</p> <p>Identificativo evento valutazione</p> <p>Data valutazione</p> <p>Identificativo evento prestazione</p>

	<p>lungoassistenza" (112.0) ma "Data inizio erogazione contributo" (113.0) differente;</p> <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; 		<table border="1"> <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> </table>	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
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																		
N11	<ul style="list-style-type: none"> • Evento Sospensione: per il "Codice ASL inviante" e il Record non elaborato per cancellazione Data fine sospensione non consentita: • 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. 		<table border="1"> <tr><td>04.0</td><td>Tipo movimento</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>106.0</td><td>Data fine sospensione</td></tr> <tr><td>108.0</td><td>Data conclusione</td></tr> </table>	04.0	Tipo movimento	103.0	Identificativo Evento sospensione	104.0	Data inizio sospensione	106.0	Data fine sospensione	108.0	Data conclusione						
04.0	Tipo movimento																		
103.0	Identificativo Evento sospensione																		
104.0	Data inizio sospensione																		
106.0	Data fine sospensione																		
108.0	Data conclusione																		
N12	<p>Record non elaborato per inserimento evento conclusione non consentito:</p> <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). 		<table border="1"> <tr><td>04.0</td><td>Tipo movimento</td></tr> <tr><td>106.0</td><td>Data fine sospensione</td></tr> <tr><td>107.0</td><td>Identificativo evento conclusione</td></tr> <tr><td>108.0</td><td>Data conclusione</td></tr> </table>	04.0	Tipo movimento	106.0	Data fine sospensione	107.0	Identificativo evento conclusione	108.0	Data conclusione								
04.0	Tipo movimento																		
106.0	Data fine sospensione																		
107.0	Identificativo evento conclusione																		
108.0	Data conclusione																		
N13	<p>Record non elaborato per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record:</p>		<table border="1"> <tr><td>28.0</td><td>Data di presa in carico</td></tr> <tr><td>38.0</td><td>Data valutazione</td></tr> </table>	28.0	Data di presa in carico	38.0	Data valutazione												
28.0	Data di presa in carico																		
38.0	Data valutazione																		

N14

- 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.

Record non elaborato per **sostituzione** prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita:

- se "Tipo flusso" (02.0) = 'RE', "Tipo movimento" (04.0) = '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 **sostituzione** è una Valutazione in archivio avente "Motivo valutazione" (39.0) = 1 (prima valutazione) e almeno uno dei seguenti campi valorizzato in maniera **diversa**:
 - "Patologia prevalente" (41.0);
 - "Patologia concomitante 1" (42.1).

Record non elaborato per **sostituzione** prima valutazione residenziale sanitaria non consentita:

- se "Tipo flusso" (02.0) = 'CA' e "Tipo movimento" (04.0) = 'S', l'operazione **non** è ammessa se oggetto di **sostituzione** è una Valutazione in archivio avente "Motivo valutazione" (39.0) = 1 (prima valutazione) e almeno uno dei seguenti campi valorizzato in maniera **diversa**:
 - Alimentazione parenterale (94.0);
 - SNG/PEG (95.0);
 - Tracheostomia (96.0);
 - Ventilazione assistita (97.0);
 - Ossigenoterapia (98.0);
 - Dialisi (99.0).

N15

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
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
41.0	Patologia prevalente
42.1	Patologia concomitante
02.0	Tipo Flusso
04.0	Tipo Movimento
39.0	Motivo valutazione
94.0	Alimentazione par
95.0	SNG/PEG
96.0	Tracheostomia
97.0	Ventilazione assistita
98.0	Ossigenoterapia
99.0	Dialisi

N16	<p>Elaborazione Evento etichetta negata:</p> <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
N17	<p>Record non elaborato per cancellazione prima valutazione residenziale sociosanitaria non consentita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” (02.0) = ‘RE’, “Tipo movimento” (04.0) = ‘C’ 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 è una Valutazione in archivio avente “Motivo valutazione” (39.0) = 1 (prima valutazione). 		02.0	Tipo Flusso
			04.0	Tipo Movimento
			27.0	Tipologia di cura
			39.0	Motivo valutazione
N18	<p>Record non elaborato per cancellazione prima valutazione residenziale sanitaria non consentita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se “Tipo flusso” (02.0) = ‘CA’ e “Tipo movimento” (04.0) = ‘C’, l’operazione non è ammessa se oggetto di cancellazione 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
S01	<p>Cartella Territoriale e relativi eventi eliminati:</p> <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> <ul style="list-style-type: none"> • vengono segnalati le cartelle e gli eventi inviati oltre il termine del mese di competenza. 	NSIS 1923	28.0	Data 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

		124.0	Data inizio tariffa
		127.0	Periodo competenza prestazioni SR
		130.0	Data prestazione ambulatoriale
		136.0	Data decorrenza etichetta
		140.0	Data scadenza etichetta
S05	<p>Congruenza tra Tipologia di cura e Quota utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>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	Tipo movimento
		27.0	Tipologia di cura
		34.2	Quota utente
		124.0	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>	02.0	Tipo flusso

	<ul style="list-style-type: none"> 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). 		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> <ul style="list-style-type: none"> 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>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> <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>	NSIS 10930	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
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 		01.0	Codice ASL inviante
			02.0	Tipo flusso
			03.1	Anno
			03.2	Progressivo

	valorizzato con “7” (Apertura amministrativa per riassetto territoriale ASL), ma è presente in archivio almeno una cartella del medesimo assistito priva di conclusione.	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>La verifica è effettuata sulle cartelle del medesimo assistito</p> <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) = “1” (Ricovero temporaneo in ospedale); ○ 30 giorni, se “Motivazione sospensione” = “2” (Allontanamento temporaneo); ○ 60 giorni, se “Motivazione sospensione” = “3” (Ricovero temporaneo in struttura residenziale). 	02.0	Tipo flusso
		103.0	Codice identificativo evento sospensione
		104.0	Data inizio sospensione
		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 .. 	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 “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 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>	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
		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- 	02.0	Tipo flusso
		04.0	Tipo movimento
		27.0	Tipologia di cura
		34.1	Quota SSR

	<p>assistenziale” = 2, la “Quota SSR” sia maggiore di 140.00.</p> <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” 	38.0	Data valutazione
		120.0	Complessità clinico-assistenziale
		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
			109.0	Motivo conclusione
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
			109.0	Motivo conclusione
S26	<p>Mancata indicazione della patologia oncologica prevalente per assistito in stato di terminalità oncologica:</p>		02.0	Tipo flusso
			41.0	Patologia prevalente

	<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 	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) = 4 (a carico del SSR), il record evento Tariffa viene segnalato se “Quota SSR” (34.1) è uguale a 0.01. 	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

DIREZIONE SANITÀ E WELFARE

**FLUSSO INFORMATIVO
SPECIALISTICA AMBULATORIALE
E ALTRE PRESTAZIONI**

**TRACCIATI RECORD
B, C, C2, C4, C5**

DISCIPLINARE TECNICO

**STRUTTURE PUBBLICHE DEL SSR, PRESIDIO EX. ART. 41 E 43
L.833/1978 E IRCCS EX. ART. 42 L.833/1978**

1	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO.....	3
1.1	CRONOLOGIA DEL DOCUMENTO.....	3
1.2	OBIETTIVI.....	5

1.3	STRUTTURA DEL DOCUMENTO.....	5
1.4	CONCETTI PRINCIPALI.....	5
2	REGOLE DI COMPILAZIONE.....	7
3	TIPO DI CONTROLLI.....	8
3.1	CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD.....	8
3.2	CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE.....	8
3.3	CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA.....	8
4	Note di COMPILAZIONE.....	9
4.1	CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE.....	9
4.1.1	CANCELLAZIONE.....	9
4.1.1.1	FLUSSO “B”.....	9
4.1.1.2	FLUSSI “C4”, “C5”.....	9
4.1.1.3	FLUSSI “C2” E COMPONENTE ANAG.....	9
4.1.1.4	FLUSSO “C” E COMPONENTE ANAG.....	10
4.1.2	SOSTITUZIONE.....	10
4.1.2.1	FLUSSO “B”.....	10
4.1.2.2	FLUSSO “C4”, “C5”.....	10
4.1.2.3	FLUSSI “C2” E COMPONENTE ANAG.....	11
4.1.2.4	FLUSSO “C” E COMPONENTE ANAG.....	11
4.1.2.5	SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA.....	11
4.2	FLUSSO “C” – BRANCA DI EROGAZIONE.....	12
4.3	FLUSSO “C” – LIBERA PROFESSIONE.....	12
4.4	NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA.....	12
4.5	FILE C2 – PRECISAZIONI.....	14
4.6	FLUSSO B – PRECISAZIONI.....	14
4.7	RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE.....	14
4.8	TRACCIATI RECORD.....	15
4.9	Tracciato anagrafico.....	17
4.10	Tracciato B.....	19
4.11	Tracciato C.....	20
4.12	Tracciato C2.....	22
4.13	Tracciato C4.....	24
4.14	Tracciato C5.....	25
5	SCHEDE ANALITICHE.....	26
6	SCHEDE DEI CONTROLLI.....	134
6.1	Controlli Logici (tipo L).....	134
6.2	Controlli Formali (tipo F).....	148
6.3	Controlli Bloccanti (tipo N).....	148
6.4	Segnalazioni (Warning).....	149
	Segnalazioni (Alert).....	150
7	TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI.....	151
8	INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI.....	152
9	TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI.....	152
10	TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI.....	163

1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 CRONOLOGIA DEL DOCUMENTO

Versione	Variazioni
Maggio	Flusso C2– implementato nuovo controllo LG8 – Congruenza tra modalità dimissione

2021	e data/ora Indicazione al ricovero/dimissione
Dicembre 2020	Flusso C – Modificato controllo LD0 per prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa
Agosto 2020	Flusso C – in riferimento alla D.G.R. n. 6 –1613 del 3/07/2020, aggiornato controllo formale campo 59.0-Luogo di erogazione
Luglio 2020	Flusso C2 – Inserito nuovi campi obbligatori nel caso di paziente in osservazione breve ed intensiva: 123.0 – Problema clinico principale OBI, 124.0 – Prestazione principale erogata in OBI, 125.0 – Diagnosi principale uscita OBI. Flusso C5 – Inserito nuovo campo per indicare l’attività trasfusionale: 126.0 Tipo attività
Aprile 2020	Flusso C2 - Modificato controllo formale dei campi: 29.0 – Codice Diagnosi e 107.0, 108.0,109.0,110.0 Codice Diagnosi Secondarie, viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19 (rif. Nota regionale n.10042 del 24/03/2020 tabella “Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)” Flusso C – in riferimento alla Nota regionale n.11115 del 01/04/2020, di istituzione del cod. esenzione ‘E10’: modificato i controlli L36, LB9. Implementato nuovo controllo LE7.
Dicembre 2019	Flussi C /C2 - Aggiornato controllo formale del campo 08.0 – Codice Fiscale, per verifica dei codici STP rispetto banca centrale centri ISI. Flussi C/C2 - implementato nuovo controllo LE6 e aggiornato controllo L13. Disattivato controllo LF4.
Luglio 2019	Flusso C2 - Aggiornato controllo formale del Campo 48.0 – Scheda Intervento del codice missione 118, adeguato a specifiche ministeriali
Agosto 2018	Flusso C - Nuovi controlli relativi alla verifica di coerenza del Numero NRE attribuito alla ricetta prescritta al cittadino: LX1, LX2, LX3 ed LX4. Flusso C - Nuove segnalazioni relative alla verifica di coerenza del Numero NRE attribuito alla ricetta prescritta al cittadino: SX1, SX2, SX3, SX4, SX5, SX6, SX7 Flussi C2 - Campo 48.0 – Scheda emergenza aggiornato controllo formale Flusso C2 - Aggiornati i controlli LG5 e LG6. I campi Data /Ora Inizio OBI e Data/Ora Indicazione al ricovero sono obbligatori nel caso di paziente in osservazione breve ed intensiva

Versione	Variazioni
-----------------	-------------------

Ottobre 2016	<p>Flusso C2 - Aggiornato controllo formale campo 48.0</p> <p>Flusso C2 - Inseriti nuovi campi "119.0 – Data Inizio OBI", "120.0 – Ora Inizio OBI", "121.0 - Data Indicazione al ricovero/dimissione", "122.0 – Ora Indicazione al ricovero".</p> <p>Flusso C2- Nuovi controlli LG5 e LG6</p> <p>Flusso C - Aggiornato il controllo LF9</p> <p>Flusso C - "Campo 118.0 – Codice Catalogo" aggiornato "Osservazioni e precisazioni"</p> <p>Flusso C - "Campo 17.0 – Codice prestazione" aggiornato "Osservazioni e precisazioni"</p>
Luglio 2016	<p>Flusso C - Aggiornato il controllo LF6</p> <p>Flusso C - Aggiornato campo 118.0 Codice Catalogo</p> <p>Flusso C - Aggiornato il controllo LF9</p> <p>Flusso C2 - Aggiornato controllo L92.</p>
Luglio 2015	<p>Flusso C - Rilevazione del codice fiscale Campo 04.0 - Medico Prescrittore proroga</p> <p>Flusso C - Rilevazione del Campo 115.0 - Ricetta Precedente proroga</p> <p>Flusso C - Nuovo Campo 117.0 - Flag Ricetta Interna</p> <p>Flusso C - Modifica Campo 57.0 – Modalità di Erogazione, previste nuove codifiche</p> <p>Flusso C - Nuovo Campo 118.0 – Codice Catalogo Prestazione</p> <p>Flusso C4 - Istituito Calendario Invii con scadenza Trimestrale a partire dalla competenza 2016</p> <p>Flusso C4 - Rilevazione obbligatoria Codice Fiscale assistito campo 08.0</p>
Dicembre 2014	<p>Flusso C - Modifica Campo 04.0 Medico Prescrittore e controllo LF5</p> <p>Flusso C - Modifica Campo 115.0 - Ricetta Precedente e controllo LF6</p> <p>Flusso C4 - Nuovo Campo 116.0 - N. Scheda Ricetta e controllo LF7</p> <p>Implementazione Nuove Segnalazioni S13, S14</p> <p>Implementazione Nuova Segnalazione S16</p> <p>Implementazione Segnalazione SA1</p> <p>Implementazione Segnalazione SA2</p>
Maggio 2014	<p>Flusso C - Aggiornamento Campo 57.0 "Modalità di erogazione" e controllo LF5</p> <p>Flusso C - Nuovo campo 115.0 – Ricetta "Madre"</p> <p>Flusso C – Modifica campo 13.0 – Numero Ricetta per acquisizione del NRE</p>

1.2 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.

1.3 STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Nella prima parte del documento (capitoli 2, 3 e 4.1) 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 4.8, 5 e 6 contengono rispettivamente i tracciati record, le schede analitiche di compilazione dei campi e l'elenco dettagliato dei controlli di congruenza logica applicati.

1.4 CONCETTI PRINCIPALI

A partire dagli invii del 2002 sono state introdotte nella gestione dei flussi prestazioni le seguenti procedure:

- suddivisione dei dati anagrafici dai dati ricetta per i flussi basati su righe ricetta (C, C2);
- introduzione, in tutti i tracciati di un IDENTIFICATIVO ESTERNO, generato dalle procedure utente per l'individuazione di un **blocco di informazioni**. Nel caso dei tracciati (C, C2) il blocco di informazioni individua l'insieme di righe che compongono la ricetta (dati anagrafici e dati sanitari); per i tracciati (B, C4, C5) il blocco di informazioni coincide con un singolo record;
- gestione del tipo movimento per consentire la cancellazione e/o sostituzione di blocchi di informazioni;

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.

2 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 e C2).

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.

3 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

3.1 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.

3.2 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.

3.3 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.

4 NOTE DI COMPILAZIONE

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

4.1 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.

4.1.1 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.

4.1.1.1 FLUSSO "B"

L'operazione di cancellazione avviene inviando un unico record avente lo stesso IDENTIFICATIVO ESTERNO compilando i seguenti campi:

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

Tali campi sono gli unici che devono essere compilati.

4.1.1.2 FLUSSI "C4", "C5"

L'operazione di cancellazione avviene inviando un unico record avente lo stesso IDENTIFICATIVO ESTERNO compilando i seguenti campi:

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

Tali campi sono gli unici che devono essere compilati.

4.1.1.3 FLUSSI "C2" 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.

4.1.1.4 FLUSSO "C" 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; a partire dalla rilevazione 2006 il codice Ente erogatore per il flusso "C" non è più parte della chiave; si noti tuttavia che le regole introdotte nella gestione del campo IDENTIFICATIVO ESTERNO, garantiscono l'univocità della chiave anche per quelle Aziende Sanitarie Locali sul cui territorio insistono delle strutture Ambulatoriali Private provvisoriamente/definitivamente accreditate.

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**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'C'
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

4.1.2 SOSTITUZIONE

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

4.1.2.1 FLUSSO "B"

La chiave per la sostituzione di un blocco informazioni è data da:

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

4.1.2.2 FLUSSO "C4", "C5"

La chiave per la sostituzione di un blocco informazioni è data da:

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

4.1.2.3 FLUSSI “C2” 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.

4.1.2.4 FLUSSO “C” 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 sostituzione di tutto il blocco

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

I campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **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 C, C2), deve essere inviato tutto il blocco di informazioni calcolando nuovamente tutti gli importi.

4.1.2.5 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 C, C2** non è ammessa la sostituzione diretta del numero ricetta e del numero di accesso del pronto soccorso.

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

4.2 FLUSSO “C” – BRANCA DI EROGAZIONE

In base alla legge n.724 del 23/12/94 Art.2 che indica “richieste di prestazioni relative a discipline/branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte” si prevede che, nell’ambito della rilevazione del flusso “C”, in un blocco informazioni (quindi l’insieme delle informazioni relative ad una ricetta) vengano inviate prestazioni che ricadono in un’unica branca del nomenclatore vigente. Pertanto è richiesto che il campo branca assuma valore univoco nella sezione prestazioni del flusso “C”; vige un’unica eccezione relativa alla compilazione del campo branca: è possibile inserire il codice branca “99” contestualmente alla branca principale della ricetta, nel caso in cui sia necessario inviare prestazioni comprese in tale ambito.

La presenza di branche differenti nell’ambito della stessa ricetta (ad eccezione della branca 99) viene segnalata mediante errore formale sul campo codice branca.

4.3 FLUSSO “C” – LIBERA PROFESSIONE

Nel flusso C a partire dalla competenza 2016 non viene rilevato il flusso della libera professione

4.4 NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA

Le regole relative al numero di prestazioni registrabili nel tracciato record “C” sono state derivate dall’Articolo 2 della Legge N. 724 del 23/12/94 e dal nomenclatore regionale, D.G.R. 73 – 13176 del 27/07/2004 “Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale, dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture sanitarie e dai professionisti privati accreditati e provvisoriamente accreditati” e s.m.i.

Le legge n.724 del 23/12/94, all’art.2 stabilisce che “ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca”.

Con l’introduzione della ricetta dematerializzata, nel catalogo regionale è stato specificato il numero di sedute suggerito per la gestione delle prestazioni cicliche. Si precisa che in fase di prescrizione il ciclo deve essere prescritto come 1 prestazione (da indicare nel campo quantità della ricetta) e che possono essere prescritti fino ad un massimo di 3 cicli per ricetta. In base alla casistica del paziente trattato sarà possibile erogare parte delle sedute fino al massimo numero previste da catalogo regionale.

Il codice catalogo della prestazione non deve essere ripetuto nell’ambito della ricetta; qualora la stessa prestazione sia erogata più volte deve essere usato il campo quantità; la ripetizione del codice catalogo prestazione nell’ambito dello stesso blocco informativo viene segnalata come errore formale sul codice catalogo prestazione.

La regola più generale è data dal numero massimo di 8 prestazioni nella stessa ricetta; concorrono a formare tale cumulo codici di prestazioni diverse o la stessa prestazione con ripetizione di erogazione o situazioni miste.

La DGR 42-941 del 3.11.2010 “Prestazioni specialistico-ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale: aggiornamento linee guida, percorsi terapeutici e nomenclatore tariffario regionale”, riporta:

“la prescrivibilità per la branca 56 è limitata ad un massimo di tre tipologie di prestazioni per singola ricetta per non oltre 12 sedute ciascuna”.

Esistono inoltre le seguenti deroghe al numero massimo di prestazioni:

- Per la branca 98 il numero delle prestazioni può raggiungere il tetto di 16 se sono presenti i

codici prestazioni relativi ai prelievi: 91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2. Possono essere presenti fino a 6 codici diversi di prelievo per una quantità massima complessiva di 8 ed un massimo di 8 altre prestazioni (non di prelievo e non 90.81.5 che segue le indicazioni di seguito riportate) fino al raggiungimento del totale di 16 prestazioni per ricetta (controllo L19).. Il controllo L19 è stato costruito nel seguente modo volendo, da un lato, evitare l'invio di un numero di prestazioni eccedente il tetto individuato dalla legge n.724 del 23/12/94 e contemporaneamente evitare l'introduzione di griglie complesse che mettano in relazione codici di prestazioni di prelievo alle altre prestazioni della branca 98.

- Per la branca 98 in presenza del codice prestazione 90.81.5 il numero delle prestazioni può raggiungere il tetto massimo di 40 per ricetta. Oltre alla prestazione 90.81.5 possono essere presenti altre sette prestazioni (comprese le prestazioni di prelievo), fino al raggiungimento di un totale complessivo per ricetta di 40. Quindi ad esempio nel caso in cui siano presenti altre sette prestazioni, per rispettare il tetto della ricetta, la prestazione 90.81.5 potrà avere al massimo quantità 33.

- Per la branca 56 la quantità totale delle prestazioni presenti nella ricetta è pari a 36 su 3 righe di prestazioni prescrivibili distinte. Di seguito vengono riportate alcune eccezioni che incrementano ulteriormente il tetto massimo di prestazioni per ricetta ammesso.

In presenza di prestazioni di valutazione, identificate dai codici 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5 e 93.01.6, il numero massimo di prestazioni consentito per ricetta è di 44 (36+8 valutazioni). Per le prestazioni di valutazione sono ammesse al massimo 4 distinte righe di prestazioni con ciascuna un massimo di quantità 2 per riga.

Con la prescrizione dematerializzata decade l'eccezione costituita da "93.11.8 - Rieducazione strumentale dei disturbi motori sensitivi" che porta la quantità massima per ricetta da 44 a 56 (44+12), in quanto è stata portata nel catalogo regionale. In dematerializzata possono essere prescritte le prestazioni 93117.0 e 93116.0 che poi a discrezione dello specialista possono essere sostituite dalle prestazioni 93116.1 e 93117.1 che inglobano la vecchia prestazione strumentale 93.11.8.

Inoltre, in presenza delle prestazioni di counselling, identificate dai codici regionali 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, tale quantità può arrivare a $56 + 2 + 2 + 2 = 62$ in caso di prescrizioni DPCM, autoimpegnative interne e ricette rosse, mentre per le DM $44 + 2 + 2 + 2 = 50$, cioè con una quantità massima 2 per ogni distinto codice prestazione di counselling su 3 righe.

Il totale massimo assoluto delle righe in ricetta è quindi 11, comprensiva del totale di tutte le casistiche sopra esposte (Controllo L18).

- Per la branca 70 è possibile indicare fino ad una quantità massima di 72 sempre nel rispetto delle 6 righe prestazione (Controllo L51)
- Per la branca 79 dell'Allegato 2 in presenza dei codici prestazione 96.61.1 o 99.15.1 è possibile indicare fino ad una quantità massima di 90 (Controllo L50)
- Per le prestazioni: 93.82.1, 93.82.2, 93.89.2, 93.89.3, 93.94, 93.99 è possibile raggiungere la quantità massima di 10, ma è necessario utilizzare un unico codice per ricetta (controllo L73).

4.5 FILE C2 – PRECISAZIONI

Con nota nr. 15321/29 del 28/12/2006 sono state previste le disposizioni in attuazione della Legge 27 dicembre 2006, n.296 (Legge finanziaria 2007).

In particolare si evidenzia che per le prestazioni erogate dal 01/01/2007 il campo importo ticket nell'ambito del flusso C2 potrà, nei casi previsti, essere valorizzato maggiore di 0,00.

Il campo “19.0 Posizione utente nei confronti del ticket” dovrà essere utilizzato secondo le seguenti tipologie individuate nell’ambito della rilevazione del flusso, a partire dal 01/01/2007:

- 0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno (STP) per la ticket 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.
- 1 – esente per categorie di soggetti di cui al D.M. 01/02/1991 art. 6 commi 1 e 2 e D.M. 10/09/98 (esenzione per maternità) e Legge 27 Art.4 Bis del 28/02/2001 (Monitoraggio Sanitario)
- 2 – non esente
- 3 – esente con autocertificazione rilasciata alla struttura che eroga la prestazione (esenzione per reddito di cui alla Legge Finanziaria 724/94) per assistiti in tutte le regioni compreso il Piemonte e esente per reddito ai fini del DM 11/12/2009 - Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del “Sistema Tessera Sanitaria” con autocertificazione rilasciata alla ASL di assistenza e codice di esenzione presente nella prescrizione per assistiti in tutte le regioni compreso il Piemonte.
- 5 – esente per patologia ai sensi del D.M. n. 329 del 28/05/1999 e del D.M. 279 del 18/05/01
- 17 – esente per traumatismi ed avvelenamenti acuti
- 18 – esente per assistito con età inferiore ai 14 anni
- 19 – esenti per codice colore verde, giallo, rosso
- 20 – esente per prestazione non erogata (solo accesso)

4.6 FLUSSO B – PRECISAZIONI

L’algoritmo per il calcolo della quantità (mesi di assistenza) deve prevedere che se la data di inizio o fine assistenza è compresa nella prima quindicina di un mese (dal primo fino al quindicesimo giorno del mese compreso) tale data deve essere assunta pari al primo giorno del mese. Se la data di inizio o fine assistenza è compresa nella seconda quindicina di un mese (dal sedicesimo fino all’ultimo giorno del mese compreso) tale data deve essere assunta pari al primo giorno del mese successivo.

Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Data inizio da utilizzare nell'algoritmo	Data fine da utilizzare nell'algoritmo	Mesi di assistenza
10.02.2000	15.07.2000	01.02.2000	01.07.2000	5
10.02.2000	16.07.2000	01.02.2000	01.08.2000	6
10.02.2000	15.02.2000	01.02.2000	01.02.2000	0

4.7 RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE

Con la rilevazione anno 2006 il livello di integrazione con la Nuova Anagrafe Sanitaria è stato potenziato introducendo il campo “82.0 – Matricola dell’unità produttiva”.

Il campo “39.0 – Disciplina di erogazione” diventa un campo opzionale per indicare la disciplina e il progressivo di divisione nel caso di strutture afferenti l’area 09 – Area funzioni territoriali e codice specialità 01, mentre risulta essere un campo obbligatorio per rilevare le prestazioni svolte dagli psicologi (riferimento nota regionale prot. n. 38817/DB2006 del 17 ottobre 2009).

Il campo “82.0 - Matricola dell’unità produttiva” viene ricondotto dalla nuova anagrafe delle strutture; ad ogni unità produttiva viene quindi assegnato un codice unico, che deve essere utilizzato nell’ambito degli invii delle prestazioni erogate.

Per la natura gerarchica della Nuova Anagrafe delle Strutture Sanitarie tramite la Matricola associata all'Unità Produttiva o alla disciplina, nel caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica, è possibile determinare:

- l'“Unità Organizzativa Funzionale” alla quale afferisce l'unità produttiva
- il “Codice Attività” dell'unità produttiva
- il “Codice Progressivo di attività” dell'unità produttiva.

Inoltre verrà eseguita una verifica di congruenza con il codice ministeriale (STS11 o HSP11-BIS) della struttura di erogazione.

Il campo 03.0 Ente Erogatore (codice STS11 per il flusso C) viene scisso da un punto di vista logico:

- nella sezione anagrafica deve essere indicato il codice STS11 della struttura inviante, in quanto “detentore della ricetta”
- nella sezione prestazioni deve essere indicato il codice STS11 della struttura che eroga la prestazione

La distinzione dei codici ente implica:

- la possibilità nell'ambito della sezione prestazioni di indicare codici STS11 differenti quando l'erogazione delle prestazioni della ricetta hanno coinvolto più unità produttive;
- la determinazione di una chiave di abbinamento tra sezione anagrafica e sezione prestazioni, con l'esclusione del codice Ente Erogatore, poiché è possibile indicare codici STS11 diversi nella sezione prestazioni. Si evidenzia quindi che la chiave di abbinamento tra la sezione anagrafica e la sezione prestazioni, così come le modalità di cancellazione e modifica sono quelle descritte ai paragrafi 4.1.2.4 e 4.1.3.4

4.8 TRACCIATI RECORD

Di seguito sono stati riportati i tracciati record inerenti l'attività specialistica ambulatoriale (tracciati C, C2, C4 e C5) e i tracciati delle altre prestazioni (B).

In particolare viene introdotto il record anagrafico che è comune ai seguenti tracciati: C, C2. 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 C, C2 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 (escluso il file C)**
- **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 2 "Regole di compilazione".

4.9 Tracciato anagrafico

Il presente tracciato è comune ai flussi C, C2.

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

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	C	C2	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	C Codice struttura erogatrice STS.11. C2/ Codice HSP11BIS
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	OBB	OBB	Indica il tipo di tracciato record (C/C2)
04.0	Codice medico prescrittore	AN	16	14	29	OBB	CON	
05.0	Cognome	AN	30	30	59	OBB	OBB	
06.0	Nome	AN	20	60	79	OBB	OBB	
76.0	Istituto provenienza	AN	8	80	87	NV	CON	Indicare codice HSP11-BIS
77.0	Istituto destinazione	AN	8	88	95	NV	CON	Indicare codice HSP11-BIS
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	OBB	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	
48.0	Scheda Intervento 118	AN	12	185	196	NV	OSP	
	Filler	AN	1	197	197	NV	NV	
52.0	Codice struttura progetto							Codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56.
52.1	Codice istituto	AN	6	198	203	CON	NV	Codice STS11
52.2	Codice disciplina	AN	2	204	205	CON	NV	
52.3	Progressivo divisione	AN	2	206	207	CON	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	AN	20	214	233	CON	CON	
64.0	Codice istituzione competente	AN	28	234	261	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
65.0	Nr. Identificativo tessera	AN	20	262	281	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
66.0	Tipo medico prescrittore	AN	2	282	283	OBB	CON	Non ancora attivo
67.0	Data prescrizione	AN	8	284	291	OBB	CON	
70.0	Priorità della prescrizione	AN	1	292	292	OBB	NV	
71.0	Tipo ricetta	AN	2	293	294	OBB	OBB	
69.0	Tipologia di prescrizione	AN	1	295	295	OBB	NV	
83.0	Codice Percorso	AN	3	296	298	CON	NV	

	paziente							
78.0	Data scadenza TEAM	AN	8	299	306	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
79.0	Qualifica beneficiario	AN	1	307	307	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
80.0	Codice riferimento normativo	AN	4	308	311	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
81.0	Codice Attestato	AN	4	312	315	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
60.0	Provenienza assistito	AN	1	316	316	CON	OBB	
84.0	Stampa PC	AN	1	317	317	CON	NV	
	Filler	AN	3	318	320	NV	NV	
91.0	Flag ricetta non completa	AN	1	321	321	CON	NV	
93.0	Onere spesa	AN	1	322	322	OBB	OBB	
33.0	Scheda Nosologica	AN	10	323	332	NV	CON	
114.0	Data progetto riabilitativo	AN	8	333	340	CON	NV	
115.0	Ricetta Precedente	AN	16	341	356	NOB	NV	
117.0	Flag Ricetta Interna	AN	1	357	357	OBB	NV	
	Filler	AN	43	358	400	NV	NV	

Flussi C2 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)

Flusso C la chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:

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

4.10 Tracciato B

Tracciato record file "B" (Attività MEDICINA di BASE)

Riguarda l'assistenza del medico di medicina generale e del medico pediatra di libera scelta, resa a residenti in altre Aziende sanitarie Locali su scelta temporanea da parte dell'assistito. Il mese di presa in carico dell'assistito sarà valorizzato se il periodo di assistenza ha una durata di almeno 15 giorni.

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
23.0	Tipo record	AN	2	4	5	Indica il tipo di tracciato record (B)	OBB
04.0	Codice medico prescrittore	AN	16	6	21	Codice regionale del medico di medicina generale o del medico pediatra di libera scelta	OBB
05.0	Cognome	AN	30	22	51		OBB
06.0	Nome	AN	20	52	71		OBB
08.0	Codice fiscale	AN	16	72	87		OBB
11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza	AN	6	88	93		OBB
12.0	ASL di residenza	AN	3	94	96	Codice ASL di residenza assistito	OBB
35.0	Data inizio assistenza	AN	8	97	104		OBB
36.0	Data fine assistenza	AN	8	105	112		OBB
18.0	Quantità	N	3	113	115	Mensilità di assistenza	OBB
21.0	Importo totale	N	8	116	123		OBB
40.0	Tipo movimento	AN	1	124	124	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	125	144		OBB
10.0	Data di nascita	AN	8	145	152		OBB
	Filler	AN	28	153	180		NV

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

- ASL inviante (02.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

4.11 Tracciato C

Tracciato record file "C" **Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE per residenti e non residenti**

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 struttura erogatrice 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 (C)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data di effettuazione della prestazione	AN	8	36	43		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	44	50		OBB

18.0	Quantità	N	3	51	53	Indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB
21.0	Importo totale	N	8	54	61		OBB
24.0	Data inizio ciclo	AN	8	62	69	Da compilare solo nel caso in cui il codice prestazione individui un ciclo.	OSP
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	70	73		CON
25.0	Codice Branca	AN	2	74	75	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario.	OBB
	Filler	AN	1	76	76		NOB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	77	78		OBB
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	79	88		CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	89	89	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
53.0	Codice disabilità	N	1	90	90	Codice di disabilità, del percorso/progetto descritto	CON
29.0	Codice diagnosi	AN	5	91	95	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	CON
59.0	Luogo di Erogazione	AN	1	96	96		OBB
68.0	Data prenotazione	AN	8	97	104		OBB
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	105	110		OBB
	Filler	AN	3	111	113		NV
92.0	Flag Positività esame batteriologico	AN	1	114	114		CON
112.0	Tipo Accesso	AN	1	115	115		OBB
113.0	Garanzia Tempi Massimi	AN	1	116	116		OBB
57.0	Modalità di erogazione	AN	1	117	117		NV
118.0	Codice Catalogo Prestazione	AN	10	118	127		CON
	Filler	AN	23	128	150		NV

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

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

N.B.: Ricette contenenti cicli di prestazioni. Tenuto conto che il riferimento per la data di erogazione della prestazione è la data dell'ultima prestazione del ciclo, si conviene che i cicli di prestazioni a cavaliere dell'anno dovranno essere trasmessi nell'anno di competenza della data dell'ultima prestazione del ciclo.

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

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

N.B.: Ricette contenenti cicli di prestazioni. Tenuto conto che il riferimento per la data di erogazione della prestazione è la data dell'ultima prestazione del ciclo, si conviene che i cicli di prestazioni a cavaliere dell'anno dovranno essere trasmessi nell'anno di competenza della data dell'ultima prestazione del ciclo.

4.12 Tracciato C2

Tracciato record file "C2"

Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Prestazioni in DEA o PRONTO SOCCORSO per residenti e per non residenti*

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 struttura erogatrice HSP11+BIS	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (C2)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data di erogazione della prestazione	AN	8	36	43		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	44	50		OBB
18.0	Quantità	N	3	51	53	Indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB
21.0	Importo totale	N	8	54	61		OBB
	Filler	AN	4	62	65		NV
25.0	Codice Branca	AN	2	66	67	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario.	OBB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	68	69		OBB
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	70	79		CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	80	80	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
	Filler	N	1	81	81		NV
55.0	Osservazione Breve Intensiva	AN	1	82	82		OBB
29.0	Codice diagnosi	AN	5	83	87	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OBB
73.0	Modalità di dimissione	AN	1	88	88		OBB
74.0	Codice Colore	AN	1	89	89		OBB
	Filler	AN	1	90	90		OBB
59.0	Luogo di erogazione	AN	1	91	91		OBB
82.0	Matricola unità produttiva	AN	6	92	97		OBB
94.0	Data Entrata PS	AN	8	98	105		OBB
95.0	Ora Entrata PS	AN	4	106	109		OBB
96.0	Modalità arrivo	AN	1	110	110		OBB
97.0	Identificativo Centrale 118	AN	5	111	115		CON
98.0	Problema principale	AN	2	116	117		OBB
99.0	Triage Accesso PS	AN	1	118	118		OBB
100.0	Data presa in carico PS	AN	8	119	126		OBB
101.0	Ora Presa in carico PS	AN	4	127	130		OBB
102.0	Data dimissione PS	AN	8	131	138		OBB
103.0	Ora Dimissione PS	AN	4	139	142		OBB
104.0	Tipo Referto	AN	1	143	143		OSP
105.0	Codice reparto ricovero	AN	4	144	147		CON
106.0	Motivo trasferimento	AN	1	148	148		CON
107.0	Codice diagnosi secondaria 1	AN	5	149	153	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
108.0	Codice diagnosi secondaria 2	AN	5	154	158	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
109.0	Codice diagnosi secondaria 3	AN	5	159	163	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
110.0	Codice diagnosi secondaria 4	AN	5	164	168	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
119.0	Data Inizio OBI	AN	8	169	176		CON

120.0	Ora Inizio OBI	AN	4	177	180		CON
121.0	Data Indicazione al ricovero/dimissione	AN	8	181	188		CON
122.0	Ora Indicazione al ricovero/dimissione	AN	4	189	192		CON
123.0	Problema clinico principale OBI	AN	5	193	197		CON
124.0	Prestazione principale erogata in OBI	AN	10	198	207		CON
125.0	Diagnosi principale uscita OBI	AN	5	208	212	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	CON
	Filler	AN	38	213	250		NV

(*)

- Dovranno essere inviate tutte le prestazioni di pronto soccorso, **comprese quelle seguite da ricovero**; le prestazioni erogate per accessi seguiti di ricovero, devono comunque essere inviate anche nel flusso C4.

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)

4.13 Tracciato C4

Tracciato record file "C4" Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Riguarda tutte le prestazioni erogate all'assistito durante il ricovero ospedaliero presso l'azienda sanitaria (può essere eventualmente estesa a nuovi modelli di ricovero extra-ospedaliero SDE)

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 STS11	OBB
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	Indica il tipo di tracciato record (C4)	OBB
45.0	Istituto richiedente	AN	8	14	21	Codice HSP11+BIS in alternativa STS11	OBB
32.0	Codice reparto richiedente	AN	4	22	25		OBB
33.0	Scheda nosologica	AN	10	26	35		CON
	Filler	AN	1	36	36		CON
15.0	Data erogazione prestazione	AN	8	37	44		CON
17.0	Codice prestazione	AN	7	45	51		OBB
18.0	Quantità	N	3	52	54		OBB
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	55	58		NOB
25.0	Codice branca	AN	2	59	60	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario	CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	61	61	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	62	81		OBB
49.0	Tipo codice prestazione	AN	1	82	82	Codice per indicare prestazioni non presenti nel nomenclatore	CON
	Filler	AN	5	83	87		NV
82.0	Matricola Unità produttiva	AN	6	88	93	Indicare la matricola dell'unità produttiva erogante la prestazione	OBB
57.0	Modalità di erogazione	AN	1	94	94		OBB
116.0	N. Scheda Ricetta	AN	16	95	110		CON
08.0	Codice fiscale	AN	16	111	126	A partire dalla rilevazione di gennaio 2016	NOB
	Filler	AN	24	127	150		NV

Devono essere inviate nell'ambito del flusso C4 anche le prestazioni erogate per accessi in pronto soccorso seguiti da ricovero

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

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

4.14 Tracciato C5

Tracciato record file "C5"

Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Prestazioni a fatturazione e pagamento diretto tra aziende, il flusso deve essere inviato dall'azienda della struttura che eroga la prestazione.

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 STS11	OBB
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	Indica il tipo di tracciato record (C5)	OBB
08.0	Cod. fiscale	AN	16	14	29		NOB
42.0	Codice regione richiedente	AN	3	30	32		OBB
37.0	Codice Azienda richiedente	AN	3	33	35		OBB
45.0	Codice istituto richiedente	AN	8	36	43	Codice HSP11+BIS in alternativa STS11	OBB
15.0	Data erogazione prestazione	AN	8	44	51		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	52	58		OBB
18.0	Quantità	N	3	59	61		OBB
21.0	Importo totale	N	8	62	69		OBB
	Filler	AN	4	70	73		NV
25.0	Codice branca	AN	2	74	75	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario	CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	76	76	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	77	96		OBB
49.0	Tipo codice prestazione	AN	1	97	97	Codice per indicare prestazioni non presenti nel nomenclatore	CON
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	98	103	Indicare la matricola dell'unità produttiva erogante.	OBB
126.0	Tipo attività	AN	1	104	104		OBB
	Filler	AN	46	105	150		NV

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

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

5 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 inviante 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 2 "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 *alfanumerico* o *numerico*. Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.
- VALORI AMMESSI:** espone i soli 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 6 del documento.
- Osservazioni e Precisioni** Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.

ANAG	OBB		02.0
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	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: La tabella delle Aziende Sanitarie regionali è reperibile http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" <ul style="list-style-type: none"> • Dati trasversali comuni e stati esteri 	

CONTROLLI APPLICATI
L03 – Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante
Per il tracciato B: L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante
Per i tracciati C, C2: L17 – La ricetta non deve essere già esistente

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per tracciati C, C2: il valore deve essere uguale per l'intero blocco di informazione nel file dei dati di dettaglio.
Per il tracciato C: In caso di autoimpegnative viene verificato che non sia già stata inviata da quell'Asl, mentre per DM e DPCM non viene controllato l'ente inviante ma solo se è presente negli archivi regionali dei flussi.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		03.1
ANAG	OBB		

NOME CAMPO: Ente inviante del flusso

DESCRIZIONE CAMPO
Per Tracciati C: Codice struttura erogatrice STS11 Per Tracciati C2: Codice struttura HSP11-BIS

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis presente sul sistema PADDI , a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Strutture	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati C, C2: L02 – Congruenza tra data di erogazione della prestazione, data di apertura e chiusura dell'ente inviante del flusso e dell'ente erogatore L03 – Congruenza tra codice ente e codice azienda inviante Per i tracciati C, C2: L17 – La ricetta non deve essere già esistente

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. 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	Modalità		N° Scheda Rif.
			03.2
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
NOME CAMPO: Ente erogatore			

DESCRIZIONE CAMPO
Per Tracciati C, C4, C5: Codice struttura erogatrice STS11 Per Tracciati C2: Codice struttura HSP11-BIS

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis presente sul sistema PADDI , per cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile – Strutture	

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati C, C2, C4, C5:

L02 – Congruenza tra data di erogazione della prestazione, data di apertura e chiusura dell'ente inviante del flusso e dell'ente erogatore

L03 – Congruenza tra codice ente e codice azienda inviante

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

Per il tracciato C:

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

Per il tracciato C5:

L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda inviante

Per il tracciato C2:

LE2 - Congruenza tra codice reparto, modalità di dimissione ed ente erogante

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.

Per i tracciati C e C2 deve esistere corrispondenza tra il codice ente inviante e il codice erogatore tra flusso sezione anagrafica e sezione prestazioni, per cui il controllo L02 viene applicato sia sull'ente erogatore che sull'ente inviante.

Nel solo tracciato C, nell'ambito della sezione prestazioni è possibile indicare più codici STS11 e relative matricole di unità produttive. Tale condizione si applica quando per l'erogazione delle prestazioni presenti nella ricetta, sono state coinvolte unità produttive afferenti a strutture diverse; si noti che è anche possibile indicare eventuali codici struttura e matricole di unità produttive di altre ASR.

TRACCIATO

Modalità

N° Scheda Rif.

ANAG

CON

04.0

B

OBB

NOME CAMPO: Codice medico prescrittore

DESCRIZIONE CAMPO

Tracciato B: codice medico regionale

Tracciato ANAG: codice regionale del medico, codice fiscale del medico o codice atto ad individuare il prescrittore

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: "AD99999", Codice Disciplina + codice progressivo unità operativa,, codice medico, codice STS11, 099999R, E99999R, codice fiscale medico, AG99999

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei medici presente sul sistema [PADDI](#), a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella medici è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabelle istituti pubblici – Tabelle medici"

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato ANAG flusso C2:

L53 – Congruenza tra provenienza assistito, campo medico prescrittore e data prescrizione

Per il tracciato ANAG flusso C:

L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore

LF5 - Congruenza tra il tipo di erogazione della ricetta e medico

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato B: sono ammessi solo i codici regionali.

Per il tracciato ANAG flussi C

Ricette del SSN cartacee: Per ricetta Regione Piemonte 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. Nel caso di ricetta SSN altra regione indicare valore E99999R

Ricette cartacee AUTOIMPEGNATIVE e AGENDA GRAVIDANZA

- Ricette relative ad accessi diretto
 - Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio nel caso di accesso diretto
 - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto accesso diretto ospedaliero
 - “AD99999” per accesso diretto
- Ricette relative ad impegnative interne ospedaliere :
 - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto a cui appartiene lo specialista
 - Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all’accesso diretto
 - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione.
 - Codice fiscale del medico specialista prescrittore. Dalle prescrizioni del 01/10 accettato solo
- Ricette prescritte da INPS e carceri è prevista la seguente codifica: “099999R”
- Ricette relative all’agenda di gravidanza è prevista la seguente codifica: “AG99999”
- Ricetta autoimpegnativa sostitutiva di ricetta SSN non prescritta correttamente: Codice regionale MMG o PLS

Ricette Elettroniche DEMATERIALIZZATE : Codice Fiscale del medico

Per il tracciato ANAG flusso C2: il campo codice medico deve essere compilato se il campo provenienza assistito assume valore “2”

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
			ANAG
B	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
<p>Per i tracciati ANAG: L13 – Congruenza anonimato</p> <p>Per i tracciati ANAG C2 e B: L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>(*) Il cognome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con la lettera non accentata seguita dall'apostrofo.</p> <p>In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indica "ANONIMO"</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		OBB
B	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 anonimato
Per i tracciati ANAG C2 e B: 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		08.0
ANAG	OBB		
B	OBB		
C5	NOB		
NOME CAMPO: Codice fiscale			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice fiscale o altro codice identificativo del paziente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice fiscale o altro codice identificativo specifico	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 10.	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per tutti i tracciati ANAG: L13 – Congruenza anonimato L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa SA1 – Codice fiscale non presente in archivio AURA. LE6 – Congruenza tra data prescrizione/data erogazione (C2), codice STP/ENI e Banca Dati Centri ISI regionali</p> <p>Per il tracciato ANAG C2: L30 – Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione</p> <p>Per il tracciato ANAG C: SA2 – Congruenza tra posizione utente ticket, data prescrizione, codice esenzione e codice fiscale per esenzioni da reddito LX4 – Congruenza tra numero ricetta NRE e codice fiscale del paziente</p> <p>Per tutti i tracciati C2 e B L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.</p> <p>Per il tracciato B: L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile</p>
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Per i tracciati ANAG, B e C5: Per la compilazione si veda la tabella di supporto al controllo L89, di cui al paragrafo 10. 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”.</p> <p>Per i tracciati ANAG e C5: I codici STP/ENI emessi dalla regione Piemonte (identificabili dal codice regione “010” inserito dopo i caratteri STP o ENI) dovranno essere attivi alla data di prescrizione/erogazione nella Banca Dati Centri ISI regionale. Sui codici STP/ENI emessi da centri ISI fuori regione verrà effettuato solo un controllo formale che abbia la seguente struttura: “STP+ codice regione (non 010) + codice ASL + 7 cifre numeriche”.</p> <p>Il controllo formale sul codice fiscale viene modificato 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) si esegue la seguente verifica dei caratteri da 7-11:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita - 9 carattere uguale a 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)

Accettato anche i codici fiscali non ancora definitivi con il formato previsto di 11 cifre. Tale codice fiscale provvisorio deve essere registrato in AURA, in caso contrario non viene riconosciuto valido.

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
<p>I valori sono stati uniformati al flusso dei Dimessi;</p> <p>1- Maschio</p> <p>2- Femmina</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		10.0

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
<p>Per i tracciati ANAG C2 L30 – Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente</p> <p>Per i tracciati ANAG C: L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita</p> <p>Per i tracciati ANAG: L04 – Congruenza tra data di nascita e data erogazione della prestazione</p> <p>Tracciato B L46 – Congruenza tra data di nascita e inizio assistenza</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
ANAG	OBB	11.0
B	OBB	

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
<p>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.</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Tabella ISTAT dei Comuni italiani, Tabella stati esteri, reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri Tabella al paragrafo 10.</p>	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per i tracciati B, 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</p> <p>Per i tracciati ANAG: L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea</p> <p>Per i tracciati B, ANAG C2: L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune.</p> <p>Per i residenti in Italia, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza.</p> <p>Per i residenti all'estero, il codice dello Stato preceduto da 999, o STP seguito dal codice Stato estero, o 999999 per apolidi.</p> <p>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.</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		OBB
B	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, reperibile al seguente link

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

Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli"

- Dati trasversali comuni e stati esteri

Tabella al paragrafo 10.

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza tra Provincia e comune di residenza e ASL di residenza

Per il tracciato ANAG:

L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa

Per il tracciato B :

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

L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			

	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		13.0

NOME CAMPO: Numero ricetta

DESCRIZIONE CAMPO

Per il tracciato C: Numero poligrafico riportato sul ricettario nazionale, oppure numero dell'impegnativa interna, oppure numero della ricetta Dematerializzata (NRE).

Per il tracciato C2: numero di registrazione di accesso in pronto soccorso

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: **Per il tracciato C:** Numero poligrafico riportato sul ricettario nazionale, oppure numero dell'impegnativa interna, oppure numero della ricetta Dematerializzata (NRE).

Tabella al paragrafo 10.

Per il tracciato C2: numero di registrazione di accesso in pronto soccorso

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L17 – La ricetta non deve già essere esistente

L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

Per il tracciato ANAG flusso C:

L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore

L94 – Congruenza tra numero ricetta e tipologia prescrizione

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

LX1 - Congruenza tra numero ricetta, flag ricetta interna per tipo di prescrizione DPCM

LX2- Prescrizione DM annullata

LX3 - Numero di ricetta NRE non presente in archivio:

LX4 - Congruenza tra numero ricetta NRE e codice fiscale del paziente

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato ANAG C:

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 cartacee del paziente il campo deve essere compilato con un numero univoco nell'ambito dell'azienda, costituito da un codice alfa numerico di lunghezza complessiva pari a 16 cifre avente uno dei seguenti schemi:

- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) + progressivo numerico (9 cifre) + 'A' (impegnativa interna)
- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'A' (impegnativa interna)

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 prestazioni prescritte con l'Agenda di Gravidanza il campo deve essere compilato con un numero univoco nell'ambito dell'azienda, costituito da un codice alfa numerico di lunghezza complessiva pari a 16 cifre avente il seguente schema:

- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (8 cifre) + progressivo di prescrizione (2 cifre da 01 a 14) + 'G' (Agenda di Gravidanza)

Agli schemi descritti viene applicata la validazione formale del campo; se il formato non viene rispettato la ricetta sarà scartata.

Per il tracciato ANAG C2: indicare come numero di ricetta il numero di registrazione di accesso in Pronto Soccorso; da compilare anche nel caso di solo accesso senza l'erogazione della prestazione (modalità di dimissione A o M)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		OBB
C2	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.

C	OBB		15.0
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
NOME CAMPO: Data di erogazione della prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO
Per i tracciati C, C2, C4, C5: Data di erogazione della prestazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: gmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per il tracciato C: L01 – Congruenza tra data inizio ciclo e data erogazione della prestazione L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo</p> <p>Per il tracciato C2: L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente L30 – Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione</p> <p>Per i tracciati C, C2: L04 – Congruenza tra data di nascita e data erogazione della prestazione</p> <p>Per i tracciati C, C2, C4, C5,: L05 – Congruenza tra codice prestazione ed anno di erogazione L08 – Congruenza tra data erogazione della prestazione e data di trasmissione L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione L02 – Congruenza tra data di erogazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente inviante del flusso</p> <p>Per i tracciati C, C2: L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Per il tracciato C: nel caso di un ciclo di prestazioni, riportare la data dell'ultima prestazione del ciclo</p> <p>Per il tracciato C2: da compilare anche nel caso di solo accesso (modalità di dimissione A o M) senza l'erogazione della prestazione (riportare la data dell'accesso in pronto soccorso)</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		OBB
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		

NOME CAMPO: Codice prestazione

DESCRIZIONE CAMPO
Riporta il codice prestazione secondo il Nomenclatore tariffario regionale in vigore al momento dell'erogazione della prestazione. Per i flussi C4 e C5 sono ammessi codici prestazione extra – nomenclatore

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 7	FORMATO: AN
<p>VALORI AMMESSI: valore presente in tabella. TABELLE DI RIFERIMENTO: Nomenclatore regionale, vedi l'excel allegato i fogli denominati "TAB 01" e "TAB 02" Per il tracciato C: Allegato "1"; Allegato "2" branca 79 per soli residenti e branche 08, 29, 58, 69, 70, 81 e 98 per tutte le tipologie di pazienti Per il tracciato C2: Allegato "1"; Allegato "2"; e valore '0000000' Per i tracciati C4, C5: Allegato "1"; Allegato "2" Per i tracciati C4, C5: inserire il codice procedura ICD IX-CM identificante la prestazione se e solo se il campo 49.0 è opportunamente valorizzato, la tabella di riferimento è reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione "Materiali regionali"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel) 	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per il tracciato C: L18 – Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione L19 – Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione L21 – Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione L50 – Congruenza tra campi quantità e branca 79 e codice prestazione L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione L73 – Congruenza tra codice prestazione e quantità. L76 – Congruenza tra codice prestazione e struttura erogante L77 – Congruenza tra codici prestazione 89.7.1, 89.7 e codice branca 56 L96 – Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità di produzione LD0 - Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice prestazione LD1 - Congruenza tra Codice prestazione e Matricola Unità Produttiva per le prestazioni di DH LD5 - Congruenza tra codice prestazione, codice esenzione LD7 - Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico LF9 - Congruenza tra codice catalogo e codice prestazione LG3 – Congruenza tra codice della prestazione ed erogabilità della prestazione.</p> <p>Per i tracciati C, C2, C4, C5: L05 – Congruenza tra codice prestazione ed anno di erogazione L16 – Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento. L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca</p> <p>Per tracciato C2: LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso</p> <p>Per tracciato C e C2: L75 – Congruenza tra codice emocomponenti e flussi C e C2</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per i tracciati C: 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).

Per le ricette dematerializzate prescritte dal 1 ottobre 2016 è obbligatorio il codice del catalogo campo 118.0, in questo caso si può omettere la compilazione del codice nomenclatore. Per le altre tipologie di prescrizioni successive al 01 ottobre sono ammessi o il codice catalogo, o il codice nomenclatore oppure entrambi.

Per il tracciato C2: nell'ambito della rilevazione valorizzare '000000' nel caso di accesso in pronto soccorso non seguito dall'erogazione della prestazione (modalità di dimissione A o M)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	B		OBB
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
NOME CAMPO: Quantità			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il numero effettivo di prestazioni erogate per ogni riga della ricetta (codice prestazione). Per il tracciato B: è il numero di mensilità di assistenza addebitati.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Per i tracciati C, C4, C5: numero massimo di prestazioni previste dalla normativa vigente Per i tracciati B: maggiore o uguale a 1 Per i tracciati C2: valori compresi tra 0-999	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati B, C2, C5:

L11 – Congruenza tra Importo totale, quantità

Per i tracciati C, C2:

L47 – Congruenza tra quantità totale del record anagrafico e la somma delle quantità dei record di dettaglio

Per il tracciato C:

L18 – Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione

L19 – Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione

L50 – Congruenza tra campi quantità e branca 79 e codice prestazione

L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione

L73 – Congruenza tra codice prestazione e quantità.

L83 – Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni erogate

Per il tracciato C2:

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

Per il tracciato B:

L26 – Congruenza tra quantità e numero di mensilità di assistenza erogate

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).

Per il tracciato B: il mese di presa in carico dell'assistito sarà valorizzato se il periodo di assistenza ha una durata di almeno 15 giorni come precisato al paragrafo 4.7 FLUSSO B - PRECISAZIONI.

Per il tracciato C2: dovrà essere riportato il valore 0 in caso di accesso in pronto soccorso (modalità di dimissione A o M) non seguito dall'erogazione di alcuna prestazione.

TRACCIATO

Modalità

N° Scheda Rif.

C

OBB

19.0

C2

OBB

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, 17,18,19,20,NT

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati C e C2:

L07 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e codice identificativo esenzione.

LA4 – Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket - stranieri

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

Per il solo tracciato C:

L36 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket

Per il solo tracciato C2:

L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket ed età del paziente (modificato)

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

LE4 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C:

0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (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.

1 – esente per categorie di soggetti di cui al D.M. 01/02/1991 art. 6 commi 1 e 2 e D.M. 10/09/98 (esenzione per maternità) e Legge 27 Art.4 Bis del 28/02/2001 (Monitoraggio Sanitario)

2 – non esente

3 – esente con autocertificazione (esenzione per reddito di cui alla legge Finanziaria nr. 724/94)

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

5 – esente per patologia ai sensi del D.M. n. 329 del 28/05/1999 e del D.M. 279 del 18/05/01

NT – Ticket non dovuto per prestazioni definite da DGR 84-10526 del 29.12.2008 - DGR 21-9688 del 30.09.2008 e Allegato 2 prestazioni di cui alla D.G.R. 61-13646 del 22.03.2010

Per il tracciato C2 (vedi paragrafo 6):

0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (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.

1 – esente per categorie di soggetti di cui al D.M. 01/02/1991 art. 6 commi 1 e 2 e D.M. 10/09/98 (esenzione per maternità) e Legge 27 Art.4 Bis del 28/02/2001 (Monitoraggio Sanitario)

2 – non esente

- 3 – esente con autocertificazione (esenzione per reddito di cui alla legge Finanziaria nr. 724/94)
- 5 – esente per patologia ai sensi del D.M. n. 329 del 28/05/1999 e del D.M. 279 del 18/05/01
- 17 – esente per traumatismi ed avvelenamenti acuti
- 18 – esente per assistito con età inferiore ai 14 anni
- 19 – esenti per codice colore verde, giallo, rosso
- 20 – esente per prestazione non erogata (solo accesso)
- 21 – titolare del codice Giubileo " valido dal 07/12/15-20/11/16.

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
L36 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket Per il tracciato C: LB9 - Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Nomenclatore tariffario regionale Per il tracciato C2: L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso LE4 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere NNNN,NN Per il tracciato C: L'importo massimo è pari a 66,15 Euro rif DGR n°11-2490 del 29/07/2011 Per il tracciato C2: l'importo è pari a 25,0 Euro, in presenza di codice colore bianco alla dimissione, ad eccezione delle esenzioni previste.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C5	OBB		

NOME CAMPO: Importo totale

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Per il tracciato B: l'importo totale è uguale al prodotto tra il campo quantità e il valore fisso 11,00 Euro.</p> <p>Per i tracciati C, C2: 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.</p>

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: N
<p>VALORI AMMESSI: Per le righe di dettaglio i valori previsti nelle tabelle di riferimento rapportate alla quantità.</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: nomenclatore tariffario regionale ove previsto. La tabella è presente sul sistema PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tariffario_Regionale_Prestazioni</p>	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per i tracciati B, C2, C5: L11 – Congruenza tra importo totale, quantità</p> <p>Per il tracciato C2: LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Il formato degli importi deve essere NNNNN,NN In caso di importo negativo il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNN,NN).</p> <p>Per il tracciato C2: la prestazione deve essere valorizzata secondo quanto previsto dal nomenclatore ambulatoriale. È previsto un importo totale della riga di dettaglio pari a 0 nel caso di accesso in pronto soccorso (modalità di dimissione A o M) senza l'erogazione della prestazione.</p> <p>Per il tracciato C5: gli importi sono quelli previsti dal Nomenclatore Tariffario regionale ovvero oppure dagli importi previsti dalle convenzioni tra le Aziende.</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		OBB
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		

NOME CAMPO: Tipo record

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia del tracciato record

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Per il tracciato B: valore ammesso "B " Per il tracciato C: valore ammesso "C " Per il tracciato C2: valore ammesso "C2" Per il tracciato C4: valore ammesso "C4" Per il tracciato C5: valore ammesso "C5" TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per i tracciati C, C2: Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di righe di dettaglio. Il campo deve essere obbligatoriamente compilato , in quanto identifica il tipo di flusso ed è necessario per discriminare i controlli da applicare

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OSP		24.0

NOME CAMPO: Data inizio ciclo

DESCRIZIONE CAMPO
 Indica la data dell'erogazione della prima prestazione di un ciclo.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – La data inizio ciclo minore o uguale alla data di erogazione
 L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo e data erogazione prestazione
 L83 – Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni erogate

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		
C2	OBB		
C4	CON		
C5	CON		

NOME CAMPO: Codice branca

DESCRIZIONE CAMPO
Riporta la branca relativa alla prestazione indicata nel campo codice prestazione, come da nomenclatore tariffario. Per le sole prestazioni di visita 89.01 anamnesi e valutazione definite brevi e 89.7 visita generale, se queste sono erogate da sole strutture pubbliche, andrà indicata la disciplina di riferimento. Diversamente per i Presidi ex art 43 L833 del 1978 e strutture private provvisoriamente / definitivamente accreditate, andrà indicata la branca specifica, in conformità a quanto stipulato nei contratti.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI : valore presenti nella tabella	
TABELLE DI RIFERIMENTO: elenco delle Branche specialistiche del Nomenclatore Tariffario Regionale; elenco discipline ministeriali per prestazioni di visita 89.01 e 89.7	
La tabella delle Branche specialistiche è presente nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 08".	

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C:

- L18 – Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione
- L19 – Congruenza tra campi quantità, branca 98 e codice prestazione
- L21 – Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione
- L50 – Congruenza tra campi quantità e branca 79 e codice prestazione
- L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione
- L96 – Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità di produzione
- L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo

Per i tracciati C e C2:

- L47 – Congruenza tra quantità totale del record anagrafico e la somma delle quantità dei record di dettaglio

Per i tracciati C, C2,C4,C5:

- L10 - Congruenza tra codice prestazione e codice branca

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il solo tracciato C: il codice branca deve essere univoco nell'ambito della ricetta; è accettata la compresenza del codice branca 99

TRACCIATO

Modalità

N° Scheda Rif.

**C
CON**

29.0

**C2
OBB**

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, reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione "Materiali regionali"	
<ul style="list-style-type: none">• <u>Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)</u>	

CONTROLLI APPLICATI

Flusso C

L49 - Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il solo tracciato C il campo deve essere compilato contemporaneamente ai campi 52.0 e 53.0

Per i tracciati C, C2 vengono verificati i primi tre caratteri del codice; **per il tracciato C2 viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19** (rif. Nota regionale n. 10042 del 24/03/2020 - tabella “Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)”).

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C4	OBB		32.0

NOME CAMPO: Codice reparto richiedente

DESCRIZIONE CAMPO
 Codice dell'unità operativa che richiede la prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE

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

VALORI AMMESSI: i primi due caratteri sono valori presenti in tabella, i successivi due sono valori compresi tra 01 e 99 (*)

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella presente nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 07".

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Le prime due cifre individuano la specialità clinica o la disciplina ospedaliera dell'unità operativa di ricovero; le due successive indicano il progressivo della divisione di ricovero.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG - C2		
C4	CON		

NOME CAMPO: 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
Per il tracciato C2 LE1 - Congruenza tra scheda di ricovero e modalità di dimissione

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.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
B	OBB		36.0

NOME CAMPO: Data fine assistenza

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la data di fine dell'assistenza del medico di medicina generale oppure del medico pediatra di libera scelta.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: ggmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L25 – Congruenza tra data di inizio assistenza, data di fine assistenza e data di trasmissione L26 – Congruenza tra quantità e numero di mensilità di assistenza erogate L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Qualora l'assistenza si protragga oltre il 31/12, ai soli fini della trasmissione del flusso, occorre convenzionalmente chiudere il periodo di assistenza al 31/12 dell'anno di competenza e riaprirlo a partire dall'01/01 dell'anno successivo. Vedi paragrafo 4.6 FLUSSO B – PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C5	OBB		37.0

NOME CAMPO: Codice Azienda richiedente

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'azienda sanitaria che richiede la prestazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella oppure '999'. (*), LEA	
TABELLE DI RIFERIMENTO: La tabella delle Aziende Sanitarie regionali, che è reperibile al seguente link (*). http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione	
Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli"	
<ul style="list-style-type: none"> Dati trasversali comuni e stati esteri 	

CONTROLLI APPLICATI
L33 – Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
(*) Il controllo del codice azienda richiedente viene effettuato solo se la regione richiedente è il Piemonte. Compilare il campo con il valore '999' solo in presenza di codice istituto richiedente '99999999'.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		

B	OBB		38.0
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	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
L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Tracciati C/C2: Il codice deve essere univoco nell'ambito dell'azienda inviante e del tipo record. Il codice deve essere diverso anche per anni di competenza diversi; il campo deve essere compilato nella sua interezza</p> <p>Tale identificativo viene utilizzato nell'invio del flusso C/C2 al Ministero della Salute e pertanto si rende necessaria una un'uniformità di compilazione che si attiene alle seguenti regole:</p> <ul style="list-style-type: none"> - primi 8 caratteri: codice struttura ministeriale inviante (campo 03.1) se STS11 completare a destra con carattere 00 - successivi 4 caratteri: anno competenza - successivi 8 caratteri: una qualsiasi combinazione di cifre numeriche e lettere dell'alfabeto (maiuscole) <p>Non sono ammessi caratteri speciali, spazi, lettere minuscole, simboli;</p> <p>Tracciati B, C4, C5: Le modalità di compilazione sono libere ma sono ammessi solo lettere maiuscole, cifre numeriche.</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		CON
C4	NOB		

NOME CAMPO: Disciplina di erogazione

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la disciplina di erogazione della prestazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 2 caratteri per indicare la disciplina di erogazione e 2 caratteri per indicare l'eventuale divisione di erogazione altrimenti 00	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Discipline ospedaliere presente nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 07".	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Il campo deve essere compilato nei seguenti casi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - per strutture afferenti l'area "09 – Aree funzioni territoriali" e codice specialità 01 - Tracciato C - per rilevare le prestazioni svolte dagli psicologi (rif. Nota regionale n°38817/2006 del 17/10/2009) – Tracciato C e C4 <p>Per i tracciati C: nel caso di prestazioni erogate dal medico ospedaliero indicare il codice reparto (codice disciplina + progressivo divisione). Nel caso di prestazioni erogate da medici specialisti convenzionati interni indicare la disciplina ospedaliera.</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		NOB
B	NOB		
C	NOB		
C2	NOB		
C4	NOB		
C5	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
L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzare il campo in funzione delle specifiche riportate nel capitolo 4.1 CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C5	OBB		42.0

NOME CAMPO: Codice regione richiedente

DESCRIZIONE CAMPO
Codice della Regione dove insiste l'Azienda richiedente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici regioni d'Italia reperibili al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" <ul style="list-style-type: none"> • Dati trasversali comuni e stati esteri 	

CONTROLLI APPLICATI
L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		CON
C2	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 reperibile sul sistema PADDI , a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabella codici esenzione"	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per i tracciati C e C2: L07 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e codice identificativo esenzione.</p> <p>Per il tracciato C SA2 – Congruenza tra posizione utente ticket, data prescrizione, codice esenzione e codice fiscale per esenzioni da reddito</p> <p>per cod. esenzione 'E10': LE7 – Congruenza tra codice esenzione, data prescrizione e codice fiscale per esenzione in Aura</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C5		OBB
C4	OBB		

NOME CAMPO: Codice istituto richiedente

DESCRIZIONE CAMPO
Codice istituto HSP.11-bis della struttura richiedente la prestazione o azienda non sanitaria. In alternativa il Codice STS11

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valori presenti in tabella o '99999999' (*)	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis presente sul sistema PADDI , per cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile – Strutture	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Flusso C5: L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda richiedente L33 – Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>(*) Il controllo del codice istituto richiedente viene effettuato solo se la regione richiedente è il Piemonte.</p> <p>Il codice '99999999' deve essere utilizzato per le aziende non sanitarie e può essere indicato nel solo flusso C5</p>

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 totale del record anagrafico e la somma delle quantità dei record di 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.
	OSP		
ANAG -C2	OSP		48.0

NOME CAMPO: Scheda Intervento 118

DESCRIZIONE CAMPO
Numero scheda intervento di emergenza 118

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 12	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE3 - Congruenza tra modalità di arrivo in PS e scheda intervento 118 (controllo valido dalla competenza del 01.10.2010)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Il dato deve essere rilevato solo per il tracciato C2 per i passaggi in pronto soccorso nel caso di pazienti transitati con mezzi di soccorso del sistema di Emergenza Sanitaria 118. I criteri di compilazione sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primi due caratteri sono numerici: identificano la Centrale Operativa 118. Nel caso di centrale 118 della Regione Piemonte valori ammessi da 01 a 04, per centrali operative fuori regione valore ammesso 99 • Due lettere maiuscole + quattro cifre, che rappresentano l'identificativo della richiesta di soccorso; • Due numeri che identificano il numero progressivo dei mezzi intervenuti nella specifica missione di soccorso. (es: 01, 02, 03 ... con zero iniziale significativo e obbligatorio per le missioni inferiori alla decima) <p>Alcuni esempi: 01BK597201 03HF634201 99RK243502</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C4		CON
C5	CON		

NOME CAMPO: Codice tipo prestazione

DESCRIZIONE CAMPO
Indica che la prestazione erogata non appartiene al nomenclatore Regionale.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: "E"	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere valorizzato ad "E" per tutti i codici di prestazione che non sono presenti nel nomenclatore Regionale.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-C	CON		52.1

NOME CAMPO: Codice struttura che redige il progetto

DESCRIZIONE CAMPO
È l'istituto presso il quale è stato formulato il progetto di riabilitazione (D.G.R. Nr. 49-6478 del 01/07/2002)

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 6	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: codice STS11 della struttura	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella STS11 presente sul sistema PADDI , per cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile – Strutture	

CONTROLLI APPLICATI
L49 – Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo L57 – Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56, codice disciplina e progressivo divisione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura: <ul style="list-style-type: none"> • privata provvisoriamente o definitivamente accreditata, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con il codice "56" (codice di disciplina) ed il campo 52.3 deve essere omissivo; • pubblica di tipo territoriale, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con la disciplina di riferimento e il campo 52.3 deve essere omissivo; • pubblica di tipo ospedaliero oltre al codice STS11 devono essere compilati i campi 52.2 e 52.3 rispettivamente con la disciplina e il progressivo di divisione di riferimento. Nel caso di struttura ambulatoriale interna ad istituto ospedaliero omettere il progressivo dimissione

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG-C		
			52.2

NOME CAMPO: Codice disciplina

DESCRIZIONE CAMPO
Codice disciplina di riferimento della struttura che redige il progetto

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: codici discipline	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella delle discipline reperibile nell'excel allegato, nel foglio denominato "TAB 07".	

CONTROLLI APPLICATI
L49- Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo L57- Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56, codice disciplina e progressivo divisione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • privata provvisoriamente o definitivamente accreditata, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con il codice "56" (codice di disciplina) ed il campo 52.3 deve essere omissivo; • pubblica di tipo territoriale, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con la disciplina di riferimento e il campo 52.3 deve essere omissivo; • pubblica di tipo ospedaliero oltre al codice STS11 devono essere compilati i campi 52.2 e 52.3 rispettivamente con la disciplina e il progressivo di divisione di riferimento. Nel caso di struttura ambulatoriale interna ad istituto ospedaliero omettere il progressivo dimissione

TRACCIATO			

	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-C	CON		52.3

NOME CAMPO: Progressivo divisione

DESCRIZIONE CAMPO
Progressivo divisione di riferimento della struttura che redige il progetto

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella unita operative	

CONTROLLI APPLICATI
<p>L49 – Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo</p> <p>L57 – Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell’ambito della BRANCA 56, codice disciplina e progressivo divisione</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura privata provvisoriamente o definitivamente accreditata, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con il codice “56” (codice di disciplina) ed il campo 52.3 deve essere omesso.</p> <p>Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo territoriale, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con la disciplina di riferimento e il campo 52.3 deve essere omesso; se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo ospedaliero oltre al codice STS11 devono essere compilati i campi 52.2 e 52.3 rispettivamente con la disciplina e il progressivo di divisione di riferimento. Nel caso di struttura ambulatoriale interna ad istituto ospedaliero omettere il progressivo divisione</p>

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	C	Modalità	

			53.0

NOME CAMPO: Codice disabilità

DESCRIZIONE CAMPO

Codice che individua il percorso di riabilitazione (D.G.R. Nr. 49-6478 del 01/07/2002)

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N (ma se non presente valorizzare con 'spazio')

VALORI AMMESSI: valori da 2 a 6

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L49 – Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice 1 è escluso perché il percorso di riabilitazione non è erogabile in regime ambulatoriale.

Se il campo è valorizzato con il codice "6" allora i campi 52.1, 52.2 e 52.3 possono non essere compilati, solamente nel caso in cui venga reiterato il progetto riabilitativo di riferimento.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C2		OBB

NOME CAMPO: Osservazione breve intensiva

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se durante l'accesso il paziente è stato sottoposto ad osservazione breve intensiva

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S, N

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo serve ad indicare l'osservazione di paziente instabile: riguarda i pazienti che necessitano di un periodo di osservazione per la definizione dell'iter diagnostico e/o terapeutico appropriato (regime di ricovero o rinvio al medico di base o al domicilio)

I valori possibili hanno il seguente significato

S – il paziente è stato sottoposto ad osservazione breve intensiva

N – il paziente **non** è stato sottoposto ad osservazione breve intensiva

Il campo va compilato nei due valori di riferimento (S/N) in conformità con la definizione di osservazione breve intensiva prevista con D.G.R. n. 15-12160 del 21 settembre 2009. Per i pazienti in età pediatrica e donne in stato di gravidanza il riferimento è la D.G.R. 21-7261 del 7 ottobre 2002.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		
C4	OBB		

NOME CAMPO: Modalità d'erogazione

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il tipo di erogazione della ricetta

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Flusso C: A, G, D, M, Z, I, E, R, S Flusso C4: P, R, S	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

Tracciato C:

LF5 – Congruenza tra il tipo di erogazione della ricetta e il medico prescrittore nel caso di ricetta autoimpegnativa

Tracciato C4

LF8 - Congruenza tra Modalità di erogazione e Scheda nosologica

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Flusso C

A: accesso diretto è consentito per le seguenti specialità: ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche), psichiatria e neuropsichiatria infantile

G: ricetta specialistica relativa all'agenda gravidanza

D: ricetta specialistica interna, elettronica dematerializzata o cartacea, ospedaliera

M: Ricetta a correzione ricetta SSN non prescritta correttamente da parte di MMG, PLS o Convenzionato

Z: altri tipi autoimpegnativa

Dalle prescrizioni del 01/10/2015 per le ricette dematerializzate interne nuove codifiche:

I: le ricette prescritte per iniziare un percorso al SERT, al DSM, nel CONSULTORIO e nel SIMT (attivo dal 01/10/2015 per ricette dematerializzate)

E: ricette prescritte in Pronto Soccorso alla dimissione ed erogate successivamente da altre unità operative

R: ricette prescritte durante prestazioni pre-post ricovero

S: accesso diretto formalizzati per specifiche prestazioni di visita in ambito oculistico, odontoiatrico, ginecologico, pediatrico, neuropsichiatrico

Flusso C4

P: prestazioni erogate prima del ricovero

R: Prestazione erogate durante il ricovero

S: Prestazioni erogate a seguito del ricovero

TRACCIATO

Modalità

N° Scheda Rif.

**C
OBB**

59.0

**C2
OBB**

NOME CAMPO: Luogo di erogazione

DESCRIZIONE CAMPO

File C: indica il luogo di erogazione della prestazione ambulatoriale
File C2: indica il luogo di intervento del 118 e il luogo di provenienza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

Flusso C: A, D, I, T

Flusso C2: B,C,F,L,P,Q,S,Y,Z

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Flusso C indicare:

"A" : prestazione erogata in modalità ambulatoriale

"D" : prestazione erogata in modalità domiciliare

"I" : prestazione erogata in modalità ADI

"T" : telemedicina (rif. D.G.R. n. 6-1613 del 3 luglio 2020)

Flusso C2 indicare:

"B" : Aggressione

"C" : Casa

"F" : Autolesionismo

"L" : Lavoro

"P" : Esercizio pubblico

"Q" : Scuola

"S" : Strada

"Y" : Impianto sportivo

"Z" : Altro

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG - C		
ANAG - C2	OBB		

NOME CAMPO: Provenienzaassistito

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la provenienza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Flusso C: M,C Flusso C2: A, B, C, D, E, F, G, H, Z	
TABALLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Flusso C L49 – Congruenza codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito e codice struttura che redige il progetto</p> <p>Flusso C2 L53 – Congruenza tra provenienza assistito, medico proscrittore e data prescrizione. L93 – Congruenza tra codice istituto provenienza e provenienza assistito.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Flusso C Se la branca è 56 (riabilitazione) ed è presente un progetto di riabilitazione il campo assume i valori: "M": la provenienza del paziente è determinata da una disciplina medica "C" : la provenienza del paziente è determinata da una disciplina chirurgica Il valore viene dedotto dalle informazioni rilevate dal progetto di riabilitazione</p> <p>Flusso C2 A : medico di medicina generale/ pediatra libera scelta B : medico di continuità assistenziale C: specialista D: trasferito da istituto pubblico E: trasferito da privato accreditato o provvisoriamente accreditato F: trasferito da privato non accreditato G: Intervento C.O. 118 H: decisione propria Z: altro</p>

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
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici stati esteri reperibili al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri Tabella al paragrafo 10.	

CONTROLLI APPLICATI
L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la regione italiana cui appartiene il comune di residenza dell'assistito o lo stato estero di residenza

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 reperibili al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri Tabella al paragrafo 10	

CONTROLLI APPLICATI
L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa

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	Modalità		N° Scheda Rif.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		64.0

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 o nella Confederazione Svizzera).

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		65.0

NOME CAMPO: Nr. Identificativo tessera

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 o nella Confederazione Svizzera).

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG – C		OBB
ANAG – C2	CON		

NOME CAMPO: Tipo medico prescrittore - **Campo non attivo**

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice della tipologia del prescrittore

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04, 05, 99	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella tipologia prescrittore	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>I valori ammessi sono i seguenti:</p> <p>01: medico di medicina generale, pediatra di base, guardia medica, guardia turistica 02: medico specialista dipendente pubblico 03: medico specialista convenzionato (ex SUMAI) 04: Altro: medico INPS, INAIL, Polizia... 05: medico prescrittore ISI 99: Accesso senza prescrittore</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG – C		OBB
ANAG – C2	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
<p>Per il tracciato C: L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita L82 – Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione</p> <p>Per il tracciato C2: L53 – Congruenza tra provenienza assistito, medico prescrittore e data prescrizione.</p>

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.
	C		OBB

NOME CAMPO: Data prenotazione

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di registrazione della richiesta di prestazioni (elencate nella ricetta) da parte dell'ente erogatore

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo

L82 – Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La data di prenotazione indica (sia per ricette del SSN, sia per impegnative interne) la data di registrazione sul sistema informativo dell'azienda della richiesta di prenotazione, può coincidere con la data di prescrizione e con la data di inizio ciclo o data di erogazione della prestazione.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.	
	ANAG-C		OBB	69.0

NOME CAMPO: Tipologia di prescrizione

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia di indicazione della prescrizione della ricetta

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: S, A	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L94 – Congruenza tra numero ricetta e tipologia prescrizione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>“S” : suggerita; indica se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero.</p> <p>“A” : altro</p> <p>Tale informazione deve essere dedotta dalla biffatura dell’apposita casella della nuova ricetta.</p> <p>Per impegnative interne o accesso diretto del paziente indicare “A”</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.

ANAG - C	OBB		
NOME CAMPO: Priorità della prescrizione			70.0

DESCRIZIONE CAMPO
Priorità della prescrizione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: U, B, D,P	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Indicare:</p> <p>“U” – per “urgente”: da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore</p> <p>“B” – per “breve”: da eseguire entro 10 giorni</p> <p>“D” – per “differita”: da eseguire</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro 15 o 30 giorni per le visite - entro 30 o 60 giorni per gli accertamenti specialistici <p>“P” – per “programmata”</p> <p>Le modalità di utilizzo dei codici del presente campo sono coerenti con quanto previsto dalla D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017 e successivi atti attuativi.</p>

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 paragrafo 10.	

CONTROLLI APPLICATI
L89 - Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa LA4 - Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket - stranieri LA6 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e tipo ricetta L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa

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	Modalità		N° Scheda Rif.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		74.0

NOME CAMPO: Codice colore

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice colore codificato all'atto della dimissione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1,2,3,4,5	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE4 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Codici ammessi</p> <p>1 : Bianco – Non critico, paziente non urgente</p> <p>2 : Verde – poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili</p> <p>3 : Giallo – mediamente critico, priorità immediata</p> <p>4 : Rosso – molto critico, priorità massima pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure.</p> <p>5: Nero - deceduto</p> <p>Solo in caso di solo accesso al pronto soccorso (modalità di dimissione A o M), senza l'erogazione della prestazione, il campo dovrà riportare il codice colore codificato al triage.</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-C2	CON		

			76.0

NOME CAMPO: Istituto di provenienza

DESCRIZIONE CAMPO

Indicare il codice HSP11 – BIS o STS11 dell’istituto di provenienza

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella HSP11-BIS / STS11 è presente sul sistema [PADDI](#), a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell’area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – **Strutture**”
La tabella degli istituti fuori Regione è presente sull’excel allegato

CONTROLLI APPLICATI

L93 - Congruenza tra codice istituto provenienza e provenienza assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-C2	CON		77.0

NOME CAMPO: Istituto di destinazione

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il codice HSP11 – BIS o STS11 dell’istituto di destinazione

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella HSP11-BIS / STS11 è presente sul sistema [PADDI](#), a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell’area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – **Strutture**”
La tabella degli istituti fuori Regione è presente sull’excel allegato

CONTROLLI APPLICATI

L92 - Congruenza tra modalità di dimissione e istituto di destinazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		78.0

NOME CAMPO: Data scadenza TEAM

DESCRIZIONE CAMPO
 Indicare la data di “Scadenza” di cui al campo nr. 9 della tessera europea di assicurazione malattia

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8	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 o nella Confederazione Svizzera).

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
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 o nella Confederazione 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	Modalità		N° Scheda Rif.
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 o nella Confederazione Svizzera).
 Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "221A".

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
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 o nella Confederazione Svizzera).
Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "TEAM"

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		OBB
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	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 Flusso C: LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione

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	Modalità		N° Scheda Rif.	
	ANAG – C		CON	83.0

NOME CAMPO: Codice percorso paziente

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare l'inserimento del paziente in un percorso oncologico CAS/GIC o diabetologico

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: "064", "085"	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Attualmente valorizzabile: <ul style="list-style-type: none"> • per soggetti inseriti in un percorso oncologico CAS/GIC: indicare il valore '064' • per soggetti inseriti in un percorso diabetologico: indicare il valore '085'

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – C	CON		84.0

NOME CAMPO: Stampa PC

DESCRIZIONE CAMPO

Indicare la modalità di prescrizione della ricetta

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 0,1,2, spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LB8 – Congruenza tra ricetta e Stampa PC

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per ricette S.S.N. sono ammessi i seguenti valori:

- 0 – ricetta prescritta manualmente
- 1 – ricetta informatizzata con presenza, della biffatura “Stampa PC” e del codice fiscale in modalità barcone
- 2– ricetta informatizzata con presenza della biffatura “Stampa PC”, ma con assenza del codice fiscale in modalità barcode

Per le ricette dematerializzate il campo deve essere valorizzato con spazio.

Per autoimpegnative interne il campo deve essere valorizzato con spazio

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C - ANAG	CON		91.0

NOME CAMPO: Flag ricetta non completa

DESCRIZIONE CAMPO
La struttura inviante non ha erogato tutte le prestazioni prescritte nella ricetta SSN

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI spazio, 'N'	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LB9 – Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Nomenclatore tariffario regionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo è da valorizzare 'N' per ricette SSN, nel caso in cui il ticket riscosso per l'intero ciclo di prestazioni a fronte di erogazione inferiore a quella prescritta.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		CON

NOME CAMPO: Flag positività esame batteriologico

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se riscontrato positivo all'esame batteriologico, nel caso di prestazioni relative antibiogramma

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI: spazio, S, N

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
LD7 – Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo deve essere compilato solamente per gli esami di laboratorio la cui tariffa ricomprende l'eventuale erogazione di identificazione batteriologica/antibiogramma; per indicare la positività all'esame batteriologico.

Codici prestazioni cui la tariffa comprende l'antibiogramma : 90.83.3, 90.84.3, 90.87.6, 90.88.5, 90.90.5, 90.91.4, 90.92.6, 90.93.3, 90.93.4, 90.93.5, 90.93.6, 90.93.7, 90.93.8, 90.93.9, 90.94.1, 90.94.2, 90.94.2, 90.94.3, 90.94.6, 90.94.7, 90.95.4, 90.96.6

Codici prestazioni che identificano l'antibiogramma: 90.84.1, 90.84.4, 90.84.5, 90.85.1, 90.85.2, 90.88.3, 90.84.2, 90.86.1, 90.86.2, 90.88.4, 90.90.4, 90.91.5, 90.92.1, 91.04.2, 91.04.3, 91.07.4, 91.07.4, 91.07.5, 91.08.3

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		93.0

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 ed onere spesa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>I valori ammessi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		94.0

NOME CAMPO: Data Entrata PS

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il giorno di arrivo al PS

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
-----------	----------	--	----------------

C2	OBB		
NOME CAMPO: Ora Entrata PS			

95.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il momento di arrivo al PS e di presa in carico infermieristica o del momento del triage ove attivato

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: hhmm

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		96.0

NOME CAMPO: Modalità arrivo

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la modalità di arrivo “fisica” in PS

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1,2,3,4,5,6,7,9

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LE0 - Congruenza tra modalità di arrivo in PS e identificativo centrale operativa 118
 LE3 - Congruenza tra modalità di arrivo in PS ed scheda intervento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Codici ammessi

- 1: Ambulanza 118
- 2: Altra Ambulanza
- 3: Autonomo (arrivato con mezzi propri)
- 4: Elicottero 118
- 5: Altro Elicottero
- 6: Mezzo di soccorso 118 di altre regioni
- 7: Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Polizia, ecc.)
- 9: Non rilevato

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		97.0

NOME CAMPO: Identificativo Centrale 118

DESCRIZIONE CAMPO
 Identifica la centrale operativa 118 che ha attivato la missione

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
 LE0 - Congruenza tra modalità di arrivo in PS e identificativo centrale operativa 118

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
 I primi tre caratteri del campo devono essere valorizzati con il codice regione di riferimento della centrale operativa 118

TRACCIATO			
-----------	--	--	--

C2	Modalità	N° Scheda Rif.
	OBB	98.0

NOME CAMPO: Problema principale

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il problema principale riscontrato al momento del triage

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: **Tabella 'Problemi principali' reperibile nell'excel** allegato nel foglio denominato "TAB 06".

CONTROLLI APPLICATI

LE4 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		99.0

NOME CAMPO: Triage Accesso PS

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice colore assegnato per la visita medica all'assistito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1,2,3,4	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi <ul style="list-style-type: none"> • 1 : Bianco – Non critico, paziente non urgente • 2: Verde – poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili • 3: Giallo – mediamente critico, priorità immediata • 4: Rosso – molto critico, priorità massima pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure.

TRACCIATO			

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		100.0

NOME CAMPO: Data presa in carico PS

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il giorno della presa in carico del paziente da parte del medico

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		101.0

NOME CAMPO: Ora presa in carico PS

DESCRIZIONE CAMPO
 Indica il momento della presa in carico del paziente da parte del medico

CORRETTEZZA FORMALE

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

VALORI AMMESSI: hhmm

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		102.0

NOME CAMPO: Data dimissione PS

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la data dimissione dal PS dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: ggmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO

Modalità

N° Scheda Rif.

C2

OBB

103.0

NOME CAMPO: Ora dimissione PS

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il momento della dimissione dal PS dell'assistito
--

CORRETTEZZA FORMALE

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

VALORI AMMESSI: hhmm

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.
--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OSP		104.0

NOME CAMPO: Tipo Referto

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'eventuale compilazione dei referti

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI: 1,2,3,9

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

Valori ammessi

- 1: Inali
- 2: Autorità giudiziaria
- 3: ASL per morso di animale (cane e canidi)
- 9: Altro

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		105.0

NOME CAMPO: Codice reparto ricovero

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il reparto in cui il paziente è stato ricoverato alla dimissione dal pronto soccorso

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: i primi due caratteri sono valori presenti in tabella, i successivi due sono compresi tra 01 e 99(*)	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Discipline ospedaliere presente nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 07".	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per il tracciato C2: LE2 - Congruenza tra codice reparto, modalità di dimissione ed ente erogante</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C2		CON
NOME CAMPO: Motivo trasferimento			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il motivo che ha spinto il PS al trasferimento del paziente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1,2,3	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE5 - Congruenza tra motivo trasferimento e modalità di dimissione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi <ul style="list-style-type: none"> • 1: In continuità di soccorso • 2: Per mancanza di posto letto • 3: Ritorno all'ospedale che ha richiesto la consulenza

			108.0
NOME CAMPO: Codice diagnosi secondaria 2			

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, , reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione “Materiali regionali”	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)</u> 	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il controllo formale verifica i primi 3 caratteri del codice; viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19 (rif. Nota regionale n. 10042 del 24/03/2020 - tabella “Indicazioni Mds sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)”)

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
C2	OSP	109.0
NOME CAMPO: Codice diagnosi secondaria 3		

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, reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione “Materiali regionali”	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)</u> 	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il controllo formale verifica i primi 3 caratteri del codice; **viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19** (rif. Nota regionale n. 10042 del 24/03/2020 - tabella “Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)”)

TRACCIATO

Modalità

N° Scheda Rif.

**C2
OSP**

110.0

NOME CAMPO: Codice diagnosi secondaria 4

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, reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione “Materiali regionali”	
<ul style="list-style-type: none">• <u>Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)</u>	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il controllo formale verifica i primi 3 caratteri del codice; **viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19** (rif. Nota regionale n. 10042 del 24/03/2020 - tabella “Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)”)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		112.0

NOME CAMPO: Tipo accesso

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se la prestazione viene effettuata come primo accesso o meno

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 0,1	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • 0: indica altro accesso • 1: indica primo accesso

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		OBB

NOME CAMPO: Garanzia Tempi Massimi

DESCRIZIONE CAMPO
Indicazione della garanzia dei tempi massimi di attesa

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 0,1	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • 1: utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi d'attesa • 0: utente che non rientra nella categoria precedente

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		
			115.0

NOME CAMPO: Ricetta Precedente

DESCRIZIONE CAMPO

Riportare l'indicazione del numero ricetta precedente con la quale è stata prescritta l'attuale erogazione di prestazione

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA:16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Da applicarsi alle sole ricette impegnative ospedaliere prescritte in dematerializzata.

Valido uno dei seguenti formati:

- Ricetta Poligrafico: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra)
- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) + progressivo numerico (9 cifre) + 'A' (impegnativa interna)
- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'A' (impegnativa interna)
- (Ricetta DM 2011 – Dematerializzata) codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C4		

NOME CAMPO: N. Scheda Ricetta

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica il numero della ricetta con il quale è stato identificato sul flusso C l'intervento in Day – Hospital ambulatoriale (prestazioni a pacchetto).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA:16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LF7 – Congruenza tra modalità di erogazione, Scheda Nosologia o N. scheda Ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valido uno dei seguenti formati:

- Ricetta Poligrafico: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra)
- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) + progressivo numerico (9 cifre) + 'A' (impegnativa interna)
- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'A' (impegnativa interna)
- (Ricetta DM 2011 – Dematerializzata) codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		

NOME CAMPO: Flag Ricetta Interna

DESCRIZIONE CAMPO

Il campo indica, per le ricette elettroniche dematerializzate, se la ricetta è stata prescritta internamente ad una struttura pubblica.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA:16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LF8 – Congruenza flag ricetta interna e numero ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		

NOME CAMPO: Codice Catalogo Prestazione

DESCRIZIONE CAMPO
Il campo riporta il la codifica come da catalogo prestazioni rif.to DD 561 del 15/09/2016

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA:10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella del catalogo prestazioni	

CONTROLLI APPLICATI
LF9 – Congruenza tra codice catalogo e codice prestazione
LG3 – Congruenza tra codice della prestazione ed erogabilità della prestazione.
L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Il campo sarà rilevato dalle prescrizioni a partire dalle prescrizioni del 01 Ottobre 2016.</p> <p>Per le prescrizioni antecedenti al 01 ottobre 2016 è obbligatorio la compilazione del campo 17.0 codice prestazione per tutte le tipologie di ricette. Per le ricette dematerializzate prescritte dal 1 ottobre 2016 è obbligatorio il codice del catalogo campo 118.0, in questo caso si può omettere la compilazione del codice nomenclatore. Per le altre tipologie di prescrizioni successive al 01 ottobre 2016, in questa fase transitoria sono ammessi: il codice catalogo, o il codice nomenclatore oppure entrambi</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		119.0

NOME CAMPO: Data Inizio OBI

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il giorno in cui ha inizio l'OBI

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: ggmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LG5 - Congruenza tra data/ora inizio OBI e data/ora presa in carico PS,data ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato nel caso di Osservazione Breve Intensiva (campo 55.0 valorizzato con 'S').

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		120.0

NOME CAMPO: Ora Inizio OBI

DESCRIZIONE CAMPO
Indica ora di inizio dell'OBI

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: hhmm	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LG5 - Congruenza tra data/ora inizio OBI e data/ora presa in carico PS,data ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato nel caso di Osservazione Breve Intensiva (campo 55.0 valorizzato con 'S').

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C2		CON

NOME CAMPO: Data Indicazione al ricovero/dimissione

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il giorno in cui si da indicazione per il ricovero o la dimissione dal pronto soccorso

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: ggmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LG6 - Congruenza tra data/ora Indicazione al ricovero/dimissione e data/ora dimissione. LG8 - Congruenza tra modalità di dimissione e data/ora Indicazione al ricovero/dimissione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato nei seguenti casi : <ul style="list-style-type: none"> - Osservazione Breve Intensiva (campo 55.0 valorizzato con 'S') - cod. modalità dimissione così valorizzato: 0 (ricoverato nella stessa struttura), 2 (dimissione a domicilio), 6,7,8 (trasferimento in altro istituto)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C2		CON

NOME CAMPO: Ora Indicazione al ricovero/dimissione

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'ora in cui si da indicazione per il ricovero o la dimissione dal pronto soccorso

CORRETTEZZA FORMALE

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

VALORI AMMESSI: hhmm

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LG6 - Congruenza tra data/ora Indicazione al ricovero/dimissione e data/ora dimissione.
LG8 - Congruenza tra modalità di dimissione e data/ora Indicazione al ricovero/dimissione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo deve essere compilato nei seguenti casi :

- Osservazione Breve Intensiva (campo 55.0 valorizzato con 'S')
- cod. modalità dimissione così valorizzato: 0 (ricoverato nella stessa struttura), 2 (dimissione a domicilio), 6,7,8 (trasferimento in altro istituto)

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
C2	CON	123.0
NOME CAMPO: Problema clinico principale		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il problema clinico che ha motivato il ricovero in OBI

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI: il codice Diagnosi ICD–IX–CM come indicato nelle Tabelle di riferimento, senza il carattere ‘.’

TABELLE DI RIFERIMENTO: **Tabella A–“Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti adulti”** e **Tabella B–“Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti pediatrici”** riportate nel capitolo 9

TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

CONTROLLI APPLICATI

LG7 - Conguenza tra flag_OBI, Problema clinico principale, Prestazione princ. erogata in OBI,Diagnosi princ. di uscita dall’OBI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo deve essere compilato nel caso di Osservazione Breve Intensiva (campo 55.0 valorizzato con ‘S’).

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		124.0

NOME CAMPO: Prestazione principale erogata in OBI

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice catalogo della prestazione principale erogata in OBI (la più importante per gravità clinica e impegno di risorse)

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
---------------	-------------

VALORI AMMESSI: tabella di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella del Catalogo prestazioni

CONTROLLI APPLICATI

LG7 - Conguenza tra flag_OBI, Problema clinico principale, Prestazione princ. erogata in OBI, Diagnosi princ. di uscita dall'OBI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo deve essere compilato nel caso di Osservazione Breve Intensiva (campo 55.0 valorizzato con 'S').

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C2		
			125.0

NOME CAMPO: Diagnosi principale di uscita dall'OBI

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice della diagnosi principale (la più importante per gravità clinica e impegno di risorse) assegnata alla dimissione dall'OBI

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI: tabella di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella codici ICD-IX-CM 2007, reperibile al seguente link
reperibile al seguente link
<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo>
Nella sezione "Materiali regionali"

- **Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)**

CONTROLLI APPLICATI

LG7 - Conguenza tra flag_OBI, Problema clinico principale, Prestazione princ. erogata in OBI,Diagnosi princ. di uscita dall'OBI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo deve essere compilato nel caso di Osservazione Breve Intensiva (campo 55.0 valorizzato con 'S').

TRACCIATO		
-----------	--	--

	Modalità		N° Scheda Rif.
C5	OBB		126.0

NOME CAMPO: Tipo attività

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia di attività rendicontata nel flusso C5.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
--------------	-------------

VALORI AMMESSI: 'T', spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Indicare :
'T' – attività Trasfusionale
spazio – per le altre tipologie

6 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.

6.1 Controlli Logici (tipo L)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L01	Congruenza tra data inizio ciclo e data erogazione della prestazione La data di inizio ciclo deve essere minore o uguale alla data di erogazione	SI	24.0	Data inizio ciclo
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L02	Congruenza tra data di erogazione della prestazione, data di apertura e chiusura dell'ente inviante del flusso e dell'ente erogatore I codici dell'ente inviante (per il flusso ANAG C e C2) e dell'ente erogatore devono esistere alla data di erogazione della prestazione. Quindi la data di erogazione della prestazione deve essere compresa tra la data di apertura e chiusura dell'ente .	SI	03.1	Ente inviante del flusso
			03.2	Ente erogatore
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L03	Congruenza tra codice ente e codice azienda inviante Il codice deve essere attivo presso l'Azienda sanitaria inviante. Per i flussi ANAG il controllo viene effettuato sul campo "03.1 Ente inviante de flusso", mentre per i flussi C4 e C5 viene preso in considerazione il campo "03.2 Ente erogatore"	SI	03.1	Ente inviante del flusso
			03.2	Ente erogatore
			02.0	Codice Azienda Inviante
L04	Congruenza tra data di nascita e data erogazione della prestazione La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione.		10.0	Data di nascita
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L05	Congruenza tra codice prestazione ed anno di erogazione Il codice prestazione indicato deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione. Per il flusso C, nel caso di prestazione relativa alla branca 56 (RRF), a partire dalla data di prescrizione del 03/11/2010 il codice di prestazione deve esistere rispetto alla data del progetto riabilitativo (riferimento DGR 42-941 del 03/11/2010).	SI	15.0	Data di erogazione della prestazione
			17.0	Codice 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
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L07	Congruenza tra i campi posizione utente nei confronti del	SI	19.0	Posizione utente nei confronti

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	ticket e codice identificativo esenzione. Se la Posizione utente nei confronti del ticket è uguale a 1,3 o 5 allora il codice identificativo di esenzione deve esistere nella tabella dei codici esenzione presente sul sistema PADDI , a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabella codici esenzione			ticket
			43.0	Codice identificativo esenzione
L08	Congruenza tra data erogazione della prestazione e data di trasmissione. La data di erogazione/data inizio assistenza (flusso B) non deve essere maggiore della data di trasmissione del flusso	SI	15.0	Data di erogazione della prestazione
			35.0	Data inizio assistenza
				Data trasmissione
L10	Congruenza tra codice prestazione e codice branca Per il flusso C viene verificata anche la congruenza tra branca e codice catalogo	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
			118.0	Codice Catalogo Prestazione
L11	Congruenza tra importo totale, quantità (per le sole righe dettaglio) Flusso C2 Sulla riga di dettaglio l'Importo totale nella riga deve coincidere con il prodotto tra la quantità e il costo unitario della prestazione come riportato sul nomenclatore tariffario in vigore alla data della prestazione. Flusso C5 Se il campo tipo prestazione è valorizzato a "S" allora l'importo totale della prestazione deve coincidere con il valore riportato nel nomenclatore CSE-I.B.M.D.R, ad eccezione delle prestazioni di trasporto S.5.3, S.7.5, S.8.2, S.9.2 e S.10.2, per le quali la valorizzazione dell'importo è varia.	SI	21.0	Importo totale
			18.0	Quantità
L12	Congruenza tra l'importo totale anagrafico, importi totali righe di dettaglio e ticket. 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. Controllo valido solo per il flusso C2	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
L13	Congruenza anonimato Nel caso di cittadini residenti in Italia, cittadini italiani all'estero e assistiti italiani SASN ed in presenza di ricette autoimpegnative vengono effettuate le seguenti verifiche: <ul style="list-style-type: none"> • se il codice fiscale uguale a sedici '9' allora il Cognome dovrà essere valorizzato ad "ANONIMO" ed il Nome dovrà essere "ANONIMO" • nel caso di cittadini stranieri STP ed ENI, allora il Cognome dovrà essere valorizzato ad "ANONIMO" ed il Nome dovrà essere "ANONIMO" e il campo del codice fiscale dovrà riportare il codice STP /ENI indicato nel tesserino. Per le ricette poligrafico, DM e DPCM l'anonimato segue le regole del MEF, per cui il nome dovrà essere indicato come "ANONIMO" ed il cognome "ANONIMO", mentre il codice	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante
			13.0	Numero Ricetta

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	fiscale dovrà essere indicato in chiaro. Per il tracciato C2 se il Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO il codice fiscale dovrà essere uguale a sedici '9' oppure-STP999999999999 o ENI999999999999			
L15	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione Per residenti in Italia: il codice della Provincia e del Comune di residenza deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione. Per residenti all'estero: il codice dello Stato estero deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.	SI	11.0	Data di erogazione della prestazione
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L16	Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento Il codice prestazione deve essere presente nel nomenclatore tariffario di riferimento. Le prestazioni della branca 79 dell'allegato "2" possono essere erogate solo a pazienti residenti con esclusione delle prestazioni riferite alla NAD (nutrizione artificiale domiciliare) erogabili anche dai centri di riferimento della Rete regionale- individuati con appositi atti di Giunta. Per il flusso C e C2 il controllo verifica anche l'Asl di residenza e l'Azienda sanitaria inviante per identificare i pazienti residenti, mentre per i C4 e C5 non vengono effettuate verifiche sui campi 2.0 e 12.0 Le prestazioni delle altre branche dell'allegato "2" possono essere erogate a tutte le tipologie di pazienti.	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branca
			12.0	ASL di residenza
			2.0	Azienda sanitaria inviante
L17	La ricetta non deve essere già esistente Per il flusso C2 il numero scheda pronto soccorso non deve esistere per l'ente erogatore Per il flusso C, in caso di auto impegnativa cartacea la ricetta non deve esistere per l'azienda inviante. Per DM e DPCM viene verificato che non esista negli archivi regionali Segnalato in caso di ricetta corretta inviata con un identificativo esterno differente da quello originale.	SI	03.0	Ente erogatore
			13.0	Numero ricetta
L18	Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione Per la branca 56 la quantità totale delle prestazioni presenti nella ricetta è pari a 36 su 3 righe di prestazioni prescrivibili distinte. Tale limite standard massimo di quantità delle prestazioni totali per ricetta, può arrivare a $36 + 8 = 44$ in presenza di prestazioni di valutazione, identificate con i codici regionali 93.04.3, 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5 e 93.01.6. Per tali codici sono infatti ammesse al massimo 4 distinte righe di prestazioni con ciascuna un massimo di quantità 2 per riga.. Inoltre, in presenza delle prestazioni di counselling, identificate dai codici regionali 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, tale quantità può arrivare a $56 + 2 + 2 + 2 = 62$ in caso di prescrizioni DPCM, autoimpegnative interne e ricette rosse, mentre per le DM $44 + 2 + 2 + 2 = 50$, cioè con una quantità massima 2 per ogni distinto codice prestazione di counselling su 3 righe. Il totale massimo assoluto delle righe in ricetta è quindi 11, comprensiva del totale di tutte le casistiche sopra esposte.		17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice Branca

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L19	Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione Per la branca 98 il campo quantità della riga del record anagrafico può essere superiore ad 8: - in presenza dei codici prelievo 91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4, in questo caso il numero massimo di prestazioni può essere 16. Sono ammessi fino a 6 codici diversi di prelievo per una quantità massima di 8 e fino ad 8 altre prestazioni. - in presenza del codice 90.81.5 il numero massimo di prestazioni può essere 40 (per ulteriori dettagli si veda il paragrafo 4.4)	SI	25.0	Codice Branca
			17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
L20	Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome 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. 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'.	SI	05.0	Nome
			06.0	Cognome
			08.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	ASL di residenza
L21	Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione Per la branca 56, la prestazione 93.16 può comparire se nella ricetta è presente il codice prestazione 93.11.6.	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branca
L25	Congruenza tra data di inizio assistenza, data di fine assistenza e data di trasmissione La data di Cessazione Assistenza non deve essere maggiore della data di trasmissione (data di elaborazione) e deve essere uguale o superiore alla Data di Inizio Assistenza	SI	35.0	Data inizio Assistenza
			36.0	Data Fine Assistenza
L26	Congruenza tra quantità e numero di mensilità di assistenza erogate La quantità deve essere uguale al numero di mensilità di assistenza erogate come indicato al paragrafo 4.7 FLUSSO B – PRECISAZIONI	SI	18.0	Quantità
			35.0	Data Inizio Assistenza
			36.0	Data Fine Assistenza
L27	ASL di residenza deve essere diversa dal codice Azienda Inviante	SI	02.0	Codice Azienda Inviante
			12.0	ASL di residenza
L29	Periodo di assistenza non sovrapponibile Viene controllato che per il periodo compreso tra le date di inizio e cessazione assistenza, deve esistere un solo record con la stessa Asl di residenza e lo stesso Codice Fiscale.	SI	08.0	Codice fiscale
			12.0	ASL di residenza
			35.0	Data Inizio Assistenza
			36.0	Data Fine Assistenza
L30	Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione 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
L31	Congruenza tra Codice Azienda Inviante e Azienda richiedente la struttura richiedente deve essere diversa da quella di erogazione. Il codice dell'azienda sanitaria inviante deve essere diverso dal codice dell'azienda sanitaria richiedente	SI	2.0	Azienda sanitaria inviante
			42.0	Codice regione richiedente
			45.0	Azienda richiedente
L33	Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente L'istituto richiedente deve appartenere all'Azienda richiedente	SI	45.0	Codice istituto richiedente
			37.0	Codice azienda richiedente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L36	Congruenza tra posizione utente ticket e importo ticket Se il campo posizione utente nei confronti del ticket assume i valori "2" o "4" l'importo deve essere maggiore di zero; se il campo posizione utente nei confronti del ticket assume valori "0"; "1"; "5" l'importo deve essere uguale a zero; se il campo posizione utente nei confronti del ticket è uguale a "3" l'importo deve essere uguale a zero tranne che con cod. esenzione "E10" (esenzione relativa alla quota fissa)	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
L46	Congruenza tra data nascita e data inizio assistenza La data di nascita deve essere minore o uguale alla data inizio assistenza	SI	10.0	Data di nascita
			35.0	Data inizio assistenza
L47	Congruenza tra quantità totale del record anagrafico e la somma delle quantità dei record di dettaglio La somma del campo quantità righe dettaglio deve essere uguale al campo quantità del record anagrafico Per il flusso C: la quantità delle prestazione deve essere inferiore o uguale 8 per tutte le branche con eccezioni si rimanda a specifici controlli come da 4.4NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA Per il flusso C2: la quantità delle prestazioni deve essere inferiore a 100.	SI	18.0	Quantità (riga dettaglio)
			47.0	Quantità totale prestazioni
			25.0	Codice branca
L48	Sostituzione numero ricetta non ammessa 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
L49	Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo. Per le ricette relative alla branca 56, a partire dalla data di prescrizione del 03/11/2010, vengono verificate le seguenti condizioni: – in presenza di prestazioni visita (codice 89.01 e codice 89.7) , il campo codice diagnosi e il campo codice disabilità non sono obbligatori; – in tutti gli altri casi è obbligatoria la compilazione di tutti campi relativi al progetto riabilitativo, ovvero Codice Diagnosi, Codice Disabilità, Data Progetto, Codice Struttura Progetto e Provenienza Assistito. Esclusivamente nel caso in cui nella ricetta sia presente la sola prestazione 93.03- "Valutazione protesica", il controllo L49 non viene applicato in quanto non rientra in un progetto riabilitativo.	SI	17.0	Codice prestazione
			29.0	Codice diagnosi
			52.0	Codice struttura progetto
			53.0	Codice disabilità
			60.0	Provenienza assistito
			114.0	Data progetto riabilitativo
L50	Congruenza tra campi quantità, codice branca 79 e codice prestazione Le prestazioni 96.61.1 o 99.15.1 di branca 79 dell'allegato 2 del nomenclatore tariffario possono avere quantità massima 90	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice branca

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L51	Congruenza tra campi quantità, codice branca 70 e codice prestazione (Il controllo non viene applicato per la libera professione) Per la branca 70 il campo quantità della riga del record anagrafico deve essere minore o uguale a 72 e si accettano fino a 6 diversi codici di prestazione.	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice branca
L53	Congruenza tra provenienza assistito, medico prescrittore e data prescrizione. Se provenienza assistito è valorizzato con codice "A" deve essere compilato il campo medico prescrittore con un codice medico e il campo data prescrizione.	SI	04.0	Codice medico
			60.0	Provenienza assistito
			67.0	Data prescrizione
L56	Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente Se posizione utente ticket è valorizzato con il codice 18 la differenza tra la data di erogazione della prestazione e la data di nascita del paziente deve essere inferiore o uguale a 14 anni.	SI	10.0	Data nascita
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L57	Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56, codice disciplina e progressivo divisione Se l'istituto è pubblico e territoriale deve essere compilato il codice disciplina, se l'istituto è pubblico e ospedaliero devono essere compilati il campo codice disciplina e il progressivo di divisione	SI	52.1	Codice istituto
			52.2	Codice disciplina
			52.3	Progressivo divisione
L73	Congruenza tra codice prestazione e quantità. Per le prestazioni 93.82.1, 93.82.2, 93.89.2, 93.89.3, 93.94, 93.99 erogate nell'ambito del flusso "C" il campo quantità può arrivare ad un massimo di 10. Si ricorda che tali prestazioni, se presenti in ricetta, devono essere rendicontate singolarmente (unica riga, unica prestazione)	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
L75	Congruenza tra codice emocomponenti e flussi C e C2 I codici elencati degli emocomponenti, NON possono essere inviate con i flussi "C" e "C2" La "Tabella codici per emocomponenti" è presente sul sistema <u>PADDI</u> , a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabella codici per emocomponenti	SI	17.0	Codice prestazione
L76	Congruenza tra codice prestazione e struttura erogante Le prestazioni 14.29.1 e 93.95 sono erogate solo da strutture abilitate mediante D.G.R.	SI	17.0	Codice prestazione
			03.0	Ente erogante
L77	Congruenza tra codici prestazioni 89.7.1 e 89.7 La prestazione 89.7.1 può essere inviata solo in presenza della prestazione 89.7	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branca
L80	Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo	SI	15.0	Data di erogazione della prestazione
			24.0	Data inizio ciclo

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	Il controllo è valido solo per la branca 56. La data di prenotazione, la data di prescrizione ed eventualmente la data del progetto riabilitativo devono essere minori o uguali alla data di inizio ciclo (se presente) e minori o uguali alla data di erogazione della prestazione		25.0	Codice Branca
			67.0	Data di prescrizione
			68.0	Data di prenotazione
L81	Congruenza tra data prescrizione e data di nascita La data di prescrizione non deve essere inferiore alla data di nascita	SI	10.0	Data di nascita
			67.0	Data di prescrizione
L82	Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione La data di prescrizione deve essere antecedente o uguale alla data di prenotazione. Inoltre la differenza tra la data di competenza del flusso e la data di prescrizione non deve essere superiore ai tre anni.	SI	67.0	Data di prescrizione
			68.0	Data prenotazione
L83	Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni erogate Se il campo quantità vale 1 la data di inizio ciclo deve essere nulla.	SI	24.0	Data inizio ciclo
			18.0	Quantità prestazioni
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
			23.0	Tipo record
L87	Congruenza tra data prestazione e data nascita La differenza in anni tra la data di prestazione e la data di nascita non può essere superiore a 110 anni. (Viene utilizzata la massima data prestazione della sezione prestazioni)	SI	10.0	Data di nascita
			15.0	Data prestazione
L89	Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa Devono essere rispettate le regole di congruenza tra campi definiti dalla tabella riportata a paragrafo 09	SI	08.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	ASL di residenza
			15.0	Data erogazione prestazione
			61.0	Cittadinanza
			62.0	Regione o stato estero di residenza
			63.0	ID cittadino
			71.0	Tipo ricetta
			93.0	Onere spesa
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 con Confederazione Svizzera (CH), i campi relativi alla tessera TEAM devono essere tutti compilati ed il tipo ricetta deve essere valorizzato con un dei seguenti valori "UE", "IM", "NE". Per i cittadini italiani residenti all'estero (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) è necessario valorizzare tutti i campi relativi alla tessera team e compilare l'onere spesa ad "M". Le informazioni della tessera TEAM non sono necessarie per i	SI	63.0	ID Cittadino
			65.0	Nr. Identificativo tessera
			64.0	Codice istituzione competente
			78.0	Data scadenza TEAM
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			93.0	Onere Spesa

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	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 è valorizzato ad 'S' quindi sono a carico SSN.			
L91	Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore Il codice medico prescrittore può essere inviato compilandolo con spazi in caso di: <ul style="list-style-type: none"> - ricette rosse in quanto l'informazione è contenuta nell'archivio regionale RUR. - DM e DPCM poiché il codice medico è presente negli archivi regionali delle ricette dematerializzate 		04.0	Codice medico prescrittore
			13.0	Numero ricetta
L92	Congruenza tra modalità di dimissione e istituto di destinazione Se modalità di dimissione è valorizzato con codice 6, 7 allora il campo istituto di destinazione deve essere compilato, e viceversa	SI	73.0	Modalità di dimissione
			77.0	Istituto di destinazione
L93	Congruenza tra codice istituto provenienza e provenienza assistito. Deve essere rispettata la tabella al paragrafo 10 relativa al controllo in oggetto	SI	60.0	Provenienza assistito
			76.0	Istituto di provenienza
L94	Congruenza tra numero ricetta e tipologia prescrizione Se la ricetta appartiene al SSN il campo tipo prescrizione deve assumere i valori "S" o "A"; In caso di impegnative interne o accesso diretto deve assumere il valore "A"	SI	13.0	Numero ricetta
			69.0	Tipologia di prescrizione
L95	Congruenza informazioni mobilità internazionale. Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE o con Confederazione Svizzera (CH), i campi "Qualifica Beneficiario", "Codice Riferimento Normativo", "Codice Attestato" 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	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
L96	Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità produttiva Se la branca di erogazione è 64 e il codice prestazione è 89.07 allora la disciplina dell'unità produttiva deve essere il codice 64 – Oncologia	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
			82.0	Matricola unità produttiva
L97	Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione. L' unità produttiva (identificata mediante la matricola) deve appartenere alla struttura sanitaria inviante e alla sede dell'ente di erogazione, inoltre deve essere attiva alla data di erogazione della prestazione secondo lo schema definito al paragrafo 10.	SI	03.2	Ente erogatore
			15.0	Data erogazione prestazione
			82.0	Matricola unità produttiva
LA3	Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione Se l'istituto di erogazione e matricola dell'unità produttiva individuano una struttura dell'area 09 e codice specialità 01 deve essere compilato il campo disciplina di erogazione.	SI	03.2	Istituto erogatore
			39.0	Disciplina di erogazione
			82.0	Matricola unità produttiva
LA4	Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti	SI	71.0	Tipo ricetta

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	<p>del ticket – stranieri</p> <p>Se tipo ricetta è valorizzato con ST con codice fiscale STP la posizione utente nei confronti del ticket può assumere valori 0,1,2,5 (C e C2), 17, 18, 19, 20 (C2), NT (C).</p> <p>Se tipo ricetta è valorizzato con ST con codice fiscale ENI la posizione utente nei confronti del ticket può assumere valori 1,2,4,5 (C e C2), 17, 18, 19, 20 (C2), NT (C)</p> <p>Se tipo ricetta è valorizzato con EE,UE ,NE,NX oppure cittadino italiano residente all'estero o cittadino apolide la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori 1,2,3,5 (C e C2), 17,18,19,20 (C2) NT (C)</p>		19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			61.0	Cittadinanza
			62.0	Codice regione o stato residenza
LA6	<p>Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket</p> <p>Se il campo tipo ricetta è valorizzato con NA o ND la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1,2,3,5, NT per il flusso C • 1,2,3,5, 17,18,19,20 per il flusso C2 	SI	71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
LA7	<p>Congruenza tra campi solo accesso in pronto soccorso.</p> <p>In caso di posizione utente nei confronti del ticket valorizzato a "20" i campi quantità, importo ticket e importo totale andranno valorizzati a 0, il codice prestazione valorizzato a "0000000" e la modalità di dimissione uguale a A oppure M.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
			73.0	Modalità di dimissione
LB8	<p>Congruenza tra ricetta e Stampa PC</p> <p>Se la ricetta è del tipo SSN allora il campo Stampa PC deve assumere uno dei seguenti valori: 0,1 o 2; se la ricetta è una autoimpegnativa allora il campo deve essere compilato a spazio.</p>	SI	13.0	Numero ricetta
			84.0	Stampa PC

LB9	Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Nomenclatore tariffario regionale (D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004, D.G.R. 49-12479 del 2.11.2009 e s.m.i.) Per le prestazioni prescritte prima del 5 agosto 2011: Se l'importo ticket è inferiore a Euro 36,15 allora l'importo ticket riscosso deve essere congruente alternativamente con il valore riportato nell'Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale nell'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011. Per le prestazioni prescritte a partire dal 5 agosto 2011: l'importo ticket deve essere calcolato come la somma tra il ticket calcolato in riferimento all'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011 fino a un massimo di 36,15 e la quota fissa per ricetta rimodulata in rapporto al valore della singola riga (in presenza del cod. esenzione 'E10' la quota fissa sarà uguale a zero). Il valore della singola ricetta è determinato dalla somma dei valori delle singole prestazioni presenti nell'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011 fino a un massimo di 30,00€ ; ne consegue che il totale della quota a carico del cittadino dovrà avere un tetto massimo complessivo di 66,15€. In tutti i casi, qualora il flag ricetta non completa sia valorizzato ad 'N' il ticket può essere superiore al ticket secondo le regole cui sopra"	SI	20.0	Importo ticket
			91.0	Flag ricetta non completa
			15.0	Data erogazione prestazione
			68.0	Data prenotazione
LC0	Congruenza tra tipo prestazione ed ente richiedente, regione richiedente, azienda richiedente Per il flusso C5 in caso di prestazioni staminali l'istituto richiedente deve essere valorizzato a "07002500", la regione richiedente deve essere valorizzata a "070" e l'azienda richiedente deve essere valorizzata a "103".	SI	42.0	Codice regione richiedente
			37.0	Codice Azienda richiedente
			45.0	Codice istituto richiedente
LD0	Congruenza tra i campi posizione utente nei confronti del ticket e codice prestazione Le prestazioni soggette al controllo LD0, sono state raccolte nell'excel allegato nei fogli "TAB 01" e "TAB 01_Bis". Se la prestazione è presente nell'elenco "TAB 01" la Posizione utente nei confronti del ticket deve essere uguale a 'NT'; se la prestazione è presente nell'elenco "TAB 01_Bis" la Posizione utente nei confronti del ticket può assumere il valore 'NT' oppure '1', '3', '5' in presenza di esenzione per l'assistito.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti ticket
			17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branchia
LD1	Congruenza tra codice prestazione e matricola unità produttiva per le prestazioni di DH Per le prestazioni individuate dalla D.G.R. 84 -10526 del 29/12/2009, la matricola UP deve fare riferimento ad attività ambulatoriale ospedaliera erogata all'interno di una struttura dove sia presente un reparto con attività di ricovero corrispondente alla branca della prestazione DH.	SI	17.0	Codice prestazione
			82.0	Matricola Unità Produttiva
			25.0	Codice Branchia
LD5	Congruenza tra codice prestazione, codice esenzione Come definito nella DRG 46-10149 per la prestazione 89.61.A il codice esenzione deve essere uguale a '020'.		17.0	Codice Prestazione
			43.0	Codice identificativo esenzione
LD7	Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame	SI	17.0	Codice Prestazione

	batteriologico Nel caso di prestazione di laboratorio la cui tariffa comprende l'antibiogramma, il Flag Positività esame batteriologico deve essere valorizzato (S / N). Inoltre è esclusa la compresenza delle prestazioni singole di identificazione batteriologica ed antibiogramma.		92.0	Flag Positività esame batteriologico
LD9	Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione. La presa in carico deve essere compresa tra l'ingresso in pronto soccorso e la dimissione dal pronto soccorso.	SI	94.0	Data Entrata PS
			95.0	Ora Entrata PS
			100.0	Data Presa in carico PS
			101.0	Ora Presa in carico PS
			102.0	Data Dimissione PS
			103.0	Ora Dimissione PS
LE0	Congruenza tra modalità di arrivo in PS e identificativo centrale operativa 118. In caso di modalità di arrivo in PS valorizzata con: 1 – ambulanza 118, 4 – Elicottero 118, 6 – Mezzo soccorso 118 di altre regioni, l'identificativo della centrale operativa 118, deve essere valorizzato. Vale anche il viceversa	SI	96.0	Modalità arrivo PS
			97.0	ID Centrale operativa 118
LE1	Congruenza tra scheda di ricovero e modalità di dimissione. In caso di modalità di dimissione “ricovero nella stessa struttura”, deve essere compilato il campo relativo alla scheda nosologica.	SI	33.0	Scheda Nosologica
			73.0	Modalità di dimissione
LE2	Congruenza tra codice reparto, modalità di dimissione ed ente erogante. In caso di modalità di dimissione “ricovero nella stessa struttura”, deve essere compilato il campo relativo alla codice reparto. Inoltre il reparto di ricovero deve esistere in anagrafe delle strutture con attività di ricovero. (ordinario o day hospital)	SI	03.2	Ente erogatore
			15.0	Data erogazione prestazione
			73.0	Modalità di dimissione
			105.0	Codice reparto ricovero
LE3	Congruenza tra modalità di arrivo in PS e scheda intervento 118. In caso di modalità di arrivo in PS valorizzata con: 1 – ambulanza 118, 4 – Elicottero 118, 6 – Mezzo soccorso 118 di altre regioni, il campo scheda intervento deve essere valorizzata.	SI	96.0	Modalità arrivo PS
			48.0	Scheda intervento 118
LE4	Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket. Nel caso di modalità dimissione valorizzata a ‘0’, il campo importo ticket deve essere valorizzato a ‘0’. In caso di campo codice colore valorizzato a 1: se problema principale diverso da 10 e 26 e posizione ticket 2 allora l'importo	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			73.0	Modalità di dimissione
			74.0	Codice colore
			98.0	Problema principale

	<p>ticket dovrà essere uguale a 25 euro; se macropatologia uguale a 10 2 26 allora la posizione utente dovrà essere uguale a 17 e l'importo ticket a 0 euro; In caso di campo codice colore valorizzato a 2,3,4 la posizione utente dovrà essere valorizzata a 19, l'importo ticket dovrà essere uguale a 0.</p> <p>Per il periodo dal 07/12/2015 al 20/11/2016, se posizione utente nei confronti del ticket valorizzata con 21, allora se codice colore valorizzato 1 e problema principale diverso da 10 e 26, allora l'importo ticket dovrà essere maggiore di zero, pari al valore tariffario delle prestazioni erogate durante il pronto soccorso. Negli altri casi l'importo ticket dovrà essere valorizzato a zero</p>			
LE5	Congruenza tra motivo trasferimento e modalità di dimissione. Nel caso di modalità dimissione 'trasferimento in altro istituto', allora il motivo del trasferimento deve essere compilato. Vale anche il viceversa	SI	73.0	Modalità di dimissione
			106.0	Motivo Trasferimento
LE6	Congruenza tra data prescrizione/data erogazione (C2), codice STP/ENI e Banca Dati Centri ISI regionali Gli identificativi pazienti ENI/STP rilasciati dalle ASL della Regione Piemonte dovranno essere validi alla prescrizione della prestazione ambulatoriale (Flusso C) o erogazione (Flusso C2) della prestazione di pronto soccorso Nel controllo viene verificato che la data prescrizione/erogazione della prestazione sia compresa tra data inizio e fine validità del codice presente sulla Banca Dati Centri ISI regionale.		08.0	Codice fiscale
			67.0	Data prescrizione
			15.0	Data erogazione
LE7	Congruenza tra codice esenzione, data prescrizione e codice fiscale per esenzione in Aura Nel caso di cod. esenzione 'E10' viene verificata la presenza in Aura di tale esenzione per codice fiscale del paziente, con validità alla data della prescrizione.		43.0	Codice identificativo esenzione
			08.0	Codice fiscale
			67.0	Data prescrizione
LF5	Congruenza tra modalità erogazione e codice medico Il controllo verifica la congruenza tra la modalità di erogazione, il medico prescritto ed il tipo di ricetta. La tabella contenente tutte le possibili casistiche inerenti il controllo è riportata nel paragrafo 10	SI	13.0	Numero Ricetta
			57.0	Modalità di erogazione
			04.0	Codice Medico Prescrittore
LF7	Congruenza tra Modalità di Erogazione, Scheda Nosologica o N. Scheda Ricetta Nel caso di prestazione erogate durante il ricovero, deve essere indicato il numero di scheda nosologica, per ricovero ordinario o Day Hospital, oppure il numero della ricetta riferita all'intervento ambulatoriale	SI	33.0	Scheda nosologica
			116.0	N. Scheda Ricetta
			57.0	Modalità di erogazione
LF8	Congruenza tra numero ricetta, flag ricetta interna e modalità di erogazione Il campo flag ricetta interna potrà assumere valorizzato ad 1, ricetta interna (autoimpegnativa dematerializzata) solo per le ricette elettroniche dematerializzate. Nel caso in cui il flag ricetta interna sia valorizzato ad 1 il campo modalità di erogazione potrà assumere uno dei seguenti valori: D: ricetta specialistica interna ospedaliera, I: le ricette prescritte per iniziare un percorso al SERT, al DSM, nel CONSULTORIO e nel SIMT (attivo dal 01/10/2015 per ricette dematerializzate). E: ricette prescritte in	SI	13.0	Numero Ricetta
			117.0	Flag ricetta Interna
			57.0	Modalità di erogazione

	Pronto Soccorso alla dimissione ed erogate successivamente da altre unità operative, R:ricette prescritte durante prestazioni pre-post ricovero e A: accesso diretto formalizzati per specifiche prestazioni di visita in ambito oculistico, odontoiatrico, ginecologico, pediatrico, neuropsichiatrico.			
LF9	Congruenza tra codice catalogo e codice prestazione Il codice catalogo indicato in ricetta deve essere congruente al codice prestazione da nomenclatore indicato, come DD 561 del 15/09/2016 e s.m.i. a partire dalla prescrizioni del 01 Ottobre 2016	17.0	Codice prestazione	
		118.0	Codice catalogo prestazione	
		67.0	Data prescrizione	
LG3	Congruenza tra codice della prestazione ed erogabilità della prestazione. Con riferimento al catalogo delle prestazioni, come DD 561 del 15/09/2016 e s.m.i., sono ammesse solo le prestazioni indicate come erogabili, ovvero quelle con campo "Prestazione Erogabile" valorizzata ad "S"	17.0	Codice prestazione	
		118.0	Codice catalogo prestazione	
LG5	Congruenza tra data/ora inizio OBI, data/ora presa in carico PS, data/ora dimissione. Nel caso di osservazione breve intensiva, la data/ora inizio OBI deve essere compresa tra la data/ora di presa in carico dal PS e la data/ora di dimissione.	55.0	Osservazione Breve Intensiva	
		100.0	Data Presa in carico PS	
		101.0	Ora Presa in carico PS	
		102.0	Data dimissione PS	
		103.0	Ora Dimissione PS	
		119.0	Data Inizio OBI	
		120.0	Ora Inizio OBI	
LG6	Congruenza tra data/ora indicazione al ricovero/dimissione, data/ora presa in carico PS, data/ora dimissione. Nel caso di osservazione breve intensiva, la data/ora di indicazione al ricovero o alla dimissione, deve essere compresa tra la data/ora di presa in carico dal PS e data/ora di dimissione.	55.0	Osservazione Breve Intensiva	
		100.0	Data Presa in carico PS	
		101.0	Ora Presa in carico PS	
		102.0	Data Dimissione PS	
		103.0	Ora Dimissione PS	
		121.0	Data Indicazione al ricovero/dimissione	
		122.0	Ora Indicazione al ricovero/dimissione	
LG7	Congruenza tra flag_OBI, Problema clinico principale, Prestazione princ. erogata in OBI e Diagnosi princ. di uscita dall'OBI. Nel caso di osservazione breve intensiva (Flag_OBI='S'), devono essere valorizzati: Problema clinico principale, Prestazione principale erogata in OBI, Diagnosi principale di uscita dall'OBI.	55.0	Osservazione Breve Intensiva	
		123.0	Problema clinico principale	
		124.0	Prestazione principale erogata in OBI	
		125.0	Diagnosi principale di uscita dall'OBI	
LG8	Congruenza tra modalità dimissione e data/ora Indicazione al ricovero/dimissione Nel caso di modalità dimissione: 0 (ricoverato nella stessa struttura), 2 (dimissione a domicilio), 6,7,8 (trasferimento in altro istituto) la data/ora indicazione al ricovero o alla dimissione deve essere compilata.	73.0	Modalità di dimissione	
		121.0	Data Indicazione al ricovero/dimissione	
		122.0	Ora Indicazione al ricovero/dimissione	
LX1	Congruenza tra numero ricetta, flag ricetta interna per tipo di prescrizione DPCM Numero di ricetta NRE indicato per prescrizione DPCM senza la valorizzazione del campo FLAG_RICETTA INTERNA. Si ricorda che in caso di prescrizioni DPCM di «ricetta rossa» nel campo 13.0 occorre indicare il numero di ricetta del poligrafico.	08.0	Codice Fiscale	
		13.0	Numero Ricetta	
		117.0	Flag Ricetta Interna	
LX2	Prescrizione DM annullata	13.0	Numero Ricetta	

	Numero di ricetta NRE afferente ad una prescrizione annullata		08.0	Codice Fiscale
LX3	Numero di ricetta NRE non presente in archivio Numero di ricetta NRE per prescrizioni regionali DM di tipo specialistica non presente in archivio SAR/SAC. Vengono scartati anche invii relativi a NRE di tipo farmaceutico.		13.0	Numero Ricetta
			08.0	Codice Fiscale
LX4	Congruenza tra numero ricetta NRE e codice fiscale del paziente Nell'archivio SAR/SAC il numero ricetta NRE risulta attribuito ad un codice fiscale diverso da quello inviato		13.0	Numero Ricetta
			08.0	Codice Fiscale

6.2 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.

Per esempio se il campo 25.0 Codice Branca, obbligatorio, non viene compilato viene restituito tramite il gestore flussi il codice: "250 – errore formale sul campo codice branca"

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

6.3 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"

6.4 Segnalazioni (Warning)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S06	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in RUR	NO
S13	Ricetta inviata oltre la data prevista come "Primo Invio" del flusso, riferimento calendario regionale DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, la segnalazione è verificata sulla base della data di invio del supporto della ricetta	NO
S14	Ricetta inviata oltre la data prevista come "Consolidamento" del flusso, riferimento calendario regionale DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, la segnalazione è verificata sulla base della data di invio del supporto della ricetta	NO

SEGNALAZIONI (ALERT)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
SA 1	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
SA 2	Congruenza tra posizione utente ticket, data prescrizione, codice esenzione e codice fiscale per esenzioni da reddito Il codice fiscale del paziente non risulta attribuito in Aura al codice esenzione per reddito indicato nella ricetta alla data della prescrizione.	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
SX 1	Ricetta DM in stato prescritto	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE presente in archivio SAR/SAC con ultimo stato “prescritto”; il processo di dematerializzazione non risulta completato.
SX 2	Prescrizione regionale tipo DPCM- Numero ricetta non presente in archivio	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, per prescrizioni regionali (010), sia indicato un numero poligrafico DPCM non presente nell'archivio del SAR.
SX 3	Numero ricetta NRE fuori regione non presente in archivio	Per le prescrizioni fuori regioni di ricette dematerializzate, il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE non presente nell'archivio del SAR. La ricetta fuori regione non è stata presa in carico correttamente dall'erogante.
SX 4	Ricetta DM in stato presa in carico	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE presente in archivio con ultimo stato “presa in carico”; il processo di dematerializzazione non risulta completato.
SX 5	Ricetta DM in stato Annullamento ricetta erogata	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE presente in archivio con ultimo stato “annullamento ricetta erogata”; il processo di dematerializzazione non risulta completato.
SX 6	Ricetta DM in stato sospeso	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE presente in archivio con ultimo stato “ricetta sospesa”; il processo di dematerializzazione non risulta completato.
SX 7	Ricetta Autoimpegnativa Cartacea	Utilizzo improprio della ricetta autoimpegnativa cartacea non coerente con le indicazioni regionali.

7 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.

8 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI

9 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

Le tabelle di supporto alla compilazione dei flussi prestazioni, vengono pubblicate su una apposita sezione nell'ambito Sistema Piemonte – PADDI – Cartella Flussi SDO e Prestazioni.

La notifica di aggiornamenti delle tabelle verrà inviata sulle caselle di posta del sistema della Mobilità Regionale.

Per agevolare la consultazione del disciplinare e la verifica degli errori, sono state numerate e raccolte alcune tabelle di riferimento nel file alle excel “Disciplinare Prest_Pubb_Tabelle_Allegati_V01.xls” da considerarsi come parte integrante di questo documento. Per le tabelle di riferimento soggette a frequenti aggiornamenti da parte delle ASR sono stati inseriti nelle schede dei campi i link per poterle consultare su PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali.

La tabella di riferimento per :

- i codici delle aziende sanitarie regionali, ISTAT dei comuni italiani e stati esteri è reperibile al link sotto riportato nella sezione “Documentazione dati di riferimento per i controlli - Dati trasversali comuni e stati esteri”
<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione>
- dei medici è presente sul sistema PADDI nell'area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabelle istituti pubblici – Tabelle medici” al link
<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita>
- codici STS11 e HSP11-bis sono presenti sul sistema PADDI nell'area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Strutture”
<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita>
- Tabelle codici ICD – IX –CM è reperibile al link sotto riportato nella sezione “Materiale regionale”
<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo>
- Del tariffario regionale è presente sul sistema nell'area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabelle istituti pubblici – Tariffario Regionale Prestazioni” al link
<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita>
- Tabella codici per emocomponenti è presente sul sistema [PADDI](#) nell'area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabella codici per emocomponenti al link
<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita>

Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2 (PS)

Infezione Covid -19	Quadro clinico	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
Confermata	Polmonite	484.8 Polmonite in altre malattie infettive classificate altrove	078.89 Altre malattie da virus specificate
	Bronchite acuta	466.0 Bronchite acuta oppure 490 Bronchite, non specificata se acuta o cronica	078.89 Altre malattie da virus specificate
	Altra infezione acuta vie aeree	519.8 Altre malattie dell'apparato respiratorio, non classificate altrove	078.89 Altre malattie da virus specificate
	ARDS	518.82 Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove	078.89 Altre malattie da virus specificate
	Sintomi scarsi o assenti ma l'accesso al PS è legato al covid-19	078.89 Altre malattie da virus specificate	
	Sintomi scarsi o assenti ma l'accesso al PS non è legato al covid-19	Codice patologia motivo dell'accesso al PS	078.89 Altre malattie da virus specificate
Non confermata ma contatti positivi	Patologia respiratoria	Codice patologia motivo dell'accesso al PS	V01.79 Contatto con o esposizione ad altre malattie virali oppure V71.83 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici
	Nessuna patologia	V01.79 Contatto con o esposizione ad altre malattie virali oppure V71.83 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici	

Tabella A - Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti adulti

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	<p>4270 tachicardia parossistica sopraventricolare</p> <p>42731 fibrillazione atriale</p> <p>42789 altre aritmie cardiache</p>	<p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio.</p> <p>Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo</p> <p>cardioversione elettrica</p> <p>Esclusione di recidive</p>	<p>TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica</p> <p>FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC</p>	<p>Instabilità emodinamica</p> <p>Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso</p> <p>Scompenso cardiaco e SCA</p> <p>Eventi acuti</p>	<p>Monitoraggio parametri: FC, SatO2</p> <p>Somministrazione farmaci antiaritmici</p> <p>ECCG</p> <p>Consulenza cardiologica</p>
ASMA	<p>493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta</p>	<p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Monitoraggio clinico-strumentale</p> <p>Controllo farmacologico di sintomi</p> <p>Approfondimento diagnostico</p> <p>Terapia dell'attacco acuto</p> <p>Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia</p>	<p>Paziente stabile con broncospasma e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS (≥ 3 aerosol)</p> <p>Sp O2 compresa tra 90 e 95%</p>	<p>Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90%</p> <p>Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente</p>	<p>Monitoraggio parametri vitali</p> <p>O2-terapia</p> <p>Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore</p> <p>EGA</p>
CEFALEA	<p>7840 cefalea</p>	<p>Inquadramento clinico</p> <p>Esami diagnostici</p> <p>Monitoraggio parametri: PA, fundus, TC, RMN;</p> <p>Consulenza neurologica</p> <p>Trattamento sintomatico</p>	<p>Cefalea con obiettività neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza miglioramento dopo primo approccio farmacologico</p>	<p>Instabilità emodinamica</p> <p>Eventi acuti concomitanti</p>	<p>Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età</p> <p>Terapia antalgica</p> <p>Monitoraggio PA</p> <p>Valutazione fundus</p> <p>Esami neuroradiologici</p> <p>Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)</p>
CONVULSIONI	<p>780.39 Crisi convulsiva SAI</p>	<p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Monitoraggio clinico e strumentale</p> <p>Approfondimento diagnostico e differenziale</p> <p>Trattamento farmacologico</p>	<p>Anamnesi positiva di crisi convulsiva con stato post critico prolungato, con accertamenti negativi o con crisi convulsiva da sostanze tossiche o da sospensione di alcool o con elevato rischio di ricorrenza della crisi</p>	<p>Primo episodio</p> <p>Condizioni cliniche instabili</p> <p>Eventi acuti concomitanti</p>	<p>Monitoraggio parametri vitali</p> <p>somministrazione farmacologica</p> <p>esami ematologici</p>

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
DIARREA	787.91 Diarrea SAI	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali. Monitoraggio clinico. Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Controllo farmacologico dei sintomi. Terapia con fluidi	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche, associata o meno a vomito.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di dolore addominale intenso, febbre e immunodepressione. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione a ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG Esami: routine Rx torace Emocolture Coproculture
DISIDRATAZIONE	276.51 Disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico, in particolare anziani	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi, disturbi della deglutizione, comorbidità	Monitoraggio Introdotto/eliminato Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	786.50 Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico –strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriati. Approfondimento diagnostico strumentale	Pazienti con ECG normale o non diagnostico con markers di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA).	Pazienti con probabilità bassa di SCA, abuso di droghe, instabilità clinica. Presenza dei criteri per ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG: 0-4/6-12 h; Esami: routine + TN a 3-6h Rx torace eco cuore test da sforzo o eco stress
GESTIONE DEL DOLORE	3380 Sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico. Controllo farmacologico dei sintomi. Analgesia loco-regionale.	Pazienti con dolore medio- grave (VAS >7) che non cede ad un trattamento appropriato eseguito in Pronto Soccorso, o in cui è necessario stabilire un'analgesia continua o locoregionale (es. analgesia epidurale)	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.	Esami: routine Accesso venoso periferico/centrale Infusione ev di terapia Blocco loco-regionale

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
INTOSSICAZIONI	960 - 979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e di laboratorio. Terapia generale e specifica Decontaminazione o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope o altre sostanze tossiche con latenza di effetti < 24H o con clearance completa del farmaco < 30 H o con risposta efficace e completa dell'antidoto aspecifico e/o specifico in paziente stabile	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Comorbidità e/o presenza di eventi acuti. Stato di agitazione non controllabile	Monitoraggio parametri vitali Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti Monitoraggio ECG EGA Esami di routine Doppio accesso venoso ev CVC Gastrolusi Catarsi salina Ev EGDS Rx torace
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Monitoraggio clinico strumentale. Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni cutanee non risolvibili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri vitali Somministrazione farmaci
SCOMPENSO CARDIACO	4280 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio Classe NYHA I II	Primo episodio. Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente. Classe NYHA III e IV	Monitoraggio multiparametrico EGA Esami: routine + a12 H Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev
SINCOPE	780.2 Sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione e monitoraggio ECG consulenza cardiologica e neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici : TC, RMN	Ad etiologia indeterminata o inspiegata a rischio intermedio-alto	Condizioni cliniche instabili Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	EGA ECG consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali
SINDROME VERTIGINOSA	7804 Stordimento e capogiro	Inquadramento clinico, strumentale e di laboratorio: esami ematici, vis ORL, vis. neurologica, TC Controllo farmacologico dei sintomi	Paziente con vertigine in atto che non consente dimissione	Deficit neurologico cerebellare o insufficienza vertebro-basilare. Instabilità clinica Comorbidità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL
CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE

<p>SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)</p>	<p>7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma</p>	<p>Inquadramento ed approfondimento diagnostico strumentale dell'etiologia del dolore mediante esami mirati Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale</p>	<p>ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore. Dolore di recente insorgenza, in paziente stabile e che non necessita di procedura chirurgica</p>	<p>Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore POLITRAUMA o condizioni cliniche instabili o in deterioramento</p>	<p>Valutazione mediante scale Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali</p>
<p>TIA</p>	<p>4359 Ischemia cerebrale transitoria non specificata</p>	<p>Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica</p>	<p>Pazienti con TC negativa, deglutizione normale, livello normale di coscienza, assenza di crisi ipertensiva o comiziale, in cui sia stata esclusa l'origine cardioembolica e con un ABCD2 score <4.</p>	<p>Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione all'ricovero urgente</p>	<p>ECG Esami: routine TC encefalo Eco doppler TSA</p>
<p>TRAUMA CRANICO MINORE</p>	<p>850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 8501 concussione con breve perdita di coscienza</p>	<p>Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo cranico Approfondimento diagnostico-strumentale</p>	<p>GCS ≥ 14, senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia antiaggregazione Dinamica a bassa energia</p>	<p>GCS < 13, condizioni instabili Comorbidità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore</p>	<p>Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica</p>

Tabella B - Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti pediatrici

CONDIZIONE

ICD9-CM

RAZIONALE

CRITERI INCLUSIONE

CRITERI ESCLUSIONE

PRESTAZIONI CONSIGLIATE

ARITMIE

4270 tachicardia parossistica sopraventricolare

42731

fibrillazione atriale

Stabilizzazione e monitoraggio dei
parametri vitali
Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo;
monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica
Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive

TPS in paziente con precedenti crisi
Fibrillazione atriale già in trattamento
Previsione di dimissibilità entro le
36 ore

Instabilità emodinamica
Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso

Monitoraggio parametri: FC, SatO2
Somministrazione farmaci antiaritmici
ECG
consulenza cardiologica

ASMA

493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta

Stabilizzazione e monitoraggio dei
parametri vitali

Eventuali esami ematologici e radiologici

Terapia dell'attacco acuto

Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia

Broncospasmo e dispnea grado medio, non risolta al primo trattamento in PS

SpO2 compresa tra 90 e 95%

Quadro clinico grave

SaO2 < 90%

(Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)

Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

O2-terapia

Somministrazione broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore

EGA

BRONCHIOLITE

4661

bronchiolite acuta

Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali

Ricerca VRS su aspirato nasale

Terapia farmacologia e somministrazione ossigeno Valutazione nelle ore successive
della risposta alla terapia

Forme di media entità con

SaO2 > 90% e età > 1 mesi

Associazione con fattori di rischio (prematunità, cardiopatia, basso livello socio-economico); condizioni che ne consigliano un ricovero ordinario

Monitoraggio

Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2 terapia

Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica

Idratazione ev

EGA

ricerca RSV

CEFALEA

7840
cefalea

Inquadramento clinico

Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN); Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale

Cefalea con obiettività neurologica negativa

Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento

Primo episodio refrattario a

terapia antalgica

Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o

cefalea cronica con segni d'allarme

Gravi patologie sottostanti (ESA,

meningite)

Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età

Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus

Esami neuroradiologici

Consulenze specialistiche

(Centro Cefalee, NPI)

CONDIZIONE

ICD9-CM

RAZIONALE

CRITERI INCLUSIONE

CRITERI ESCLUSIONE

PRESTAZIONI CONSIGLIATE

CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI

780.31 convulsioni febbrili (semplici), non specificate

Stabilizzazione e monitoraggio dei
parametri vitali

Eventuali accertamenti ematochimici,
Esclusione infezioni SNC. Trattamento patologia febbrile

Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici

Convulsioni febbrili complesse
Stato di male febbrile

Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
somministrazione benzodiazepine
esami ematologici per definire la natura della febbre

DISIDRATAZIONE

276.51
disidratazione

Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali
Esecuzione esami ematologici

Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico
Monitoraggio dei sintomi clinici

Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio
non migliorati con reidratazione per os e/o
con alterazione dell'equilibrio
idroelettrolitico

Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi

Monitoraggio Introdotti/eliminati
Controllo peso
Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG

EPILESSIA

345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile

Monitoraggio parametri vitali e
trattamento crisi, se in atto. Esecuzione esami specifici (EEG, RMN), dosaggio ematico farmaco utilizzato, Consulenza neurologica, Valutazione trattamento

Epilessia già nota
Paziente con crisi responsiva al trattamento e che
necessita di osservazione o approfondimento diagnostico

Stato di male
Crisi subentranti

Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC EEG
consulenza NPI
dosaggio farmaci anticomiziali somministrazione farmaci anticomiziali

FEBBRE

780.6
febbre

Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS
Eventuale inizio terapia specifica

Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese
< 1 mese, fontanella ant. bombata, rigidità nucale, cefalea intensa,
cond. generali scadenti, quadro di shock settico
Monitoraggio FC
Indici di flogosi
Esami colturali
Somministrazione farmaci
(antipiretici/antibiotici)

INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO

Stabilizzazione e monitoraggio dei
parametri vitali
Studio radiologico
Broncoscopia diagnostica con
rimozione del corpo estraneo
Valutazione nelle ore successive

Inalazione o sospetta inalazione
di corpo estraneo

Distress respiratorio grave
Indisponibilità anestesiológica

Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

934

corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei
polmoni

CONDIZIONE

ICD9-CM

RAZIONALE

CRITERI INCLUSIONE

CRITERI ESCLUSIONE

PRESTAZIONI CONSIGLIATE

INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

599.0 infezione del sistema urinario, sito non specificato

Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici ed urinari, Ecografia apparato urinario, Inizio terapia con valutazione risposta

Età > 3 mesi

Età < 3 mesi, aspetto settico

Esame urine

Urinocoltura indici di flogosi monitoraggio T°

somministrazione farmaci

(antipiretici/antibiotici)

INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI

9330

c. e. nel faringe

9351

c. e. nell'esofago

9352

c. e. nello stomaco

936

c. e. nell'intestino tenue e nel colon

Rimozione in endoscopia del corpo estraneo

Osservazione transito se arresto nello stomaco del corpo estraneo

Ingestione di sostanze estranee che per forma, dimensioni o composizione possano arrecare lesioni alle mucose

Indisponibilità anestesiológica

Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

INTOSSICAZIONI

960-979

(avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici)

305

abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool)

980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non
medicamentosa

(esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)

Monitoraggio parametri vitali e trattamento del sintomo
ematochimici e strumentali d'urgenza
Esecuzione di ricerche tossicologiche
Trattamenti con antidoti specifici Monitoraggio clinica e valutazione della risposta alla terapia
Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami

Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche
Dimissibilità prevedibile entro le
36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita

Ingestione sostanze caustiche
Instabilità emodinamica
Patologie internistiche concomitanti o preminenti. Pazienti con evidente volontà autolesiva
Stato di agitazione
PGCS <= 11

Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato
Somministrazione antidoti
ECG

LARINGITE

4640 laringite acuta

Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica Monitoraggio nelle ore successive della risposta alla terapia.

Di media gravità
secondo lo score di Westley
(valori compresi tra 4 e 6)

Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano il ricovero ordinario
Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
O2-terapia
Aerosolterapia con adrenalina e budesonide
Somministrazione cortisone per os

CONDIZIONE

ICD9-CM

RAZIONALE

CRITERI INCLUSIONE

CRITERI ESCLUSIONE

PRESTAZIONI CONSIGLIATE

LINFOADENOPATIA

7856

linfadenomegalia
Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con
esami ematochimici ecografia
Eventuale inizio terapia specifica
ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le
36 ore
Quadro sospetto di evoluzione chirurgica
Forte sospetto di malattia oncologica
Quadro con chiara indicazione chirurgica
Indici di flogosi sierologia per EBV
Ecografia Consulenza ORL Somministrazione farmaci

POLMONITE

486 polmonite, agente non specificato

Esecuzione accertamenti ematologici e radiologici per inquadramento diagnostico
Inizio terapia antibiotica con valutazione risposta

Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico

Cianosi a riposo, distress grave
Monitoraggio parametri: FR-SatO2, FC Indici di flogosi
Sierologia Mycoplasma
Rx torace ecografia torace
Somministrazione antibiotici ev/os

REAZIONI ANAFILATTICHE

995.2

effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici

Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali

Terapia con adrenalina, cortisonici, antistaminici ev Valutazione decorso clinico

Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolvibili con terapia entro 6 ore in PS

Shock anafilattico

Manifestazioni cutanee isolate

Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Somministrazione farmaci
(antistaminici, cortisone)

SINCOPE

780.2

sincope e collasso

Monitoraggio parametri vitali

Esecuzione ECG e consulenza cardiologica, neurologica

Eventuali ulteriori accertamenti specifici
(visita neurologica, TC, RMN)

Di dubbia dinamica

Sincope cardiologica

Sincope vasovagale

EGA ECG

consulenze specialistiche
(cardiologica/NPI)

SINDROME VERTIGINOSA

7804 stordimento e capogiro

Inquadramento clinico esami ematici,
vis. ORL, vis. neurologica, TCc

Paziente con vertigine in atto

Deficit neurologico, compromissione della coscienza

Esami ematologici
Consulenze specialistiche ORL/NPI

SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)

7865

dolore toracico

788.0

colica renale

789.0

dolore addominale

33811

dolore acuto da trauma

Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica
Somministrazione di farmaci antidolorifici
Sedazione moderata

Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità
entro le 36 ore

Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore

Valutazione mediante scale adeguate all'età
Somministrazioni farmaci
Esami ematologici e strumentali per definire la causa

CONDIZIONE

ICD9-CM

RAZIONALE

CRITERI INCLUSIONE

CRITERI ESCLUSIONE

PRESTAZIONI CONSIGLIATE

TRAUMA ADDOMINO- PELVICO CHIUSO

922.2
contusione della parete addominale
843 distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia
846
regione sacro-iliaca
847.2 lombare
847.3 del sacro
847.4 del coccige
911 traumatismi superficiali tronco

Esclusione complicanze in traumi minori

Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze

Trauma grave
Instabilità emodinamica

Monitoraggio parametri: FC, SatO2
Esami radiologici/ecografici
Terapia antalgica

TRAUMA CRANICO MINORE

850.0

concussione con nessuna perdita di coscienza
850.1
concussione con breve perdita di coscienza

Osservazione clinica superiore a
6 ore ed eventuali indagini radiologiche.
Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici

GCS \geq 14, sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma molle con EO neurologico negativo)
Dinamica del trauma banale

Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico- terapeutico entro le 36 ore

Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille

Terapia antalgica

TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica
consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

TRAUMA TORACICO

CHIUSO

922.1

contusione della parete toracica,

847.1 distorsioni e distrazioni del torace

911

traumatismi superficiali del tronco

Esclusione complicanze in traumi minori

Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze

Trauma grave
Instabilità emodinamica

Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Esami radiologici
Terapia antalgica

10 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, tipo ricetta ed onere spesa; 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 dei 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 utilizzano il codice ISI avente la seguente struttura: “STP+ codice regione+ 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.

Al fine di semplificarne la fruizione, sono state prodotte in formato Excel, numerate e raccolte nel documento "Disciplinare Prest Pubb Tabelle Allegati" che costituisce parte integrante del presente disciplinare.

Per continuità con il passato alcune di esse vengono comunque replicate su questo documento.

Si precisa che le variazioni alle tabelle, contenenti codici HSP11, HSP11-BIS sono il risultato delle attività di aggiornamento effettuato dalle ASR all’interno dell’Anagrafe Regionale dei Punti di Erogazione (ARPE) sulla base degli atti regionali di accreditamento emessi dai settori competenti.

N.	TIPOLOGIA UTENTE	TIPO RICETTA	ID CITTADINO	COD FISCALE	COMUNE STATO RESIDENZA	REGIONE RESIDENZA	ASL RESIDENZA	CITTADINANZA	ONERE SPESA	MODALITA' DI RIFERIMENTO	MOBILITA'	MODALITA' DI ADDEBITO
1	Residenti o domiciliati, assistiti a carico SSN	nullo	nullo	Effettivo o provvisorio 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 Confederazione 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 Confederazione 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 provvisorio 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/95777/1.3.b del 02/12/04).	nullo	ID CITTADINO	Effettivo o provvisorio 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 CITTADINO	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 Confederazione 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 Confederazione 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 Confederazione Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	S	Dichiarazione 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 Confederazione Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	I	Dichiarazione 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 della Confederazione Svizzera (CH), 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 L93 - Congruenza tra codice istituto provenienza e provenienza assistito

Codice flusso	Codice Provenienza Assistito	Istituto Provenienza	
C2	A : medico di medicina generale/ pediatra libera scelta	Nulla	
C2	B : medico di continuità assistenziale	Nulla	
C2	C: specialista	Nulla	
C2	D: trasferito da istituto pubblico	Codice HSP11-BIS	
C2	E: trasferito da privato accreditato o provvisoriamente accreditato	Codice HSP11-BIS	
C2	F: trasferito da privato non accreditato	Codice HSP11-BIS	
C2	G: Intervento C.O. 118	Nulla	
C2	H: decisione propria	Nulla	
C2	Z: altro	Nulla	

Controllo L97 - Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione

Codice Flusso	Controllo applicato
C	<p>Per invii con Ricetta Rossa, DM e DPCM (non autoimpegnative) sono accettate matricole di unità produttiva il cui codice attività sia</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.05.01 – Attività clinica - 2.05.02 – Attività di laboratorio - 2.05.03 – Attività di diagnostica strumentale e per immagini <p>Per invii con “nr. ricetta” compilato con la numerazione diversa da poligrafico o NRE sono accettate matricole di unità produttiva il cui codice attività non sia</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.05.11 – Attività clinica libera professione - 2.05.12 – Attività di laboratorio libera professione - 2.05.13 – Attività di diagnostica strumentale e per immagini libera professione -
C2	<p>Sono accettate matricole abbinate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - unità produttive delle strutture HSP11-BIS associate all’area “04 – Area Urgenze” e specialità “51 – Pronto soccorso”. Si considerano matricole valide sono quelle definite a livello di “Specialità/Branca” poiché sono le uniche che permettono di determinare l’effettiva disciplina di erogazione. - all’area 07 – specialità 18 con i seguenti codici attività e non viene eseguito il controllo di esistenza di disciplina alla matricola. <ul style="list-style-type: none"> - 2.02.00 Centrale operativa 118 ed emergenza territoriale - 1.04.00 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (SPRESAL)
C4	<p>Sono accettate le matricole:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al codice attività “3.20.00 - interni C4” - al codice attività “3.10.00 - pronto soccorso e DEA” - relative all'area 09 specialità 01 (solo per gli STS11) - all’area 07 – specialità 18 con i seguenti codici attività e non viene eseguito il controllo di esistenza di disciplina alla matricola. <ul style="list-style-type: none"> - 2.02.00 Centrale operativa 118 ed emergenza territoriale - 1.04.00 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (SPRESAL)
C5	<p>Sono accettate le matricole abbinate a codici STS11 aventi codice attività “3.30.00 – attività per altri erogatori C5”</p>

Controlli formali sul Numero Ricetta

Codice flusso	Controllo
<p>C Poligrafico</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 <p>IL controllo è applicato nell'applicativo di registrazione di assegnazione dei ricettari SSN ai Medci Prescrittori (RUR).</p>
<p>C Impegnativa Interna o Accesso diretto cartacea</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lunghezza massima 16 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere "A" <p>Il numero ricetta deve avere il seguente formato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza) - Codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) - Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (9 cifre completato a sinistra con zeri) - Carattere A <p>Oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza) - Codice azienda (3 cifre) - Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (10 cifre completato a sinistra con zeri) - Carattere A
<p>C dematerializzata</p>	<p>Lunghezza massima 15 Cifre alfanumeriche con il seguente formato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)

Controllo LF5 - Congruenza tra Tipo Ricetta , Medico prescrittore e Tipo di erogazione.

Codice Flusso	Controllo applicato
C	<p><u>Ricette vecchio modello AUTOIMPEGNATIVE e AGENDA GRAVIDANZA</u> “Tipo di Erogazione” valorizzato con ‘A’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11 per accesso diretto a Consultorio, SerT, DSM, SIMT - - Valore “AD99999” per accesso diretto - - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero - - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell’accesso diretto - <p>Nel caso in cui Campo “Tipo di Erogazione” valorizzato con ‘D’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11: se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all’accesso diretto - - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore - - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione - -Codice fiscale del medico specialista prescrittore <p><u>Dalle prescrizioni del 01 ottobre 2015 sarà ammissibile soltanto la tipologia: Codice fiscale del medico prescrittore.</u></p> <p>Nel caso in cui il campo 57.0 è valorizzato con ‘M’ ovvero “ricette autoimpegnative in sostituzione di una ricetta SSN non prescritta correttamente” è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice regionale MMG - Codice regionale PLS <p>Nel caso in cui il campo 57.0 è valorizzato con ‘Z’, ovvero altre tipologie non precedentemente segnalate, è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (campo 0.4):</p> <ul style="list-style-type: none"> - “099999R”: in caso di ricette prescritte da medici inps o da quelli operanti nelle carceri; - Codice fiscale del medico: in caso di ricette prescritte in libera professione. - “AG99999”: in caso dir ricette relative all’agenda di gravidanza <p><u>Ricette DEMATERIALIZZATE (autoimpegnative o SSN)</u></p> <p>Codice fiscale medico prescrittore</p>

FAC SIMILE TESSERA SANITARIA

