

Codice A1416D

D.D. 15 settembre 2025, n. 527

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 527/A1400B/2025

DEL 15/09/2025

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400B - SANITA'**

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 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, n. 762 del 25 maggio 2021, n. 2051 del 14 dicembre 2021, n. 569 del 1 aprile 2022, n. 740 del 7 novembre 2024, sono stati approvati gli aggiornamenti della documentazione tecnica di cui alla succitata deliberazione.

Ritenuto di approvare le variazioni ai flussi informativi sanitari alla luce della D.G.R. n. 22-988 del 14/04/2025 “Integrazione della D.G.R. n. 13-6981 del 30/12/2013 per la parte di obbligo informativo del sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari (SICOF) e delle attività dell’assistenza riabilitativa (SIAR)”, della comunicazione inviata dal Settore di competenza con nota prot. N 14034 del 16/06/2025, delle D.D n. 522/A1400B del 29/07/2024 e n. 523/A1400B del 29/07/2024 che hanno istituiti i nuovi flussi regionali SICOF (Flusso Informativo Consultori) e SIAR (Flusso informativo regionale delle prestazioni residenziali e semiresidenziali riabilitative territoriali) e l’applicazione del nuovo nomenclatore della specialista

ambulatoriale riferito al DM del Ministero della Salute del 25 novembre 2024 “Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”, che hanno confermato la necessità delle modifiche come di seguito riportato.

FLUSSO “SIAR”

- Approvazione disciplinare derivante dal Decreto del Ministero della Salute del 7/08/2023 rubricato “*Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa (SIAR) - PNRR M6C2 Investimento 1.3.2. Sub investimento 1.3.2.2.1. (23A05204)* ” pubblicato sulla G.U. n. 223 del 23 settembre 2023;

FLUSSO “SICOF”

- Approvazione disciplinare derivante dal Decreto del Ministero della Salute del 7/08/2023 rubricato “*Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari (SICOF) - PNRR M6C2 Investimento 1.3.2. Sub investimento 1.3.2.2.1. (23A05205)*” pubblicato sulla G.U. n. 223 del 23 settembre 2023;

FLUSSO “C - Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE per residenti e non residenti”

- Inseriti i nuovi controlli: LX8, LH1
- Modificati i controlli: L05, L10, L16, L18, L19, L21, L49, L51, L57, L73, L77, L80, LB9, LD0, LD1, LD7, L03
- Modificata sezione “controlli applicati” delle schede: 52.1, 52.2, 52.3, 67.0, 68.0, 112.0
- Modificata la sezione “Osservazioni e precisazioni” delle schede: 17.0, 19.0, 127.0
- Modificato il paragrafo “4.4 NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA”
- Invalidato il controllo LE9
- Aggiunto nuovo campo 140.0 “Identificativo Prenotazione CUP”

FLUSSO “C2 - Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE Prestazioni in DEA o PRONTO SOCCORSO per residenti e per non residenti”

- Aggiunta campo 127.0 “Codice prestazione new”
- Inserite nel tracciato le nuove schede campo:
 - 128.0 - Violenza al Triage
 - 129.0 - Violenza
 - 130.0 - Relazione Vittima autore
 - 131.0 - Vittima di atti persecutori
 - 132.0 - Tipologia Violenza - Fisica
 - 133.0 - Tipologia Violenza - Sessuale
 - 134.0 - Tipologia Violenza - Psicologica
 - 135.0 - Tipologia Violenza - Economica
 - 136.0 - Violenza assistita
 - 137.0 - Somministrazione Questionario Brafed
 - 138.0 - Esito Valutazione Brafed
 - 139.0 - Percorso territoriale antiviolenza
- Modificata scheda “96.0 - Modalità di arrivo”
- Aggiunti i nuovi controlli: LH2, LH3, LH4

FLUSSO “File F”

- Adeguamento alla nota Regionale prot. n. 4697 del 20/02/2025:
 - Aggiornato campo 58.0 – Tipo Prestazione: aggiunto tipologie ‘37’, ‘38’, ‘42’.
 - Inserito controlli: LD0, LD1. Modificato controllo LF8.

- Aggiornato campo 58.0 – Tipo Prestazione: nuova tipologia “12 Somministrazione anticorpo RSV (Nirsevimab)”. Inserito controllo LG6.

FLUSSO “SDO”

- Controllo logico L77 – modificata la gestione rispetto ai ricoveri diurni riabilitativi (*par. 5.1.3 I controlli logici*)
- Aggiornata la Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici del SSR, Presidi ex. art. 41 e 43 L.833/1978 e IRCCS ex. art. 42 L.833/1978 (*par 6.2 Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici del SSR, Presidi ex. art. 41 e 43 L.833/1978 e IRCCS ex. art. 42 L.833/1978*)
- Aggiornata la Tabella Strutture Private Accreditate (*par 6.3.1 Tabella Strutture Private Accreditate*)
- Aggiornata la Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS) (*par 6.5 Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera - Flussi Ministeriali FAR NSIS*)

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

Tutto ciò premesso, attestata la regolarità amministrativa del presente atto ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024;

IL DIRETTORE

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;
- Vista la DD n. 762 del 25 maggio 2021;
- Vista la DD n. 2051 del 14 dicembre 2021;
- Vista la DD n.569 del 1 aprile 2022;
- Vista la DD n. 740 del 7 novembre 2024;

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 Strutture pubbliche del SSR, Presidi ex. art. 41 e 42 L.833/1978 e IRCCS ex. art. 42 L.833/1978”
 - “Disciplinare tecnico Flusso informativo specialistica ambulatoriale PRIVATI”
 - “Disciplinare tecnico Flussi informativi farmaceutica”
 - “Disciplinare tecnico Flusso informativo SICOF”
 - “Disciplinare tecnico Flusso informativo SIAR”
 - “Disciplinare tecnico SDO – schede di dimissione ospedaliera”
- 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 DIRETTORE (A1400B - SANITA')
Firmato digitalmente da Antonino Sottile

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. Disciplinare_SIAR_202507.pdf
2. DISCIPLINARE_TECNICO_FLUSSO_CONSULTORI_V01.pdf
3. DISCIPLINARE_TECNICO_PREST_PUBB_(vers_08_2025).pdf
4. Disciplinare_FARMACEUTICA_vers_05_2025.pdf
5. Flusso_Spec_Ambul_Privati_08_2025.pdf
6. Verdone_XML_2025_V03.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



Assessorato Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria

DIREZIONE SANITÀ

SIAR
FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE DELLE
PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI
RIABILITATIVE TERRITORIALI

DISCIPLINARE TECNICO

INDICE GENERALE

Sommario

CRONOLOGIA VARIAZIONI	3
1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	4
1.1 Obiettivi	4
1.2 Struttura del documento	4
2. GENERALITÀ	5
2.1 Acronimi e abbreviazioni	5
2.2 Riferimenti normativi	6
2.3 Contesto di riferimento	7
2.4 Ambito di rilevazione	7
2.5 Classificazione delle patologie	7
2.6 Regole generali di compilazione	8
2.6.1 Obbligatorietà dei campi	8
2.6.2 Tipo del campo e valori ammessi	8
2.7 Modalità di movimentazione dei dati	8
3. SISTEMA DEI CONTROLLI	9
3.1 Controlli di tipo formale	9
3.2 Controlli logici e normativi	9
3.3 Segnalazioni	9
4. CALENDARIO DEGLI INVII REGIONALI	10
5. TRACCIATI RECORD	11
5.1 Chiave univoca dei tracciati	11
5.2 Adozione di un Identificativo Esterno	12
5.3 Invio dei tracciati	13
5.4 Descrizione del tracciato	14
5.5 Tracciato PIC	15
5.6 Tracciato "RIAB"	19
5.7 Tracciato "OREPROF"	24
6. SCHEDE CAMPO	27
6.1 Premessa	27
7. CONTROLLI	115
7.1 Premessa	115
7.2 Controlli formali	116
7.3 Controlli bloccanti	117
7.4 Controlli logici	120
7.5 Segnalazioni	132

CRONOLOGIA VARIAZIONI

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V01	10/07/24	Versione iniziale del documento.

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 Obiettivi

Il presente documento di specifiche funzionali costituisce l'analisi del flusso informativo relativo all'assistenza riabilitativa in coerenza con il decreto attuativo del suddetto flusso.

1.2 Struttura del documento

Il documento si articola nei seguenti capitoli:

- **PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO**
- **CONTESTO DI RIFERIMENTO**
- **GENERALITÀ:** il capitolo riporta il significato di acronimi ed abbreviazioni, i riferimenti normativi maggiormente rilevanti, l'esplicazione di alcune locuzioni la cui univoca interpretazione risulta fondamentale per una corretta compilazione del flusso;
- **TRACCIATI:** contiene le tabelle relative ai tracciati in cui si articola il flusso SIAR
- **SCHEDE CAMPO:** contiene le schede di tutti i campi del tracciato. Per ciascuna scheda sono riportate tutte le informazioni utili alla compilazione e riportati tutti i controlli (poi specificati nella sezione successiva) dai quali ciascun campo è coinvolto
- **CONTROLLI:** è la sezione in cui sono riportate le specifiche di tutti i controlli e le segnalazioni applicate ai campi descritti nella precedente sezione del Disciplinare

2. GENERALITÀ

2.1 Acronimi e abbreviazioni

A	=	ALFABETICO
ADI	=	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
ADP	=	ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
AN	=	ALFANUMERICO
ASN	=	ANAGRAFE DELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA REGIONE PIEMONTE
ASR	=	AZIENDA SANITARIA REGIONALE
ASL	=	AZIENDA SANITARIA LOCALE
AO	=	AZIENDA OSPEDALIERA
Ass.	=	ASSISTENZA
CDA	=	CENTRO DIURNO ALZHEIMER
CTR	=	CONTROLLO
D	=	DATA
DD	=	DETERMINA DIRIGENZIALE
DDL	=	DISEGNO DI LEGGE
DGR	=	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE (DELLA REGIONE PIEMONTE)
DL	=	DECRETO LEGGE
D.lgs	=	DECRETO LEGISLATIVO
DM	=	DECRETO MINISTERIALE
DPCM	=	DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DPR	=	DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
DRG	=	DIAGNOSIS-RELATED GROUPS (RAGGRUPPAMENTI OMOGENEI DI DIAGNOSI)
ECG	=	ELETTROCARDIOGRAMMA
FIM	=	FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
G.U.	=	GAZZETTA UFFICIALE
HGT	=	HAEMO-GLUCO-TEST
HOSP-RP	=	FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA PRESSO GLI HOSPICE
ICD9CM	=	INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, 9TH REVISION, CLINICAL MODIFICATION
IRCCS	=	ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
L	=	LEGGE (NAZIONALE)
LEA	=	LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
LIS	=	LOCKED-IN SYNDROME
MDC	=	MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES
MdS	=	MINISTERO DELLA SALUTE (EX MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI)
MMG	=	MEDICO DI MEDICINA GENERALE
MRA	=	MONITORAGGIO DELLA RETE DI ASSISTENZA
N	=	NUMERICO
n.a.	=	NON APPLICABILE
NAC	=	NUCLEI ALTA COMPLESSITÀ PER PATOLOGIE NEUROLOGICHE
NAT	=	NUCLEI ALZHEIMER TEMPORANEO
N.B.	=	NOTA BENE
NBB	=	NON OBBLIGATORIO
NSIS	=	NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NAZIONALE)
NSV	=	NUCLEO ASSISTENZA SOGGETTI IN STATO VEGETATIVO E IN STATO DI MINIMA COSCIENZA
OBB	=	OBBLIGATORIO
PIC	=	PRESA IN CARICO
PLS	=	PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
RA	=	RESIDENZA ANZIANI
RAF	=	RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE
RP	=	REGIONE PIEMONTE
RRF	=	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
RSA	=	RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
SDO	=	SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA
SEE	=	SPAZIO ECONOMICO EUROPEO
SIAD	=	SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE
SSN	=	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
SID	=	SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE
SLA	=	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA
SM	=	SCLEROSI MULTIPLA
SMC	=	STATO DI MINIMA COSCIENZA
SV	=	STATO VEGETATIVO
U.O.	=	UNITÀ OPERATIVA
U.O.C.P.	=	UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE
U.P.	=	UNITÀ PRODUTTIVA
U.V.	=	UNITÀ DI VALUTAZIONE
U.V.G.	=	UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA
VAC	=	VACUUM ASSISTED CLOSURE
XML	=	EXTENSIBLE MARKUP LANGUAGE
XSD	=	XML SCHEMA DEFINITION

2.2 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-Regioni¹ 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] – **DM MdS 12 gennaio 2017** ”Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”
- [D6] – **DM MdS 7 agosto 2023** ”Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza riabilitativa”

¹ Conferenza **permanente** per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

2.3 Contesto di riferimento

Il flusso informativo SIAR rientra nell'investimento 1.3.2 "Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA" della Missione 6, Componente 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e, in particolare, del sub-intervento 1.3.2.2.1 "Implementazione di 4 flussi informativi a livello regionale (riabilitazione territoriale, cure primarie, ospedali di comunità e consultori)".

2.4 Ambito di rilevazione

I dati richiesti dal Decreto sono relativi al set di informazioni legate ai trattamenti riabilitativi di cui all'art. 1, previa valutazione multidimensionale dell'assistito, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) ovvero piano individuale di assistenza e riabilitazione, quest'ultimo limitatamente ai trattamenti socio-riabilitativi di cui alla lett. c) dell'articolo 34, comma 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, che definiscano le modalità e la durata del trattamento stesso.

Si specifica pertanto che le prestazioni rilevate dal SIAR non si devono sovrapporre/duplicare rispetto a quelle rilevate nei flussi FAR, SIAD (assistenza domiciliare) e art.50 (specialistica ambulatoriale). Inoltre, l'attività riabilitativa viene erogata dai diversi professionisti sanitari presso Strutture sanitarie censite nei modelli ministeriali RIA11 e STS11.

Il flusso informativo SIAR, come dettagliato nel disciplinare tecnico allegato al decreto istitutivo, fa riferimento quindi alle informazioni raccolte dalle strutture di erogazione censite nei modelli ministeriali RIA11 e STS11.

Le informazioni raccolte devono essere trasmesse durante tutto il percorso assistenziale.

2.5 Classificazione delle patologie

In fase di avvio del flusso, relativamente alle patologie, è necessario ricorrere alla classificazione ICD9CM versione 2007. Successivamente si farà ricorso a versioni della classificazione coerenti con quelle utilizzate dal flusso informativo inerente alle Schede di Dimissione Ospedaliera (D.M. MdS 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modifiche [D4]), al fine di garantire l'allineamento tra il flusso SIAR ed il flusso SDO.

2.6 Regole generali di compilazione

2.6.1 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 (ad esempio il campo “Presenza di un caregiver”).

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 “Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari (descrizione)” diventa obbligatoria se il campo “Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari” contiene il valore “1”).

2.6.2 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)**

2.7 Modalità di movimentazione dei dati

Per ogni blocco informativo o per ogni record, è previsto un tipo movimento, il cui trattamento è esplicitato nell'apposita “scheda campo” in funzione del tipo di tracciato:

- **“I”** per il primo invio;
- **“C”** per la cancellazione;
- **“S”** per la sostituzione.

Il sistema di acquisizione dati processa i blocchi informativi secondo il seguente iter di elaborazione:

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

3. SISTEMA DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli prevede tre tipologie di verifica:

1. controlli di tipo formale;
2. controlli logici e normativi;
3. segnalazioni.

3.1 Controlli di tipo formale

La maggior parte dei controlli di tipo formale è svolta al momento della compilazione dei tracciati, attraverso un meccanismo di “regole grammaticali” proprio dei tracciati XML e XSD, i quali, prima della trasmissione dei dati, consentono di controllare:

- presenza del dato, se il campo è definito “obbligatorio” (l'omessa valorizzazione di campi obbligatori costituisce un errore);
- formato del dato secondo quanto previsto, per ogni campo;
- valore del campo compreso nell'intervallo di validità previsto;
- correttezza del valore, se il campo è associato ad una lista chiusa di valori.

3.2 Controlli logici e normativi

Come per ogni flusso di monitoraggio regionale, i controlli di tipo logico e normativo sono svolti a livello centrale.

I dati, controllati formalmente a livello locale prima del loro invio, sono fra essi messi in relazione secondo criteri di congruenza descritti di seguito. Qualora tali controlli rilevino anomalie, il record è trattato come errato.

Il ciclo dei controlli prevede:

1. memorizzazione dei dati nell'archivio operativo (che costituisce la fonte del monitoraggio di livello regionale e per l'invio dei dati al NSIS), se non sono riscontrati errori o anomalie bloccanti;
2. restituzione all'Azienda che invia i dati delle segnalazioni inerenti agli eventuali errori riscontrati; entro il limite temporale previsto, i dati successivamente corretti potranno essere rinviati al sistema.

3.3 Segnalazioni

Le segnalazioni hanno lo scopo di avvisare, senza oltremodo bloccare, l'utente che esistono situazioni anomale da monitorare.

4. CALENDARIO DEGLI INVII REGIONALI

		Primo Invio	Consolidamento
Tracciati 1 e 2	I Trimestre	entro il 30 aprile	25 maggio
Tracciati 1 e 2	II Trimestre	entro il 31 luglio	25 agosto
Tracciati 1 e 2	III Trimestre	entro il 31 ottobre	25 novembre
Tracciati 1 e 2	IV Trimestre	entro il 31 gennaio (anno successivo)	25 febbraio (anno successivo)
Tracciato 3	Anno	entro il 28 febbraio (anno successivo)	25 marzo (anno successivo)

5. TRACCIATI RECORD

- **Tracciato 1 - Dati anagrafici e di presa in carico:** raccoglie i dati anagrafici ed i dati relativi alla presa in carico (soggetto erogatore, soggetto richiedente la presa in carico, operatori coinvolti) e valutazione iniziale dell'assistito (patologia, ambito intervento ed esito valutazione in ingresso).
- **Tracciato 2 - Attività Riabilitazione:** contenente le informazioni associate agli eventi: erogazione (dati riferiti al periodo di accesso ed ai dati della prestazione), sospensione, valutazione dell'assistito (patologia, ambito intervento ed esito valutazione in uscita) e conclusione.
- **Tracciato 3 - Ore annuali professionisti:** contenente le informazioni relative all'attività dei professionisti sanitari erogata presso le strutture censite nei modelli ministeriali RIA11 e STS11.

5.1 Chiave univoca dei tracciati

La trasmissione di ciascun evento è univocamente individuata dai seguenti campi chiave:

TRACCIATO 1

- Codice cartella territoriale
- Azienda sanitaria di erogazione
- Struttura erogatrice
- Data apertura PIC
- Tipo movimento

TRACCIATO 2

- Codice cartella territoriale
- Azienda sanitaria di erogazione
- Struttura erogatrice
- Data apertura PIC
- Tipo movimento
- Data valutazione
- Data inizio trattamento
- Data di inizio sospensione
- Data di conclusione

TRACCIATO 3

- Anno di erogazione
- Azienda sanitaria di erogazione
- Struttura erogatrice
- Tipo movimento

5.2 Adozione di un Identificativo Esterno

L'adozione di un identificativo esterno (Id Record) del blocco di informazioni permette 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'Id Record sia unico nell'ambito dell'azienda, dell'ente inviante e del tracciato a prescindere dall'anno di erogazione della prestazione. Pertanto lo stesso Id Record non deve essere ripetuto per anni diversi.

Affinché ci sia uniformità di compilazione, si fa riferimento alle seguenti regole:

- primi 8 caratteri: Struttura erogatrice (campo 03), se inferiore ad 8 caratteri 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)

L'adozione dell'Id Record e la suddivisione del tracciato permettono di separare i dati anagrafici dai dati clinici.

5.3 Invio dei tracciati

I dati oggetto di monitoraggio sono inviati al sistema di acquisizione del flusso dall'ASL di presa in carico.

In generale, ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento o cancellazione di dati inviati in precedenza.

Non è consentito l'invio separato dei tracciati: nel medesimo invio, ad ogni record “Pic” dev'essere collegato un record “Riab” attraverso la relativa chiave univoca di collegamento. Il tracciato relativo all'ore annuali dei professionisti, invece, viene inviato separatamente per la sua natura annuale.

5.4 Descrizione del tracciato

Le colonne delle tabelle che descrivono le informazioni richieste riportano quanto segue.

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".

Nome campo:

termine che identifica il campo.

Tipo:

definisce il campo quale alfanumerico, numerico o data.

Lunghezza:

numero dei caratteri del campo.

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.

Obbligatorietà:

specifica per ogni campo se la sua compilazione sia:

- **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; il valore corretto è scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE";
- **non rilevante (NR):** il campo non ha rilevanza per una tipologia di tracciato: su di esso non verrà effettuato alcun controllo;
- **condizionato (CON):** il campo deve essere compilato in combinazione con gli altri campi del tracciato.

NSIS:

specifica se l'informazione richiesta è prevista dal tracciato NSIS (NS) o è raccolta solo a livello regionale (RP).

5.5 Tracciato PIC

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	OBB	NSIS
Assistenza						
01.0	Codice Cartella Territoriale					
01.1	Codice Cartella Territoriale: Anno	N	4	Anno di presa in carico del soggetto.	OBB	RP
01.2	Codice Cartella Territoriale: Progressivo	N	8	Progressivo numerico di Cartella Territoriale nell'ambito dell'Azienda inviante e dell'anno.	OBB	RP
02.0	Azienda sanitaria di erogazione	AN	3	Indica il codice dell'Azienda Sanitaria/Azienda Ospedaliera che eroga il servizio.	OBB	NS
03.0	Struttura erogatrice	AN	6	Indica il codice della struttura erogatrice.	OBB	NS
04.0	Data apertura PIC	D	8	Indica la data di avvio della presa in carico dell'assistito. GGMMAAAA	OBB	NS
05.0	Tipo movimento	AN	1	I: Inserimento C: Cancellazione S: Sostituzione	OBB	NS
84.0	ID Record	AN	20	Identifica univocamente il record	OBB	RP
Anagrafica						
06.0	Cognome	AN	50	Cognome dell'assistito.	OBB	RP
07.0	Nome	AN	50	Nome dell'assistito.	OBB	RP
08.0	Genere	AN	1	Sesso dell'assistito.	OBB	NS
09.0	Data di nascita	D	8	Data di nascita dell'assistito. GGMMAAAA	OBB	RP
10.0	Comune o Provincia Nascita	AN	6	Luogo di nascita dell'assistito	OBB	RP
11.0	Codice Identificativo Paziente	AN	20	Codice identificativo dell'assistito desumibile da C.F., TEAM, cod. STP, cod. ENI, ecc..	OBB	RP
12.0	Tipo Identificativo Paziente	AN	2	Tipo di codice identificativo.	OBB	RP

13.0	Cittadinanza	AN	2	Cittadinanza dell'assistito.	OBB	NS
14.0	Stato civile	AN	2	Stato civile.	OBB	NS
15.0	Titolo di studio	AN	1	Titolo di studio dell'assistito.	OBB	NS
16.0	Condizione professionale	AN	1	Indica la condizione professionale dell'assistito al momento della rilevazione.	OBB	NS
17.0	Responsabilità genitoriale	AN	1	Indica chi ha la responsabilità nei confronti dell'assistito se minorenne.	CON	NS
Residenza						
18.0	Azienda sanitaria di residenza	AN	3	Indica il codice dell'azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito.	OBB	NS
19.0	Regione di residenza	AN	3	Indica il codice della Regione di residenza dell'assistito.	OBB	NS
20.0	Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del comune nella cui Anagrafe della Popolazione residente è iscritto l'assistito.	OBB	NS
Presa in carico						
21.0	Soggetto richiedente	AN	1	Indica il soggetto che richiede la presa in carico dell'assistito.	OBB	NS
22.0	Setting assistenziale di erogazione	AN	1	Indica il setting assistenziale di erogazione dell'assistenza riabilitativa.	OBB	NS
23.0	Percentuale a carico SSN	N	3	Indica la percentuale di quota a carico del SSN.	NBB	NS
24.0	Pianificazione condivisa delle cure in cartella/fascicolo	AN	1	Indica se esiste una pianificazione condivisa delle cure in cartella/fascicolo ai sensi della l.219/2017 art. 5.	NBB	NS
25.0	Durata complessiva prevista dal PRI	N	3	Indica il numero di giorni di trattamento previsti dal PRI	OBB	NS
26.0	Ore di trattamento totali previste dal PRI	N	4	Indica il numero di ore di trattamento totali previste dal PRI.	OBB	NS
Operatore						
27.0	Professionista coinvolto - MMG/PLS	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento del MMG/PLS nel PRI.	OBB	NS
28.0	Professionista coinvolto – medico specialista	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento del medico specialista nel PRI.	OBB	NS

29.0	Professionista coinvolto - Infermiere	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento del infermiere nel PRI.	OBB	NS
30.0	Professionista coinvolto – operatore socio sanitario	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento dell'operatore socio sanitario nel PRI.	OBB	NS
31.0	Professionista coinvolto - Fisioterapista	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento del fisioterapista nel PRI.	OBB	NS
32.0	Professionista coinvolto - Logopedista	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento del logopedista nel PRI.	OBB	NS
33.0	Professionista coinvolto - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento del Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva nel PRI.	OBB	NS
34.0	Professionista coinvolto - Terapista occupazionale	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento del Terapista occupazionale.	OBB	NS
35.0	Professionista coinvolto - psicologo	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento dello psicologo.	OBB	NS
36.0	Professionista coinvolto – assistente sociale	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento dell'assistente sociale.	OBB	NS
37.0	Professionista coinvolto – educatore professionale	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento dell'educatore professionale.	OBB	NS
38.0	Professionista coinvolto – altri professionisti sanitari	AN	1	Indica se è previsto il coinvolgimento di altri professionisti sanitari.	OBB	NS
39.0	Professionista coinvolto – altri (descrizione)	AN	30	Indica se è previsto il coinvolgimento dello psicologo.	NBB	NS

La **chiave univoca di identificazione** dei record del tracciato SIAR PIC è costituita dai seguenti campi:

- Codice cartella territoriale
- Azienda sanitaria di erogazione
- Struttura erogatrice
- Data apertura pic
- Tipo movimento
- ID Record

5.6 Tracciato “RIAB”

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	OBB	NSI S
Assistenza						
01.0	Codice Cartella Territoriale					
01.1	Codice Cartella Territoriale: Anno	N	4	Anno di presa in carico del soggetto.	OBB	RP
01.2	Codice Cartella Territoriale: Progressivo	N	8	Progressivo numerico di Cartella Territoriale nell'ambito dell'Azienda inviante e dell'anno.	OBB	RP
02.0	Azienda sanitaria di erogazione	AN	3	Indica il codice dell'Azienda Sanitaria/Azienda Ospedaliera che eroga il servizio.	OBB	NS
03.0	Struttura erogatrice	AN	6	Indica il codice della struttura erogatrice.	OBB	NS
04.0	Data apertura PIC	D	8	Indica la data di avvio della presa in carico dell'assistito. GGMMAAAA	OBB	NS
05.0	Tipo movimento	AN	1	I: Inserimento C: Cancellazione S: Sostituzione	OBB	NS
84.0	ID Record	AN	20	Identifica univocamente il record	OBB	RP
Valutazione						
40.0	Data valutazione	D	8	Data in cui è stata effettuata la valutazione dell'assistito. GGMMAAAA	OBB	NS
41.0	Motivo della valutazione	AN	1	Individua la motivazione alla base della valutazione dell'assistito.	OBB	NS
42.0	Conferma valutazione precedente	AN	1	Individua alla data di Rivalutazione/Valutazione finale lo stato di salute.	OBB	NS
43.0	Patologia principale	AN	5	Identifica il codice della patologia principale, se diverso a seguito della rivalutazione	CON	NS
44.n	Patologia concomitante	AN	5	Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, se diverso a seguito della rivalutazione.	CON	NS
45.0	Eventuali trattamenti socioriabilitativi	AN	1	Indica l'eventuale erogazione di trattamenti socio-riabilitativi.	CON	NS

46.0	Livello di Autonomia	AN	1	Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno).	OBB	NS
47.0	Grado mobilità	AN	1	Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità.	OBB	NS
48.0	Disturbi cognitivi	AN	1	Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (disturbi della memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti.	OBB	NS
49.0	Disturbi comportamentali	AN	1	Individua l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.	OBB	NS
50.0	Comunicazione	AN	1	Identifica l'entità dei disturbi relativa all'area della comunicazione (comprendere/esprimersi).	OBB	NS
51.0	Area sensoriale	AN	1	Identifica la presenza di deficit di tipo sensoriale.	OBB	NS
52.0	Bisogni internistico-assistenziali	AN	1	Identifica i bisogni internistico-assistenziali che caratterizzano la presa in carico.	OBB	NS
53.0	Stabilità clinica	AN	1	Indica il livello di stabilità/instabilità clinica.	OBB	NS
54.0	Presenza di un caregiver	AN	1	Indica l'eventuale possibilità di coinvolgere un caregiver.	NBB	NS
55.0	Supporto sociale	AN	1	Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale).	OBB	NS
56.0	Utilizzo di dispositivi/protesi/ortesi	AN	1	Identifica l'utilizzo di dispositivi/protesi/ ortesi da parte dell'assistito. Per dispositivi/ protesi/ ortesi devono essere considerati solo ausili correlati alle funzioni in analisi.	NBB	NS
57.n	Ambito di intervento previsto dal PRI	AN	2	Identifica il macro-ambito di riferimento della prestazione presente nel PRI. Valori ammessi primi 2 livelli classificazione ICF 2018. Il campo fa parte di una sezione XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 6.	OBB	NS
58.n	Scala utilizzata per classificazione disabilità	AN	2	Indica la scala/indice utilizzato per valutare il grado di disabilità dell'assistito.	OBB	NS

				Il campo fa parte di una sezione XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 6.		
59.n	Esito rilevazione della disabilità in ingresso	AN	5	Indica, rispetto alla scala utilizzata per la rilevazione disabilità, il grado di disabilità dell'assistito. Il campo fa parte di una sezione XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 6.	OBB	NS
Trattamento						
60.0	Data inizio trattamento	D	8	Indica la data di inizio del trattamento riabilitativo. GGMMAAAA.	OBB	NS
61.0	Data fine trattamento	D	8	Data fine trattamento GGMMAAAA.	NBB	NS
62.0	Durata complessiva del trattamento	N	3	Indica il numero di giorni di trattamento effettuati.	OBB	NS
63.0	Durata media giornaliera del trattamento	N	4	Indica il numero medio di ore di trattamento erogate giornalmente nel periodo di competenza.	NBB	NS
Sospensione - Questo nodo può non essere presente. Se utilizzato, tutte le informazioni sul dominio e sui controlli sono specificate nei singoli campi.						
64.0	Data inizio sospensione	D	8	Indica la data in cui inizia la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito. GGMMAAAA	OBB	NS
65.0	Data fine sospensione	D	8	Indica la data fine la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito. GGMMAAAA	NBB	NS
66.0	Motivazione della sospensione	AN	1	Indica la motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	CON	NS
Conclusione - Questo nodo può non essere presente. Se utilizzato, tutte le informazioni sul dominio e sui controlli sono specificate nei singoli campi.						
67.0	Data di conclusione	D	8	Indica la data di conclusione della presa in carico. GGMMAAAA.	OBB	NS
68.0	Data riunione finale di equipe	D	8	Indica la data in cui si è svolta la riunione finale dell'equipe multidisciplinare. GGMMAAAA.	OBB	NS

69.0	Modalità di conclusione	AN	2	Indica la modalità di conclusione della presa in carico	CON	NS
70.n	Esito rilevazione della disabilità in uscita	AN	5	Indica, rispetto ad eventuali scale/indici utilizzata per la rilevazione disabilità in ingresso, il grado di disabilità dell'assistito in uscita	OBB	NS

La **chiave univoca di identificazione** dei record del tracciato SIAR RIAB è costituita dai seguenti campi:

- Codice cartella territoriale
- Azienda sanitaria di erogazione
- Struttura erogatrice
- Data apertura pic
- Tipo movimento
- ID Record
- Data valutazione
- Data inizio trattamento
- Data di inizio sospensione
- Data di conclusione

La **chiave univoca di collegamento** tra i record del tracciato PIC ed i record del tracciato RIAB è costituita dai seguenti campi:

- Codice cartella territoriale
- Azienda sanitaria di erogazione
- Struttura erogatrice
- Data apertura pic
- Tipo movimento
- ID Record

Ad ogni Codice cartella territoriale può corrispondere una ed una sola combinazione dei campi che costituiscono la chiave univoca di identificazione.

5.7 Tracciato “OREPROF”

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	OBB	NSI S
Assistenza						
02.0	Azienda sanitaria di erogazione	AN	3	Indica il codice dell'Azienda Sanitaria/Azienda Ospedaliera che eroga il servizio.	OBB	NS
03.0	Struttura erogatrice	AN	6	Indica il codice della struttura erogatrice.	OBB	NS
05.0	Tipo movimento	AN	1	I: Inserimento C: Cancellazione S: Sostituzione	OBB	NS
Erogazione						
71.0	Anno di erogazione	N	4	Indica l'anno di erogazione delle ore di trattamento consuntivate.	OBB	NS
72.0	Ore totali erogate - MMG/PLS	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista MMG/PLS.	OBB	NS
73.0	Ore totali erogate - Medico specialista	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Medico specialista.	OBB	NS
74.0	Ore totali erogate - Infermiere	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Infermiere.	OBB	NS
75.0	Ore totali erogate - Operatore sociosanitario	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Operatore socio-sanitario.	OBB	NS
76.0	Ore totali erogate - Fisioterapista	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Fisioterapista.	OBB	NS
77.0	Ore totali erogate - Logopedista	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Logopedista.	OBB	NS
78.0	Ore totali erogate - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per	OBB	NS

				professionista Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva.		
79.0	Ore totali erogate - Terapista occupazionale	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Terapista occupazionale.	OBB	NS
80.0	Ore totali erogate - Psicologo/a	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Psicologo/a.	OBB	NS
81.0	Ore totali erogate - Assistente Sociale	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Assistente Sociale.	OBB	NS
82.0	Ore totali erogate - Educatore professionale	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Educatore professionale.	OBB	NS
83.0	Ore totali erogate - Altri professionisti sanitari	N	6	Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per Altri professionisti sanitari.	OBB	NS

La **chiave univoca di identificazione** dei record del tracciato SIAR OREPROF è costituita dai seguenti campi:

- Azienda sanitaria di erogazione
- Struttura erogatrice
- Tipo movimento
- Anno di erogazione

6. SCHEDE CAMPO

6.1 Premessa

Ogni scheda descrive un campo del tracciato

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

Nome del campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
Campo N°	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record.
Descrizione del campo	Attribuisce un significato univoco al nome del campo.

Sezione XML

Tag	indica il tag XML in cui è ospitato il campo
Sezione	indica il tag XML della sezione in cui è ospitato il tag del campo
Campo ripetibile	indica se il tag è o meno ripetibile

Sezione Obbligatorietà e tracciati

Obbligatorio	Può essere SI, o NO, o CON, a seconda di quanto indicato nella corrispondente colonna del tracciato record
Tracciato PIC	Indica se il campo fa parte del tracciato PIC
Tracciato RIAB	Indica se il campo fa parte del tracciato RIAB

Sezione Correttezza formale

Lunghezza	numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.
Formato	definisce il campo quale <i>alfabetico</i> , od <i>alfanumerico</i> , o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.
Valori ammessi	espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta per l'episodio di ricovero di cui tratta la SDO.
Tabella di riferimento	quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga. Tutte le tabelle, cui si fa riferimento, vengono allegate al documento, su supporto elettronico
Possibili errori	riporta i codici degli errori formali che possono essere restituiti per il campo
Correttezza logica	Riporta i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico.
Osservazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
CODICE CARTELLA TERRITORIALE: ANNO (*CAMPO CHIAVE)			01.1
DESCRIZIONE			
È l'anno di apertura della cartella di assistenza domiciliare o di assistenza residenziale / semiresidenziale.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cartellaTerritorialeAnno>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ASSISTENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N03 – Record non elaborato per codice cartella territoriale già presente per l'Azienda Sanitaria nel medesimo invio. N04 – Record non elaborato per chiave non trovata. N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N09 – Record non elaborato per codice cartella territoriale già in archivio. N10 – Record PIC non elaborato per mancanza record RIAB collegato. N11 – Record RIAB non elaborato per mancanza record PIC collegato. L50 – Coerenza tra Data valutazione e Motivo della valutazione. L58 – Congruenza tra Date sospensione e Data di inizio sospensione. L59 – Congruenza tra Date sospensione e Data di fine sospensione. L67 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia principale. L68 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia concomitante. S01 – Invio in extracompetenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il progressivo univoco assistito consiste in un mero progressivo numerico, univoco nell'ambito dell'ASL di presa in carico, attribuito sequenzialmente ad ogni record assistito inviato al sistema di acquisizione, al fine di comporre una chiave logica di collegamento dei tracciati che non contenga dati anagrafici dell'assistito.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE CARTELLA TERRITORIALE: PROGRESSIVO (*CAMPO CHIAVE)		01.2	
DESCRIZIONE			
È il progressivo di cartella nell'ambito dell'anno di presa in carico e dell'Azienda inviante.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cartellaTerritorialeProgressivo>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ASSISTENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	da 1 a 99999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N03 – Record non elaborato per codice cartella territoriale già presente per l'Azienda Sanitaria nel medesimo invio. N04 – Record non elaborato per chiave non trovata. N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N09 – Record non elaborato per codice cartella territoriale già in archivio. N10 – Record PIC non elaborato per mancanza record RIAB collegato. N11 – Record RIAB non elaborato per mancanza record PIC collegato. L50 – Coerenza tra Data valutazione e Motivo della valutazione. L58 – Congruenza tra Date sospensione e Data di inizio sospensione. L59 – Congruenza tra Date sospensione e Data di fine sospensione. L67 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia principale. L68 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia concomitante. S01 – Invio in extracompetenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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	[numerazione Distretto 1]
XXX	2010	25000001	[numerazione Distretto 2]
XXX	2010	50000001	[numerazione Distretto 3]

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
AZIENDA SANITARIA DI EROGAZIONE (*CAMPO CHIAVE)		02	
DESCRIZIONE			
Indica il codice dell'Azienda Sanitaria/Azienda Ospedaliera che eroga il servizio.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<aziendaSanitariaErogazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ASSISTENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 301, 904, 905, 906, 907, 908, 909		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N03 – Record non elaborato per codice cartella territoriale già presente per l'Azienda Sanitaria nel medesimo invio. N04 – Record non elaborato per chiave non trovata. N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. N06 – Record non elaborato per anno non compreso nel periodo di riferimento. N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N09 – Record non elaborato per codice cartella territoriale già in archivio. N10 – Record PIC non elaborato per mancanza record RIAB collegato. N11 – Record RIAB non elaborato per mancanza record PIC collegato. L02 – Appartenenza della struttura erogatrice all'Azienda Sanitaria di erogazione. L50 – Coerenza tra Data valutazione e Motivo della valutazione. L58 – Congruenza tra Date sospensione e Data di inizio sospensione. L59 – Congruenza tra Date sospensione e Data di fine sospensione. L67 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia principale. L68 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia concomitante. S01 – Invio in extracompetenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri, usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche, delle ASL (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche, fonte MRA-Fase1) o delle Aziende Ospedaliere (Fonte HSP11).			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
STRUTTURA EROGATRICE (*CAMPO CHIAVE)		03	
DESCRIZIONE			
Indica il codice della struttura erogatrice.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<strutturaErogatrice>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ASSISTENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice della Struttura di ricovero		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N04 – Record non elaborato per chiave non trovata. N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. N06 – Record non elaborato per anno non compreso nel periodo di riferimento. N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N10 – Record PIC non elaborato per mancanza record RIAB collegato. N11 – Record RIAB non elaborato per mancanza record PIC collegato. L01 – Esistenza della struttura erogatrice fra Data presa in carico e Data conclusione. L02 – Appartenenza della struttura erogatrice all'Azienda Sanitaria di erogazione. L50 – Coerenza tra Data valutazione e Motivo della valutazione. L58 – Congruenza tra Date sospensione e Data di inizio sospensione. L59 – Congruenza tra Date sospensione e Data di fine sospensione. L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate. L67 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia principale. L68 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia concomitante. S01 – Invio in extracompetenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
I codici da utilizzare sono quelli indicati nei modelli ministeriali STS11 e RIA11.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA APERTURA PIC (*CAMPO CHIAVE)		04	
DESCRIZIONE			
Indica la data di avvio della presa in carico dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataAperturaPic>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ASSISTENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	D		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F06,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N04 – Record non elaborato per chiave non trovata. N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N10 – Record PIC non elaborato per mancanza record RIAB collegato. N11 – Record RIAB non elaborato per mancanza record PIC collegato. L01 – Esistenza della struttura erogatrice fra Data apertura PIC e Data di conclusione. L11 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data riunione finale di equipe. L19 – Congruenza tra immessa e data corrente. L20 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data di nascita. L21 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data valutazione. L22 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data inizio trattamento. L23 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data fine trattamento. L24 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data di inizio sospensione. L25 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data di fine sospensione. L26 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data riunione finale di equipe. L27 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data di conclusione. L41 – Congruenza tra Data apertura PIC, Data di nascita e Responsabilità genitoriale. L51 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data rivalutazione/valutazione finale. L50 – Coerenza tra Data valutazione e Motivo della valutazione. L58 – Congruenza tra Data sospensione e Data di inizio sospensione. L59 – Congruenza tra Data sospensione e Data di fine sospensione. L67 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia principale. L68 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia concomitante. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Sovrapposizione periodi di assistenza. S03 – ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA).			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Formato: GGMMAAAA.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO MOVIMENTO (*CAMPO CHIAVE)		05	
DESCRIZIONE			
Tipo di movimentazione del record. Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoMovimento>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ASSISTENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	'I', 'V', 'C'		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02, F08		
CORRETTEZZA LOGICA - CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N03 – Record non elaborato per codice cartella territoriale già presente per l'Azienda Sanitaria nel medesimo invio. N04 – Record non elaborato per chiave non trovata. N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. N06 – Record non elaborato per anno non compreso nel periodo di riferimento. N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. N09 – Record non elaborato per codice cartella territoriale già in archivio. N10 – Record PIC non elaborato per mancanza record RIAB collegato. N11 – Record RIAB non elaborato per mancanza record PIC collegato. S01 – Invio in extracompetenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
"I" – inserimento (primo invio) "V" – variazione "C" – cancellazione NB: 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" (errore Nxx) La cancellazione di un record del tracciato Assistito comporta la cancellazione di tutti gli eventi ad esso associati: per operare una cancellazione, è necessario inviare entrambi i tracciati "PIC" e "Riab" compilando tutti i campi obbligatori secondo le condizionalità indicate.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
COGNOME		06	
DESCRIZIONE			
Cognome dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cognome>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	50		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F08		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L16 – Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica 'ANONIMO'.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NOME		07	
DESCRIZIONE			
Nome dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<nome>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	50		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F08		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L16 – Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica 'ANONIMO'.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
GENERE		08	
DESCRIZIONE			
Sesso dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<genere>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: 1. Maschio 2. Femmina 3. Non specificato 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA NASCITA		09	
DESCRIZIONE			
Data di nascita dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataNascita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	D		
VALORI AMMESSI	GGMMAAAA		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L04 – Congruenza tra Codice fiscale ed Anno di nascita. L19 – Congruenza tra immessa e data corrente. L20 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data di nascita. L28 – Congruenza tra Data di nascita e Data valutazione. L29 – Congruenza tra Data di nascita e Data inizio trattamento. L30 – Congruenza tra Data di nascita e Data fine trattamento. L31 – Congruenza tra Data di nascita e Data di inizio sospensione. L32 – Congruenza tra Data di nascita e Data di fine sospensione. L33 – Congruenza tra Data di nascita e Data riunione finale di equipe. L34 – Congruenza tra Data di nascita e Data di conclusione. L41 – Congruenza tra Data apertura PIC, Data di nascita e Responsabilità genitoriale.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Formato: GGMMAAAA.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
COMUNE O PROVINCIA NASCITA		10	
DESCRIZIONE			
Luogo di nascita dell'assistito. Per i nati in Italia viene usato il codice ISTAT indicante il comune.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<comuneProvinciaNascita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici ISTAT di Comuni d'Italia; oppure 999 + Stato estero; oppure 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabelle Codici ISTAT di Comuni e Stati Esteri sovrani		
POSSIBILI ERRORI	F01,F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice indicato deve risultare valido alla data di nascita, nelle Tabelle di riferimento. Per i nati all'estero si indica genericamente il codice dello "Stato Estero" preceduto da "999". Se la Nazione è sconosciuta si indicano sei "9". NB: dal momento che esistono numerose omonimie di Comuni, allocati in Province diverse, è importante, in fase di accettazione del ricoverando, verificare che il codice Provincia rilevato (prime tre cifre) indichi l'effettiva Provincia di nascita.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE IDENTIFICATIVO PAZIENTE		11	
DESCRIZIONE			
Codice identificativo dell'assistito desumibile da C.F., TEAM, cod. STP, cod. ENI, ecc.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIdentificativoPaziente>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice Fiscale, Tessera TEAM, Tesserino STP, Tesserino ENI, venti '0', venti '9'		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. L03 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS. L04 – Congruenza tra Codice fiscale ed Anno di nascita. L05 – Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Regione Residenza alla data di conclusione. L12 – Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione. S02 – Sovrapposizione periodi di assistenza. S03 – ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA). S04 – Validità “Codice identificativo paziente con Codice fiscale” non verificata – Servizio SOGEI indisponibile.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
L'informazione relativa al Codice fiscale deve essere verificata direttamente dalla Tessera Sanitaria (inviata all'Agenzia delle Entrate) al momento dell'accettazione del ricovero; pertanto, se il campo contiene un Codice fiscale certificato (da AURA o dal MEF), non vengono eseguiti controlli formali sul codice indicato. Per tipologie particolari di pazienti, nel campo possono essere inseriti altri codici che non sono Codici fiscali: - per i cittadini stranieri residenti in Italia – si utilizza il Codice fiscale - per i cittadini stranieri richiedenti la protezione internazionale – si utilizza il Codice fiscale provvisorio (numerico di lunghezza 11) - per i cittadini stranieri UE, Svizzera, SEE – si utilizza la tessera TEAM (codice numerico di 20 caratteri di cui campo n°8), - per i cittadini stranieri iscritti ai centri ISI: ENI– si utilizza il codice ISI aventi la seguente struttura: • “ENI + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche” dove per codice ASL deve essere usata la codifica (201-213, 301), valida fino dal 2008. A partire dalla competenza 2020 il codice ENI sarà verificato rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale. - per i cittadini stranieri iscritti ai centri ISI: STP– si utilizza il codice ISI aventi la seguente struttura: • “STP + codice regione + codice ASL + 7 cifre numeriche” dove per codice ASL, per la Regione Piemonte, deve essere usata la codifica (201-213, 301), valida fino dal 2008. A partire dalla competenza 2019 verranno accettati anche i codici STP emessi da altre Regioni. A partire dalla competenza 2020 il codice STP riferibile alla Regione Piemonte sarà verificato rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale. - per i cittadini stranieri non residenti in Italia – si utilizza la codifica di venti '9' - per i cittadini stranieri in possesso del tesserino del “First aid pass – Iubilaem Misericordiae” (in caso di ricovero urgente come stabilito dal D.L. n°78 del 19.06.2015 convertito con modificazioni della legge n°125 del 06.08.2015 e con data di ricovero compresa tra il 07.12.2015 ed il 20.11.2016) – si utilizza il codice del tesserino che ha la seguente struttura: • “GIU + 13 cifre numeriche”			

- per i cittadini italiani residenti all'estero AIRE – si utilizza il Codice fiscale oppure la codifica di venti '9'
- in caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) – si utilizza la codifica di venti '9'

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO IDENTIFICATIVO PAZIENTE		12	
DESCRIZIONE			
Tipo di codice identificativo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoIdentificativoPaziente>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1, 2, 3, 4, 97, 98, 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. L03 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS. L04 – Congruenza tra Codice fiscale ed Anno di nascita. L05 – Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Regione Residenza alla data di conclusione. L06 – Congruenza fra Tipo Identificativo Paziente e Regione di residenza. L10 – Congruenza fra Comune di residenza e la data di conclusione. L12 – Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune di Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione. L13 – Coerenza fra Cittadinanza, Comune Residenza e Tipo Identificativo Paziente, nel caso di paziente apolide /anonimo. L14 – Coerenza fra Comune di Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di assistito straniero (TEAM / STP / ENI). L15 – Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero, apolide / ANONIMO, AIRE. L16 – Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO. S02 – Sovrapposizione periodi di assistenza. S03 – ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA). S04 – Validità “Codice identificativo paziente con Codice fiscale” non verificata – Servizio SOGEI indisponibile.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0. Codice Fiscale 1. Codice STP 2. Codice ENI 3. Codice TEAM 4. Codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre 97. Codice STP non presente in anagrafica 98. Assistito richiedente l’anonimato 99. Codice non presente in banca dati			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CITTADINANZA		13	
DESCRIZIONE			
Cittadinanza dell'assistito alla fine del periodo di riferimento della rilevazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cittadinanza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13 – Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Tipo Identificativo Paziente, nel caso di paziente apolide /anonimo. L14 – Coerenza fra Comune di Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di assistito straniero (TEAM / STP / ENI). L15 – Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero, apolide / ANONIMO, AIRE.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Utilizzare la codifica Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166. In caso di apolidi indicare il codice ZZ. In caso di cittadinanza sconosciuta indicare XX. In caso di dato mancante inserire 99			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
STATO CIVILE		14	
DESCRIZIONE			
Stato Civile al momento della rilevazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<statoCivile>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,4,5,6,7,8,9,99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Celibe/nubile 2. Coniugato/a 3. Separato/a 4. Divorziato/a 5. Vedovo/a 6. Unito/a civilmente 7. Già in unione civile (in decesso del partner) 8. Già in unione civile (per scioglimento unione) 9. Non rilevato 99. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TITOLO DI STUDIO		15	
DESCRIZIONE			
Titolo di Studio al momento della rilevazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<titoloDiStudio>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	< ANAGRAFICA >	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,4,5,6,7,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Nessun titolo (meno di 5 anni di studio) 2. Licenza elementare (5 anni di studio) 3. Diploma di scuola media inferiore (8 anni di studio) 4. Diploma di scuola media superiore (Qualifica professionale / Maturità) (13 anni di studio) 5. Diploma universitario o laurea breve 6. Laurea o superiore (17 o più anni di studio) 7. Non dichiarato 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CONDIZIONE PROFESSIONALE		16	
DESCRIZIONE			
Condizione Professione al momento della rilevazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<condizioneProfessionale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	< ANAGRAFICA >	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,4,5,6,7,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Studente/ssa 2. In cerca di prima occupazione 3. Occupato/a 4. Casalingo/a 5. Disoccupato/a 6. Altra condizione (pensionato/a, inabile, ecc.) 7. Non dichiarato 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
RESPONSABILITÀ GENITORIALE			17
DESCRIZIONE			
Indica chi ha la responsabilità nei confronti dell’assistito se minorenni.			
XML		OBBLIGATORIETA’ E TRACCIATI	
TAG	<responsabilitaGenitoriale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	< ANAGRAFICA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,4,5,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L41 – Congruenza tra Data apertura PIC, Data di nascita e Responsabilità genitoriale.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve essere valorizzato se l’età dell’assistito (anno della data presa in carico – anno di nascita) è minore o uguale a 17. Valori ammessi: 1. Materna 2. Paterna 3. Condivisa 4. Da tutore 5. Struttura pubblica o convenzionata 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA		18	
DESCRIZIONE			
Indica il codice dell'azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<aslResidenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<RESIDENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici regionali delle ASL d'Italia		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02,F05 F07, F08		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L08 – Congruenza tra Regione di residenza e Azienda sanitaria di residenza. L09 – Congruenza tra Azienda sanitaria di residenza e Comune di residenza. S03 – ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA).			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della azienda sanitaria locale. Utilizzare 999 per residenti all'estero.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
REGIONE DI RESIDENZA			19
DESCRIZIONE			
Indica il codice della Regione di residenza dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<regioneResidenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<RESIDENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici delle Regioni italiane, o codici Stati esteri sovrani, o “999”		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabella ISTAT regioni d'Italia		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L05 – Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Regione Residenza alla data di conclusione.			
L06 – Congruenza fra Tipo Identificativo Paziente e Regione di residenza.			
L07 – Congruenza tra Regione di residenza e Comune di residenza.			
L08 – Congruenza tra Regione di residenza e Azienda sanitaria di residenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Utilizzare 999 per residenti all'estero.			
In caso di apolide/anonimo, o se lo Stato di residenza non sia identificabile, utilizzare “999”.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
COMUNE DI RESIDENZA		20	
DESCRIZIONE			
Identifica il comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto l'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<comuneResidenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<RESIDENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ISTAT per Province e Comuni italiani; "999999" per gli assistiti residenti all'estero.		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L05 – Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Regione Residenza alla data di conclusione. L07 – Congruenza tra Regione di residenza e Comune di residenza. L09 – Congruenza tra Azienda sanitaria di residenza e Comune di residenza. L10 – Congruenza fra Comune di residenza e la data di conclusione. L12 – Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione. L13 – Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Tipo Identificativo Paziente, nel caso di paziente apolide /anonimo. L14 – Coerenza fra Comune di Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di assistito straniero (TEAM / STP / ENI).			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Se residente all'estero, utilizzare 999 + codice Alpha3 (a tre lettere) prevista dalla normativa ISO 3166. Se senza fissa dimora, apolide o anonimo indicare 999999.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SOGGETTO RICHIEDENTE		21	
DESCRIZIONE			
Indica il soggetto che richiede la presa in carico dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oggettoRichiedente>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<PIC>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0. Altro 1. Specialista ambulatoriale (sia dipendente che convenzionato territoriale) 2. MMG/PLS 3. Ospedale reparto acuti 4. Ospedale reparto riabilitazione/ lungodegenza 5. Struttura residenziale o semiresidenziale riabilitativa (o non riabilitativa) 6. Servizi territoriali (disabilità, neuropsichiatria infantile, salute mentale, consultori familiari) 7. Centrale Operativa Territoriale (C.O.T) 8. Apertura amministrativa della stessa persona presa in carico 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SETTING ASSISTENZIALE DI EROGAZIONE		22	
DESCRIZIONE			
Indica il setting assistenziale di erogazione dell'assistenza riabilitativa.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<settingAssistenzialeDiErogazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<PIC>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,4,5,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Residenziale intensivo 2. Residenziale estensivo 3. Residenziale di mantenimento 4. Semiresidenziale estensivo 5. Semiresidenziale di mantenimento 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PERCENTUALE A CARICO DEL SSN		23	
DESCRIZIONE			
Indica la percentuale di quota a carico del SSN.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<percentualeSsn>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<PIC>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 100		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valore numerico compreso tra “0” e “100” estremi compresi. Sono ammessi solo numeri interi			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE IN CARTELLA/FASCICOLO		24	
DESCRIZIONE			
Indica se esiste una pianificazione condivisa delle cure in cartella/fascicolo ai sensi della l.219/2017 art. 5.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< pianificazioneCondivisa >	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<PIC>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DURATA COMPLESSIVA PREVISTA DAL PRI		25	
DESCRIZIONE			
Numero di giorni di trattamento previsti dal PRI nell'anno.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<durataComplessivaPrevistaDalPri>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<PIC>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 1 a 366		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L44 – Coerenza Durata complessiva prevista dal PRI.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Indicare un valore numerico intero compreso tra “1” e “366”. Un anno non bisestile non può avere valore 366.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE DI TRATTAMENTO TOTALI PREVISTE DAL PRI		26	
DESCRIZIONE			
Numero di ore di trattamento totali previste dal PRI nell'anno.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreDiTrattamentoTotaliPrevisteDalPri>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<PIC>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Indicare un valore numerico intero.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – MMG/PLS		27	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento del MMG/PLS nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<mmgPls>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – MEDICO SPECIALISTA		28	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento del Medico specialista nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<medicoSpecialista>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – INFERMIERE		29	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento dell’Infermiere nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA’ E TRACCIATI	
TAG	<infermiere>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – OPERATORE SOCIO SANITARIO		30	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento dell'Operatore socio-sanitario nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<operatoreSociosanitario>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – FISIOTERAPISTA		31	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento del Fisioterapista nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<fisioterapista>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – LOGOPEDISTA		32	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento del Logopedista nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<logopedista>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA		33	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento del Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<terapistaDellaNeuroEPsicomotricitaEtaEvolutiva>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – TERAPISTA OCCUPAZIONALE		34	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento del Terapista occupazionale nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<terapistaOccupazionale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – PSICOLOGO/A		35	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento dello/a Psicologo/a nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<psicologo>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – ASSISTENTE SOCIALE		36	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento dell'Assistente Sociale nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<assistenteSociale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – EDUCATORE PROFESSIONALE		37	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento dell'Educatore professionale nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<educatoreProfessionale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI		38	
DESCRIZIONE			
Indica se è previsto il coinvolgimento di Altri professionisti sanitari nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<altriProfessionistiSanitari>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L46 – Congruenza tra Professionista coinvolto – Altri professionisti sanitari e Professionista coinvolto – Altri professionisti sanitari (descrizione).			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROFESSIONISTA COINVOLTO – ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI (DESCRIZIONE)		39	
DESCRIZIONE			
Tipologia di professionista sanitario coinvolto nel PRI.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<altriProfessionistiSanitariDescrizione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<OPERATORE>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	30		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Testo libero		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L46 – Congruenza tra Professionista coinvolto – Altri professionisti sanitari e Professionista coinvolto – Altri professionisti sanitari (descrizione).			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Indicare con 30 caratteri la tipologia di professionista sanitario coinvolto nel PRI solo se il campo “professionista coinvolto – altri professionisti sanitari” è valorizzato con “1”.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA VALUTAZIONE (*CAMPO CHIAVE)			40
DESCRIZIONE			
Data in cui è stata effettuata la valutazione dell’assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA’ E TRACCIATI	
TAG	<dataValutazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	D		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L19 – Congruenza tra immessa e data corrente. L21 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data valutazione. L28 – Congruenza tra Data di nascita e Data valutazione. L35 – Congruenza tra Data valutazione e Data inizio trattamento. L36 – Congruenza tra Data valutazione e Data fine trattamento. L37 – Congruenza tra Data valutazione e Data di inizio sospensione. L38 – Congruenza tra Data valutazione e Data di fine sospensione. L39 – Congruenza tra Data valutazione e Data riunione finale di equipe. L40 – Congruenza tra Data valutazione e Data di conclusione. L56 – Congruenza tra Date sospensione e Data valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il formato atteso è GGMMAAAA.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MOTIVO DELLA VALUTAZIONE		41	
DESCRIZIONE			
Individua la motivazione alla base della valutazione dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<motivoDellaValutazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L35 – Congruenza tra Data valutazione e Data inizio trattamento. L36 – Congruenza tra Data valutazione e Data fine trattamento. L37 – Congruenza tra Data valutazione e Data di inizio sospensione. L38 – Congruenza tra Data valutazione e Data di fine sospensione. L39 – Congruenza tra Data valutazione e Data riunione finale di equipe. L40 – Congruenza tra Data valutazione e Data di conclusione. L50 – Coerenza tra Data valutazione e Motivo della valutazione. L67 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia principale. L68 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia concomitante.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Valutazione iniziale 2. Scadenza prevista PRI 3. Variazioni nelle condizioni dell'assistito			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CONFERMA VALUTAZIONE PRECEDENTE		42	
DESCRIZIONE			
Individua alla data di Rivalutazione/Valutazione finale lo stato di salute dell'Assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<confermaValutazionePrecedente>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No In caso di valore 1 (Si) allora i campi seguenti non devono essere inviati: Patologia principale Patologia concomitante Eventuali trattamenti socioriabilitativi Livello di Autonomia Grado mobilità Comunicazione Area sensoriale Bisogni internistico-assistenziali Stabilità clinica Presenza di un caregiver Supporto sociale – Rivalutazione Utilizzo di dispositivi/protesi/ortesi Disturbi cognitivi Disturbi comportamentali.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PATOLOGIA PRINCIPALE		43	
DESCRIZIONE			
Codice della patologia principale individuata con codici ICD9CM, che motiva la presa in carico.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<patologiaPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice ICD9-CM		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute.		
POSSIBILI ERRORI	F01,F05,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L45 – Coerenza tra Patologia principale e Patologia concomitante. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione. L67 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia principale.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Da valorizzare se il campo “Motivo della valutazione” = 1 (Valutazione iniziale). Se “Motivo della valutazione” <> 1 allora il campo è da valorizzare solo se la patologia principale prevede una diversa assegnazione rispetto all’invio precedente.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PATOLOGIA CONCOMITANTE		44.n	
DESCRIZIONE			
Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, individuata con codici ICD9CM, in grado di condizionare la presa in carico.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<patologiaConcomitante>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice ICD9-CM		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute.		
POSSIBILI ERRORI	F05,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L45 – Coerenza tra Patologia principale e Patologia concomitante. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione. L68 – Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia concomitante.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo può essere valorizzato solo se è valorizzato anche il campo “Patologia principale”. Se “Motivo della valutazione” <> 1 allora il campo è da valorizzare solo se la patologia concomitante prevede una diversa assegnazione rispetto all’invio precedente. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 6.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
EVENTUALI TRATTAMENTI SOCIORIBILITATIVI		45	
DESCRIZIONE			
Indica l'eventuale erogazione di trattamenti socio-riabilitativi.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<eventualiTrattamentiSocioriabilitativi>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione. L52 – Coerenza tra Eventuali trattamenti socioriabilitativi e Supporto sociale.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si 2. No 9. Dato mancante In caso di valore 2 (No), allora non è possibile indicare per il campo “Supporto sociale” il valore 1 (Presenza) o 2 (Presenza parziale e/o temporanea). Se Conferma valutazione precedente = 1 (Si) non deve essere valorizzato.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LIVELLO DI AUTONOMIA		46	
DESCRIZIONE			
Livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno).			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<livelloAutonomia>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L42 – Congruenza tra Livello di autonomia e Grado di mobilità. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Autonomo 2. Parzialmente dipendente 3. Totalmente dipendente 9. Dato mancante NB: Qualora dovesse essere valorizzato il campo con “3. Totalmente dipendente”, allora non è possibile indicare per il campo “Grado di mobilità” il valore “1. Si sposta da solo (eventualmente con ausili) in ambiente protetto” e “2. Si sposta da solo (eventualmente con ausili) in ambiente non protetto”			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
GRADO MOBILITÀ		47	
DESCRIZIONE			
Livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità.			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<gradoMobilita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,4,5,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L42 – Congruenza tra Livello di autonomia e Grado di mobilità. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Si sposta da solo (eventualmente con ausili) in ambiente protetto 2. Si sposta da solo (eventualmente con ausili) in ambiente non protetto 3. Si sposta assistito in ambiente protetto 4. Si sposta assistito in ambiente non protetto 5. Non si sposta 9. Dato mancante NB: Qualora il campo “Livello di Autonomia” dovesse essere valorizzato con “3. Totalmente dipendente”, allora non è possibile indicare per il campo “Grado di mobilità” il valore “1. Si sposta da solo (eventualmente con ausili) in ambiente protetto” e “2. Si sposta da solo (eventualmente con ausili) in ambiente non protetto”			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DISTURBI COGNITIVI			48
DESCRIZIONE			
Entità dei disturbi cognitivi (disturbi della memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<disturbiCognitivi>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione.			
L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Assenti/lievi			
2. Moderati			
3. Gravi			
9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DISTURBI COMPORTAMENTALI		49	
DESCRIZIONE			
Entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<disturbiComportamentali>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione.			
L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Assenti/lievi 2. Moderati 3. Gravi 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
COMUNICAZIONE			50
DESCRIZIONE			
Entità dei disturbi relativa all'area della comunicazione (comprendere/esprimersi).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<comunicazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione.			
L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Assenti/lievi			
2. Moderati			
3. Gravi			
9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
AREA SENSORIALE		51	
DESCRIZIONE			
Identifica la presenza di deficit di tipo sensoriale.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<areaSensoriale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Deficit assenti 2. Deficit moderati 3. Deficit gravi 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
BISOGNI INTERNISTICO-ASSISTENZIALI		52	
DESCRIZIONE			
Identifica i bisogni internistico-assistenziali che caratterizzano la presa in carico.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<bisogniInternisticoAssistenziali>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,4,5,6,7,8,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Alimentazione parenterale 2. SNG/PEG 3. Tracheostomia 4. Respiratorie/Ventilazione Assistita 5. Ossigenoterapia 6. Dialisi 7. Ulcere da decubito 8. Assenti 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
STABILITÀ CLINICA		53	
DESCRIZIONE			
Livello di stabilità/instabilità clinica			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<stabilitaClinica>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,4,5,6,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Valutazione non eseguita 2. Stabile 3. Moderatamente stabile 4. Moderatamente instabile 5. Instabile 6. Altamente instabile 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PRESENZA DI UN CAREGIVER		54	
DESCRIZIONE			
Indica l'eventuale possibilità di coinvolgere un caregiver.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<presenzaCaregiver>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Sì 2. No			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SUPPORTO SOCIALE		55	
DESCRIZIONE			
Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<supportoSociale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione. L52 – Coerenza tra Eventuali trattamenti socioriabilitativi e Supporto sociale.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Presenza 2. Presenza parziale e/o temporanea 3. Non presenza 9. Dato mancante			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
UTILIZZO DI DISPOSITIVI/PROTESI/ORTESI		56	
DESCRIZIONE			
Identifica l'utilizzo di dispositivi/ protesi/ ortesi da parte dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<utilizzoDispositivi>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L17 – Coerenza campi valutazione. L51 – Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1. Sì 2. No			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
AMBITO DI INTERVENTO PREVISTO DAL PRI		57.n	
DESCRIZIONE			
Identifica il macro-ambito di riferimento della prestazione presente nel PRI (max 6)			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<ambitoInterventoPri>	OBBLIGATORIO	OBB
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Primi 2 livelli classificazione ICF 2018		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: primi 2 livelli classificazione ICF 2018. b1 = Funzioni mentali b2 = Funzioni sensoriali e dolore b3 = Funzioni fonatorie e di produzione del parlato b4 = Funzioni degli apparati cardiovascolare e respiratorio e dei sistemi ematologico e immunitario b5 = Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino b6 = Funzioni genitourinarie e riproduttive b7 = Funzioni neuromuscoloscheletriche e correlate al movimento b8 = Funzioni della pelle e delle strutture correlate s1 = Strutture del sistema nervoso s2 = Occhio, orecchio e strutture correlate s3 = Strutture coinvolte nella fonazione e nella produzione del parlato s4 = Strutture dell'apparato cardiovascolare, del sistema immunitario e dell'apparato respiratorio s5 = Strutture dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino s6 = Strutture degli apparati genitourinario e riproduttivo s7 = Strutture correlate al movimento s8 = Cute e strutture correlate d1 = Imparare e applicare le conoscenze d2 = Compiti e richieste generali d3 = Comunicazione d4 = Mobilità d5 = Cura di sé d6 = Vita domestica d7 = Interazioni e relazioni interpersonali d8 = Principali aree di vita d9 = Vita comunitaria, sociale e civica e1 = Prodotti e tecnologia e2 = Ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall'uomo e3 = Supporto e relazioni e4 = Atteggiamenti e5 = Servizi, sistemi e politiche			

NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 6.
Da valorizzare solo se il campo “Motivo della valutazione” = 1 (Valutazione iniziale).

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
SCALA UTILIZZATA PER CLASSIFICAZIONE DISABILITÀ			58.n
DESCRIZIONE			
Indica la scala/indice utilizzato per valutare il grado di disabilità dell’assistito (max 6).			
XML		OBBLIGATORIETA’ E TRACCIATI	
TAG	<scalaClassificazioneDisabilita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 22, 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07,F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L18 – Congruenza tra scale per la classificazione della disabilità e Esito rilevazione della disabilità in uscita.			
L43 – Congruenza tra Scala utilizzata per classificazione disabilità e Esito rilevazione della disabilità in ingresso.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0. ICF 2018			
1. Lapmer (Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation)			
2. BI (Barthel Index a punteggi scomposti versione italiana 2015)			
3. Indice di Katz			
4. IADL (Instrumental activities daily living)			
5. MMSE (Mini-Mental State Examination)			
6. VAS o NRS			
7. AIS (ASIA Impairment Scale)			
8. WISCI (Walking Index for Spinal Cord Injury)			
9. SCIM (Spinal Cord Indipendency Measure)			
10. LCF (Level of Cognitive Functioning)			
11. DRS (Disability Rating Scale)			
12. SMWT (Six MinutesWalking Test)			
13. BI-D (Barthel Index Dispnea)			
14. GCS (Glasgow Coma Scale)			
15. GOSE (Glasgow Outcome Scale Extended)			
16. Scala di Rankin modificata			
17. RCS-E (Rehabilitation Complexity Scale v13)			
18. PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory)			
19. GMFCS (Gross Motor Function Classification System)			
20. Scala Tinetti			
21. S.VA.M.Di			
22. Altro			
99. Dato mancante			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 6.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ESITO RILEVAZIONE DELLA DISABILITÀ IN INGRESSO		59.n	
DESCRIZIONE			
Indica, rispetto alle scale utilizzate per la rilevazione disabilità, il grado di disabilità dell'assistito (max 6).			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<esitoRilevazioneDisabilita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<VALUTAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07,F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L43 – Congruenza tra Scala utilizzata per classificazione disabilità e Esito rilevazione della disabilità in ingresso.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Da compilare in relazione alla scala o alle scale scelte, i valori inseriti devono essere coerenti con la scala o con le scale indicate nel campo “scala utilizzata per classificazione disabilità”. I due campi devono presentare lo stesso numero di occorrenze.			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 6.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA INIZIO TRATTAMENTO (*CAMPO CHIAVE)		60	
DESCRIZIONE			
Indica la data di inizio del trattamento riabilitativo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataInizioTrattamento>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<TRATTAMENTO>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	D		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F06,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N04 – Record non elaborato per chiave non trovata. N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. L19 – Congruenza tra immessa e data corrente. L22 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data inizio trattamento. L29 – Congruenza tra Data di nascita e Data inizio trattamento. L35 – Congruenza tra Data valutazione e Data inizio trattamento. L47 – Congruenza tra Data inizio trattamento e Data di inizio sospensione. L48 – Congruenza tra Data inizio trattamento e Data di conclusione. L53 – Congruenza tra Data inizio trattamento e Data fine trattamento. L57 – Congruenza tra Date sospensione e Data inizio trattamento. L62 - Coerenza tra Date trattamento e Durata complessiva del trattamento. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Sovrapposizione periodi di assistenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Formato: GGMMAAAA.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA FINE TRATTAMENTO		61	
DESCRIZIONE			
Indica la data di fine del trattamento riabilitativo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataFineTrattamento>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<TRATTAMENTO>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	D		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data fine trattamento. L30 – Congruenza tra Data di nascita e Data fine trattamento. L36 – Congruenza tra Data valutazione e Data fine trattamento. L53 – Congruenza tra Data inizio trattamento e Data fine trattamento. L54 – Congruenza tra Date sospensione e Data fine trattamento. L55 – Congruenza tra Data Conclusione e Data fine trattamento. L62 - Coerenza tra Date trattamento e Durata complessiva del trattamento.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Formato: GGMMAAAA.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DURATA COMPLESSIVA DEL TRATTAMENTO		62	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di giorni di trattamento effettuati.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<durataComplessivaTrattamento>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<TRATTAMENTO>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 1 a 999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L62 - Coerenza tra Date trattamento e Durata complessiva del trattamento.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “1” e “999”. Il valore “999” si intende utilizzabile per valori maggiori e/o uguali a “999” giorni.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DURATA MEDIA GIORNALIERA DEL TRATTAMENTO		63	
DESCRIZIONE			
Indica il numero medio di ore di trattamento erogate giornalmente nel periodo di competenza.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<durataMediaGiornalieraTrattamento>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<TRATTAMENTO>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0,5 a 24,0		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico compreso tra “0,5” e “24,0”. Unità di misura prevista: intervalli di 0,5 ore.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA DI INIZIO SOSPENSIONE (*CAMPO CHIAVE)			64
DESCRIZIONE			
Indica la data in cui inizia la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataInizioSospensione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<SOSPENSIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	D		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F06,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio.			
N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio.			
N04 – Record non elaborato per chiave non trovata.			
N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio.			
N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio.			
N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio.			
L19 – Congruenza tra immessa e data corrente.			
L24 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data di inizio sospensione.			
L31 – Congruenza tra Data di nascita e Data di inizio sospensione.			
L37 – Congruenza tra Data valutazione e Data di inizio sospensione.			
L47 – Congruenza tra Data inizio trattamento e Data di inizio sospensione.			
L49 – Congruenza tra Data di inizio sospensione e Data di fine sospensione.			
L54 – Congruenza tra Date sospensione e Data fine trattamento.			
L56 – Congruenza tra Date sospensione e Data valutazione.			
L57 – Congruenza tra Date sospensione e Data inizio trattamento.			
L58 – Congruenza tra Date sospensione e Data di inizio sospensione.			
L59 – Congruenza tra Date sospensione e Data di fine sospensione.			
L60 – Congruenza tra Date sospensione e Data riunione finale di equipe.			
L61 - Congruenza tra Date sospensione e Data di conclusione.			
L63 – Coerenza tra Data di inizio sospensione e Motivazione della sospensione.			
S01 – Invio in extracompetenza.			
S02 – Sovrapposizione periodi di assistenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Formato: GGMMAAAA.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA DI FINE SOSPENSIONE		65	
DESCRIZIONE			
Indica la data in cui finisce la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataFineSospensione>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<SOSPENSIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	D		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L38 – Congruenza tra Data valutazione e Data di fine sospensione. L49 – Congruenza tra Data di inizio sospensione e Data di fine sospensione. L54 – Congruenza tra Date sospensione e Data fine trattamento. L56 – Congruenza tra Date sospensione e Data valutazione. L57 – Congruenza tra Date sospensione e Data inizio trattamento. L58 – Congruenza tra Date sospensione e Data di inizio sospensione. L59 – Congruenza tra Date sospensione e Data di fine sospensione. L60 – Congruenza tra Date sospensione e Data riunione finale di equipe. L61 - Congruenza tra Date sospensione e Data di conclusione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Formato GGMMAAAA.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MOTIVAZIONE DELLA SOSPENSIONE		66	
DESCRIZIONE			
Indica la motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<motivazioneDellaSospensione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<SOSPENSIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L63 – Coerenza tra Data di inizio sospensione e Motivazione della sospensione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: 1. Ricovero temporaneo in ospedale 2. Allontanamento temporaneo 3. Altro Da valorizzare se Data di inizio sospensione è valorizzato.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA DI CONCLUSIONE (*CAMPO CHIAVE)		67	
DESCRIZIONE			
Indica la data di conclusione della presa in carico.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataConclusione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ASSISTENZA>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	D		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F06,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio. N04 – Record non elaborato per chiave non trovata. N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio. N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio. L01 – Esistenza della struttura erogatrice fra Data apertura PIC e Data di conclusione. L02 – Appartenenza della struttura erogatrice all'Azienda Sanitaria di erogazione. L05 – Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Regione Residenza alla data di conclusione. L10 – Congruenza fra Comune di residenza e la data di conclusione. L18 – Congruenza tra scale per la classificazione della disabilità e Esito rilevazione della disabilità in uscita. L19 – Congruenza tra immessa e data corrente. L27 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data di conclusione. L34 – Congruenza tra Data di nascita e Data di conclusione. L40 – Congruenza tra Data valutazione e Data di conclusione. L48 – Congruenza tra Data inizio trattamento e Data di conclusione. L55 – Congruenza tra Data Conclusione e Data fine trattamento. L61 – Congruenza tra Date sospensione e Data di conclusione. L64 – Congruenza tra Data di conclusione e Data riunione finale di equipe. L65 – Coerenza tra Data di conclusione e Modalità di conclusione. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Sovrapposizione periodi di assistenza. S03 – ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA).			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Formato: GGMMAAAA.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA RIUNIONE FINALE DI EQUIPE		68	
DESCRIZIONE			
Indica la data in cui si è svolta la riunione finale dell'equipe multidisciplinare.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataRiunioneFinaleEquipe>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<CONCLUSIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	D		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L11 – Congruenza tra Data apertura PIC e Data riunione finale di equipe. L39 – Congruenza tra Data valutazione e Data riunione finale di equipe. L60 – Congruenza tra Date sospensione e Data riunione finale di equipe. L64 – Congruenza tra Data di conclusione e Data riunione finale di equipe.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Formato: GGMMAAAA. In caso di dato mancante è necessario indicare il valore 99999999.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MODALITÀ DI CONCLUSIONE		69	
DESCRIZIONE			
Indica la modalità di conclusione della presa in carico.			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<modalitaDiConclusione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<CONCLUSIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,97,98		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F04,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L65 – Coerenza tra Data di conclusione e Modalità di conclusione.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: 1. Dimissione a seguito di pieno recupero 2. Dimissione con l'attivazione di assistenza domiciliare 3. Dimissione con l'attivazione di trattamenti a distanza 4. Dimissione rimandando a trattamenti ambulatoriali 5. Dimissione presso struttura semiresidenziale 6. Dimissione presso struttura residenziale 7. Dimissione presso struttura ospedaliera 8. Decesso 9. Inserimento in programmi di sanità d'iniziativa 10. Altro 97. Chiusura amministrativa per riassetto territoriale ASL 98. Chiusura amministrativa con riapertura nell'anno successivo in assenza di sospensione Deve essere valorizzato se la data di conclusione è valorizzata.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ESITO RILEVAZIONE DELLA DISABILITÀ IN USCITA		70.n	
DESCRIZIONE			
Indica, rispetto ad eventuali scale/indici utilizzata per la rilevazione disabilità in ingresso, il grado di disabilità dell'assistito in uscita (max 6).			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<esitoRilevazioneDisabilitaInUscita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<CONCLUSIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F04,F07,F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L18 – Congruenza tra scale per la classificazione della disabilità e Esito rilevazione della disabilità in uscita.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Da compilare in relazione alla scala scelta, i valori inseriti devono essere coerenti con le eventuali scale indicate nei campi “Scala utilizzata per classificazione disabilità” (per la prima occorrenza) e “Scala ulteriore utilizzata per classificazione disabilità” (per eventuali occorrenze successive). Il numero occorrenze ottenute combinando il campo “Scala utilizzata per classificazione disabilità” e il campo “Scala ulteriore utilizzata per classificazione disabilità” deve coincidere con il numero di occorrenze del campo “Esito rilevazione della disabilità in uscita”.			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 6.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ANNO DI EROGAZIONE (*CAMPO CHIAVE)		71	
DESCRIZIONE			
Indica l'anno di erogazione delle ore di trattamento consuntivate.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<annoErogazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio. N04 – Record non elaborato per chiave non trovata. N06 – Record non elaborato per anno non compreso nel periodo di riferimento. N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio. L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Sovrapposizione periodi di assistenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - MMG/PLS		72	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista MMG/PLS.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreMmgPls>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - MEDICO SPECIALISTA		73	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Medico specialista.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreMedicoSpecialista>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - INFERMIERE		74	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Infermiere.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreInfermiere>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - OPERATORE SOCIO SANITARIO		75	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Operatore socio-sanitario.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreOperatoreSociosanitario>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - FISIOTERAPISTA		76	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Fisioterapista.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreFisioterapista>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - LOGOPEDISTA		77	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Logopedista.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreLogopedista>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra "0" e "999999". Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
ORE TOTALI EROGATE - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA			78
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva.			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<oreTerapistaDellaNeuroEPsicomotricitaEtaEvolutiva>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire “999999” in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - TERAPISTA OCCUPAZIONALE		79	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Terapista occupazionale.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreTerapistaOccupazionale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - PSICOLOGO/A		80	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Psicologo/a.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<orePsicologo>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - ASSISTENTE SOCIALE		81	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Assistente Sociale.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreAssistenteSociale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - EDUCATORE PROFESSIONALE		82	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per professionista Educatore professionale.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreEducatoreProfessionale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra “0” e “999999”. Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORE TOTALI EROGATE - ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI		83	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di ore totali erogate a fronte di un PRI durante l'anno di riferimento per Altri professionisti sanitari.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oreAltriProfessionistiSanitari>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<EROGAZIONE>	TRACCIATO PIC	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO RIAB	NO
		TRACCIATO OREPROF	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Da 0 a 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01,F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L66 – Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra "0" e "999999". Unità di misura prevista: intervalli di 1 ore. Inserire "999999" in caso di dato mancante.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
ID RECORD (*CAMPO CHIAVE)			84
DESCRIZIONE			
Identificativo univoco utilizzato per la gestione del movimento del record.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<idRecord>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ASSISTENZA>	TRACCIATO PIC	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO RIAB	SI
		TRACCIATO OREPROF	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F08		
CORRETTEZZA LOGICA - CONTROLLI APPLICATI			
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio.			
N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio.			
N04 – Record non elaborato per chiave non trovata.			
N05 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio.			
N07 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio.			
N08 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio.			
N09 – Record non elaborato per codice cartella territoriale già in archivio.			
N10 – Record PIC non elaborato per mancanza record RIAB collegato.			
N11 – Record RIAB non elaborato per mancanza record PIC collegato.			
S01 – Invio in extracompetenza.			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Identificativo univoco utilizzato per la gestione del movimento del record.			
Per una corretta gestione è necessario che l'ID Record sia unico nell'ambito dell'azienda, dell'ente inviante e del tracciato a prescindere dall'anno di erogazione della prestazione. Pertanto, lo stesso ID Record non deve essere ripetuto per anni diversi.			
Affinché ci sia uniformità di compilazione, si fa riferimento alle seguenti regole:			
- primi 8 caratteri: Struttura erogatrice (campo 03), se inferiore ad 8 caratteri 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)			

7. CONTROLLI

7.1 Premessa

Per i controlli formali è riportata la semplice descrizione del controllo.

Per tutti gli altri controlli le tabelle che seguono riportano il codice del controllo, la sua descrizione sintetica (presente anche nelle restituzioni) e i campi interessati dall'algoritmo di controllo (numero e nome).

7.2 Controlli formali

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI ERRORI FORMALI
F01	Campo Obbligatorio Non Valorizzato
F02	Valore Non Accettabile
F03	Valore Non Numerico
F04	Valore Non Valido
F05	Valore non presente in tabella
F06	Data Non Valida
F07	Campo Formalmente Errato
F08	Valore Non Alfabetico
F09	Superato il numero di occorrenze massimo consentito
F10	Campo Non attivo Valorizzato

7.3 Controlli bloccanti

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
N01	Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata nel medesimo file di invio Per il tracciato “PIC”, non deve essere presente nel medesimo file di invio un record avente medesima combinazione dei campi “Codice cartella territoriale”, “Azienda sanitaria di erogazione”, “Struttura erogatrice”, “Data apertura PIC”, “Tipo movimento” Al tracciato RIAB si aggiungono i campi “Data rivalutazione / valutazione finale”, “Data inizio trattamento”, “Data di inizio sospensione”, “Data di conclusione”. Per il tracciato “OREPROF” non deve essere presente nel medesimo file di invio un record avente la medesima combinazione dei campi “Anno di erogazione”, “Azienda sanitaria di erogazione”, “Struttura erogatrice”, “Tipo movimento”.	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		05	Tipo movimento
		84	Id Record
		40	Data valutazione
		60	Data inizio trattamento
		64	Data di inizio sospensione
		67	Data di conclusione
		71	Anno di erogazione
N02	Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata nel medesimo file di invio Non deve essere presente nel medesimo file di invio un record avente medesima combinazione dei campi “Codice cartella territoriale”, “Azienda sanitaria di erogazione”, “Struttura erogatrice”, “Data apertura PIC”, “Tipo movimento”.	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		05	Tipo movimento
		84	Id Record
N03	Record non elaborato per codice cartella territoriale già presente per l’Azienda Sanitaria nel medesimo invio Per “Azienda sanitaria di erogazione” non deve essere presente nel medesimo file di invio un record avente medesimo codice cartella territoriale.	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
N04	Record non elaborato per chiave non trovata Se “Tipo movimento” = “V” o se “Tipo movimento” = “C”, allora deve esistere in archivio un record avente la medesima chiave univoca di identificazione	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		05	Tipo movimento
		84	Id Record
		40	Data valutazione
		60	Data inizio trattamento
		64	Data di inizio sospensione
		67	Data di conclusione
N05	Record non elaborato per sovrapposizione periodi di trattamento nel medesimo file di invio	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Si applica ai record con codice fiscale non relativo ad apolide né a stranieri non residenti e per “Tipo movimento” diverso da “C”: La “Data apertura PIC” non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date trattamento o tra le date di sospensione di una cartella presente nel medesimo file di invio. La “Data conclusione” non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date trattamento o sospensione di una cartella presente nel medesimo file di invio.	02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		05	Tipo movimento
		84	Id Record
		11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
		60	Data inizio trattamento
		61	Data fine trattamento
		64	Data di inizio sospensione
		65	Data di fine sospensione
N06	Record non elaborato per anno non compreso nel periodo di riferimento L’anno di Erogazione deve essere compreso nel periodo dichiarato sul sistema GAF in fase di invio del flusso.	02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		05	Tipo movimento
		71	Anno di erogazione
N07	Record non elaborato per chiave univoca di identificazione già in archivio Se “Tipo movimento” = “I”, allora non deve esistere in archivio un record già elaborato come corretta avente la medesima chiave univoca di identificazione	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		05	Tipo movimento
		84	Id Record
		40	Data valutazione
		60	Data inizio trattamento
		64	Data di inizio sospensione
N08	Record non elaborato per chiave univoca di collegamento già in archivio Se “Tipo movimento” = “I”, non deve essere presente in archivio un record avente medesima chiave di collegamento	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		05	Tipo movimento
N09	Record non elaborato per codice cartella territoriale già in archivio Se “Tipo movimento” = “I”, per “Azienda sanitaria di erogazione”, non deve essere presente in archivio un record avente medesimo “Codice cartella territoriale”.	84	Id Record
		01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		05	Tipo movimento
N10	Record PIC non elaborato per mancanza record RIAB collegato	84	Id Record
		01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale:

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Nello stesso supporto d'invio non risulta alcun record RIAB avente medesima chiave univoca di collegamento.		Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		05	Tipo movimento
		84	Id Record
N11	Record RIAB non elaborato per mancanza record PIC collegato Nello stesso supporto d'invio non risulta alcun record PIC avente medesima chiave univoca di collegamento.	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		05	Tipo movimento
		84	Id Record

7.4 Controlli logici

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
L01	Esistenza della struttura erogatrice fra Data apertura PIC e Data di conclusione La data presa in carico e la data di conclusione devono essere comprese nel periodo di esistenza della Struttura di ricovero (STS11, RIA11)	03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		81	Data di conclusione
L02	Appartenenza della struttura erogatrice all'Azienda Sanitaria di erogazione La struttura erogatrice deve appartenere all'Azienda Sanitaria di erogazione al momento della conclusione	02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		67	Data di conclusione
L03	Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS Se "Tipo Identificativo Paziente" = 0 e il campo "Codice Identificativo Paziente" non è valorizzato con sedici "9", allora il Codice fiscale inserito dev'essere presente nel sistema AURA-TS.	11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
L04	Congruenza tra Codice fiscale ed Anno di nascita Se "Tipo Identificativo Paziente" = 0 e il campo "Codice Identificativo Paziente" non è valorizzato con sedici "9", allora l'anno del campo Data Nascita dell'assistito deve corrispondere all'anno di nascita indicato nel Codice fiscale.	09	Data Nascita
		11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
L05	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Regione Residenza alla data di conclusione Per pazienti residenti in Italia: se Comune di Residenza è italiano (cioè le prime tre posizioni sono diverse da '999' / 'STP' / 'ENI'): - deve essere situato nella Regione di Residenza indicata. Per pazienti residenti all'estero ('TEAM' / 'STP' / 'ENI' / '999'): - nel campo "Regione Residenza" deve essere indicato il codice dello stato estero, valido alla data di conclusione; - lo stesso codice deve trovarsi nella seconda parte (ultimi 3 caratteri) del campo "Comune Residenza"; inoltre, sempre alla data di conclusione: - nel caso STP, lo stato estero non può appartenere all'UE, né alla SEE, né essere la Svizzera; - nel caso ENI, lo stato estero deve essere Romania, Bulgaria o UE (NO CH, SEE) - Per pazienti apolidi / ANONIMO: - i campi Comune Residenza e Regione Residenza	11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
		19	Regione di Residenza
		20	Comune di Residenza
		67	Data di conclusione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	devono essere valorizzati con `tutti 9`.		
L06	Congruenza fra Tipo Identificativo Paziente e Regione di residenza Se Regione di residenza è una regione italiana allora il Tipo identificativo paziente è 0 e viceversa.	12	Tipo Identificativo Paziente
		19	Regione di Residenza
L07	Congruenza tra Regione di residenza e Comune di residenza Se “Regione di residenza” = “999”, allora “Comune di residenza” dev’essere valorizzato con “999999”; Se “Regione di residenza” è diverso da “999”, allora “Comune di residenza” non può assumere il valore “999999” e deve corrispondere al codice di un Comune situato nella Regione di residenza indicata.	19	Regione di Residenza
		20	Comune di Residenza
L08	Congruenza tra Regione di residenza e Azienda sanitaria di residenza Se “Regione di residenza” = “999”, allora “Azienda sanitaria di residenza” dev’essere valorizzato con “999”; Se “Regione di residenza” è diverso da “999”, allora “Azienda sanitaria di residenza” non può assumere il valore “999” e deve corrispondere al codice di un’ASL situata nella regione di residenza indicata.	18	Azienda sanitaria di residenza
		19	Regione di Residenza
L09	Congruenza tra Azienda sanitaria di residenza e Comune di residenza Se “Azienda sanitaria di residenza” = “999”, allora “Comune di residenza” dev’essere valorizzato con “999999”; Se “ASL di residenza” è diverso da 999, allora “Comune di residenza” dev’essere diverso da “999999” e deve corrispondere al codice di un Comune situato nell’ambito territoriale dell’ASL di residenza indicata.	18	Azienda sanitaria di residenza
		20	Comune di Residenza
L10	Congruenza fra Comune di residenza e la data di conclusione Se Tipo Identificativo Paziente = 0 allora Il Comune di residenza deve essere esistente nell’anno di ricovero. Il codice ISTAT da utilizzare è quello valido alla data di conclusione.	12	Tipo Identificativo Paziente
		20	Comune di Residenza
		67	Data di conclusione
L11	Congruenza tra Data apertura PIC e Data riunione finale di equipe La "Data apertura PIC" non può essere maggiore della "Data riunione finale di equipe".	04	Data apertura PIC
		68	Data riunione finale di equipe
L12	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione	11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
		20	Comune di Residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Il Codice fiscale non esiste né nel database del servizio AURA né in quello del MEF. A partire dalla competenza 2020: Gli identificativi pazienti ENI / STP rilasciati dalle ASL della Regione Piemonte saranno verificati rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale, pertanto il controllo evidenzierà la non esistenza dei codici identificativi inviati rispetto alla banca dati di riferimento.		
L13	Coerenza fra Cittadinanza, Comune di Residenza e Tipo Identificativo Paziente, nel caso di paziente apolide /anonimo Se “Cittadinanza” uguale a ‘999’ (apolide/anonimo) allora “Comune di residenza” deve essere = ‘999999’ e “Tipo Identificativo Paziente” deve essere ‘tutti 9’ e viceversa	12	Tipo Identificativo Paziente
		13	Cittadinanza
		20	Comune di Residenza
L14	Coerenza fra Comune di Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di assistito straniero (TEAM / STP / ENI) Nel caso di paziente straniero STP/ENI/TEAM se “Comune di Residenza” = ‘STP+stato estero’ allora “Tipo Identificativo paziente” = 1. Se “Comune di Residenza” = ‘ENI+stato estero’ allora “Tipo Identificativo paziente” = 2. Se “Comune di Residenza” = 999 stato estero (UE, CH, SEE) allora “Tipo Identificativo paziente” = 3. “Cittadinanza” deve essere diversa da ‘100’. E viceversa.	12	Tipo Identificativo Paziente
		13	Cittadinanza
		20	Comune di Residenza
L15	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero, apolide / ANONIMO, AIRE Se Tipo Identificativo Paziente = 99 allora: - Cittadinanza = stato estero oppure - Cittadinanza = ZZ (Apolide / Anonimo) oppure - Cittadinanza = XX (Sconosciuta) oppure - Cittadinanza = 99 (Dato mancante) se Tipo Identificativo Paziente = 98 allora: - Cittadinanza = ZZ (Apolide / Anonimo).	12	Tipo Identificativo Paziente
		20	Comune di Residenza
L16	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO Se Cognome = ‘ANONIMO’ e Nome = ‘ANONIMO’ allora	06	Cognome
		07	Nome
		12	Tipo Identificativo Paziente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Tipo Identificativo Paziente = '9'.		
L17	Coerenza campi valutazione Se Motivo della valutazione = 2 (Scadenza prevista PRI) o Motivo della valutazione = 3 (Variazioni nelle condizioni dell'assistito) e se Conferma valutazione precedente $\leq$ 1, ci deve essere almeno un campo tra i seguenti con valore diverso da dato mancante: - Patologia concomitante - Eventuali trattamenti socioriabilitativi - Livello di Autonomia - Grado mobilità - Comunicazione - Area sensoriale - Bisogni internistico-assistenziali - Stabilità clinica - Presenza di un caregiver - Supporto sociale - Utilizzo di dispositivi/protesi/ortesi - Disturbi cognitivi - Disturbi comportamentali	40	Data valutazione
		41	Motivo della valutazione
		42	Conferma valutazione precedente
		43	Patologia principale
		44n	Patologia concomitante
		45	Eventuali trattamenti socioriabilitativi
		46	Livello di Autonomia
		47	Grado mobilità
		50	Comunicazione
		51	Area sensoriale
		52	Bisogni internistico-assistenziali
		53	Stabilità clinica
		54	Presenza di un caregiver
		55	Supporto sociale
		56	Utilizzo di dispositivi/protesi/ortesi
		48	Disturbi cognitivi
		49	Disturbi comportamentali
L18	Congruenza tra scale per la classificazione della disabilità e Esito rilevazione della disabilità in uscita Se Data di conclusione è valorizzata, allora il numero occorrenze presenti nel campo "Scala utilizzata per classificazione disabilità" e il campo deve coincidere con il numero di occorrenze del campo "Esito rilevazione della disabilità in uscita".	58n	Scala utilizzata per classificazione disabilità
		67	Data di conclusione
		70n	Esito rilevazione della disabilità in ingresso
L19	Congruenza tra immessa e data corrente La data inserita non può essere maggiore della data corrente (data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati).	04	Data apertura PIC
		09	Data Nascita
		40	Data valutazione
		60	Data inizio trattamento
		64	Data di inizio sospensione
		67	Data di conclusione
L20	Congruenza tra Data apertura PIC e Data di nascita la "Data di nascita" non può essere maggiore della "Data apertura PIC".	04	Data apertura PIC
		09	Data Nascita
L21	Congruenza tra Data apertura PIC e Data valutazione la "Data apertura PIC" non può essere maggiore della "Data valutazione".	04	Data apertura PIC
		40	Data valutazione
L22	Congruenza tra Data apertura PIC e Data inizio trattamento La "Data apertura PIC" non può essere maggiore della "Data inizio trattamento".	04	Data apertura PIC
		60	Data inizio trattamento
L23	Congruenza tra Data apertura PIC e Data fine trattamento La "Data apertura PIC" non può essere maggiore della "Data fine trattamento".	04	Data apertura PIC
		61	Data fine trattamento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
L24	Congruenza tra Data apertura PIC e Data di inizio sospensione La “Data apertura PIC” non può essere maggiore della “Data di inizio sospensione”.	04	Data apertura PIC
		64	Data di inizio sospensione
L25	Congruenza tra Data apertura PIC e Data di fine sospensione La “Data apertura PIC” non può essere maggiore della “Data di fine sospensione”.	04	Data apertura PIC
		65	Data di fine sospensione
L26	Congruenza tra Data apertura PIC e Data riunione finale di equipe La “Data apertura PIC” non può essere maggiore della “Data riunione finale di equipe”.	04	Data apertura PIC
		68	Data riunione finale di equipe
L27	Congruenza tra Data apertura PIC e Data di conclusione La “Data apertura PIC” non può essere maggiore della “Data di conclusione”.	04	Data apertura PIC
		67	Data di conclusione
L28	Congruenza tra Data di nascita e Data valutazione La “Data di nascita” non può essere maggiore della “Data valutazione”.	09	Data Nascita
		40	Data valutazione
L29	Congruenza tra Data di nascita e Data inizio trattamento La “Data di nascita” non può essere maggiore della “Data inizio trattamento”.	09	Data Nascita
		60	Data inizio trattamento
L30	Congruenza tra Data di nascita e Data fine trattamento La “Data di nascita” non può essere maggiore della “Data fine trattamento”.	09	Data Nascita
		61	Data fine trattamento
L31	Congruenza tra Data di nascita e Data di inizio sospensione La “Data di nascita” non può essere maggiore della “Data di inizio sospensione”.	09	Data Nascita
		64	Data di inizio sospensione
L32	Congruenza tra Data di nascita e Data di fine sospensione La “Data di nascita” non può essere maggiore della “Data di fine sospensione”.	09	Data Nascita
		65	Data di fine sospensione
L33	Congruenza tra Data di nascita e Data riunione finale di equipe La “Data di nascita” non può essere maggiore della “Data riunione finale di equipe”.	09	Data Nascita
		68	Data riunione finale di equipe
L34	Congruenza tra Data di nascita e Data di conclusione La “Data di nascita” non può essere maggiore della “Data di conclusione”.	09	Data Nascita
		67	Data di conclusione
L35	Congruenza tra Data valutazione e Data inizio trattamento Se Motivo della valutazione = 1 (Valutazione iniziale) allora	40	Data valutazione
		41	Motivo della valutazione
		60	Data inizio trattamento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	la "Data valutazione" non può essere maggiore della "Data inizio trattamento".		
L36	Congruenza tra Data valutazione e Data fine trattamento Se Motivo della valutazione = 1 (Valutazione iniziale) allora la "Data valutazione" non può essere maggiore della "Data fine trattamento".	40	Data valutazione
		41	Motivo della valutazione
		61	Data fine trattamento
L37	Congruenza tra Data valutazione e Data di inizio sospensione Se Motivo della valutazione = 1 (Valutazione iniziale) allora la "Data valutazione" non può essere maggiore della "Data di inizio sospensione".	40	Data valutazione
		41	Motivo della valutazione
		64	Data di inizio sospensione
L38	Congruenza tra Data valutazione e Data di fine sospensione Se Motivo della valutazione = 1 (Valutazione iniziale) allora la "Data valutazione" non può essere maggiore della "Data di fine sospensione".	40	Data valutazione
		41	Motivo della valutazione
		65	Data di fine sospensione
L39	Congruenza tra Data valutazione e Data riunione finale di equipe Se Motivo della valutazione = 1 (Valutazione iniziale) allora la "Data valutazione" non può essere maggiore della "Data riunione finale di equipe".	40	Data valutazione
		41	Motivo della valutazione
		68	Data riunione finale di equipe
L40	Congruenza tra Data valutazione e Data di conclusione Se Motivo della valutazione = 1 (Valutazione iniziale) allora la "Data valutazione" non può essere maggiore della "Data di conclusione".	40	Data valutazione
		41	Motivo della valutazione
		67	Data di conclusione
L41	Congruenza tra Data apertura PIC, Data di nascita e Responsabilità genitoriale Se la differenza tra Data apertura PIC e Data di nascita è inferiore a 18 anni allora il campo Responsabilità Genitoriale deve essere valorizzato.	04	Data apertura PIC
		09	Data Nascita
		17	Responsabilità genitoriale
L42	Congruenza tra Livello di autonomia e Grado di mobilità Se "livello di autonomia" = 3 (Totalmente dipendente) allora "Grado di mobilità" deve essere diverso da "1 si sposta da solo (eventualmente con ausili) in ambiente protetto" e deve essere diverso da 2 "Si sposta da solo (eventualmente con ausili) in ambiente non protetto".	46	Livello di Autonomia
		47	Grado mobilità
L43	Congruenza tra Scala utilizzata per classificazione disabilità e Esito rilevazione della disabilità in ingresso Se il campo "Scala utilizzata per classificazione disabilità" è valorizzato N volte allora il campo "Esito rilevazione della disabilità in ingresso" deve essere valorizzato N volte.	58n	Scala utilizzata per classificazione disabilità
		59n	Esito rilevazione della disabilità in ingresso
L44	Coerenza Durata complessiva prevista dal PRI Se l'anno di presa in carico non è bisestile, allora il campo "Durata complessiva prevista dal PRI" non può avere valore	25	Durata complessiva prevista dal PRI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	366.		
L45	Coerenza tra Patologia principale e Patologia concomitante Se il campo "Patologia concomitante" è valorizzato allora il campo "Patologia principale" deve essere valorizzato.	43	Patologia principale
		44n	Patologia concomitante
L46	Congruenza tra Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari e Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari (descrizione) Se il campo Altri professionisti sanitari e Professionista coinvolto = 1 allora il campo Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari (descrizione) deve essere valorizzato. Se il campo Altri professionisti sanitari e Professionista coinvolto <> 1 allora il campo Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari (descrizione) non deve essere valorizzato.	38	Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari
		39	Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari (descrizione)
L47	Congruenza tra Data inizio trattamento e Data di inizio sospensione La "Data inizio trattamento" non può essere maggiore della "Data di inizio sospensione".	60	Data inizio trattamento
		64	Data di inizio sospensione
L48	Congruenza tra Data inizio trattamento e Data di conclusione La "Data inizio trattamento" non può essere maggiore della "Data di conclusione".	60	Data inizio trattamento
		67	Data di conclusione
L49	Congruenza tra Data di inizio sospensione e Data di fine sospensione La "Data di inizio sospensione" non può essere maggiore della "Data di fine sospensione".	64	Data di inizio sospensione
		65	Data di fine sospensione
L50	Coerenza tra Data valutazione e Motivo della valutazione Se "Motivo della valutazione" = 2 (rivalutazione) allora non è possibile aver ricevuto in precedenza un record per lo stesso assistito nella stessa presa in carico con "Motivo della valutazione" = 3 (scadenza prevista del PRI).	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		40	Data valutazione
		41	Motivo della valutazione
L51	Coerenza tra Conferma valutazione precedente e campi valutazione Se Conferma valutazione precedente = 1 allora i campi Patologia principale Patologia concomitante Eventuali trattamenti socioriabilitativi Livello di Autonomia Grado mobilità Comunicazione Area sensoriale	42	Conferma valutazione precedente
		43	Patologia principale
		44n	Patologia concomitante
		45	Eventuali trattamenti socioriabilitativi
		46	Livello di Autonomia
		47	Grado mobilità
		50	Comunicazione
		51	Area sensoriale
		52	Bisogni internistico-assistenziali
		53	Stabilità clinica

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Bisogni internistico-assistenziali Stabilità clinica Presenza di un caregiver Supporto sociale Utilizzo di dispositivi/protesi/ortesi Disturbi cognitivi Disturbi comportamentali non devono essere valorizzati.	54	Presenza di un caregiver
		55	Supporto sociale
		56	Utilizzo di dispositivi/protesi/ortesi
		48	Disturbi cognitivi
		49	Disturbi comportamentali
L52	Coerenza tra Eventuali trattamenti socioriabilitativi e Supporto sociale Se "Eventuali trattamenti socioriabilitativi" = 2 (No) allora "Supporto sociale" non può avere valore 1 (Presenza) o 2 (Presenza parziale e/o temporanea).	45	Eventuali trattamenti socioriabilitativi
		55	Supporto sociale
L53	Congruenza tra Data inizio trattamento e Data fine trattamento La "Data inizio trattamento" non può essere maggiore della "Data fine trattamento".	60	Data inizio trattamento
		61	Data fine trattamento
L54	Congruenza tra Date sospensione e Data fine trattamento La "Data fine trattamento" non può essere compresa tra la "Data di inizio sospensione" e la "Data di fine sospensione" o non può essere maggiore della "Data di inizio sospensione" se quest'ultima è valorizzata e la "Data di fine sospensione" non è valorizzata.	61	Data fine trattamento
		64	Data di inizio sospensione
		65	Data di fine sospensione
L55	Congruenza tra Data Conclusione e Data fine trattamento La "Data fine trattamento" non può essere maggiore della "Data conclusione".	61	Data fine trattamento
		67	Data di conclusione
L56	Congruenza tra Date sospensione e Data valutazione La "Data valutazione" non può essere compresa tra la "Data di inizio sospensione" e la "Data di fine sospensione" o non può essere maggiore della "Data di inizio sospensione" se quest'ultima è valorizzata e la "Data di fine sospensione" non è valorizzata.	40	Data valutazione
		64	Data di inizio sospensione
		65	Data di fine sospensione
L57	Congruenza tra Date sospensione e Data inizio trattamento La "Data inizio trattamento" non può essere compresa tra la "Data di inizio sospensione" e la "Data di fine sospensione" o non può essere maggiore della "Data di inizio sospensione" se quest'ultima è valorizzata e la "Data di fine sospensione" non è valorizzata.	60	Data inizio trattamento
		64	Data di inizio sospensione
		65	Data di fine sospensione
L58	Congruenza tra Date sospensione e Data di inizio sospensione La "Data di inizio sospensione" non può essere compresa tra la "Data di inizio sospensione" e la "Data di fine sospensione" di un invio preesistente.	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		64	Data di inizio sospensione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
		65	Data di fine sospensione
L59	Congruenza tra Date sospensione e Data di fine sospensione La "Data di fine sospensione" non può essere compresa tra la "Data di inizio sospensione" e la "Data di fine sospensione" di un invio preesistente.	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		64	Data di inizio sospensione
		65	Data di fine sospensione
L60	Congruenza tra Date sospensione e Data riunione finale di equipe La "Data riunione finale di equipe" non può essere compresa tra la "Data di inizio sospensione" e la "Data di fine sospensione" o non può essere maggiore della "Data di inizio sospensione" se quest'ultima è valorizzata e la "Data di fine sospensione" non è valorizzata.	64	Data di inizio sospensione
		65	Data di fine sospensione
		68	Data riunione finale di equipe
L61	Congruenza tra Date sospensione e Data di conclusione La "Data di conclusione" non può essere compresa tra la "Data di inizio sospensione" e la "Data di fine sospensione" o non può essere maggiore della "Data di inizio sospensione" se quest'ultima è valorizzata e la "Data di fine sospensione" non è valorizzata.	64	Data di inizio sospensione
		65	Data di fine sospensione
		67	Data di conclusione
L62	Coerenza tra Data trattamento e Durata complessiva del trattamento La "Durata complessiva del trattamento" (espressa in numero di giorni) non può essere maggiore del numero di giorni trascorsi tra la "Data di inizio trattamento" e la "Data di fine trattamento".	60	Data inizio trattamento
		61	Data fine trattamento
		62	Durata complessiva del trattamento
L63	Coerenza tra Data di inizio sospensione e Motivazione della sospensione Se "Data di inizio sospensione" è valorizzato allora anche "Motivazione della sospensione" deve essere valorizzato.	64	Data di inizio sospensione
		66	Motivazione della sospensione
L64	Congruenza tra Data di conclusione e Data riunione finale di equipe La "Data di conclusione" non può essere maggiore della "Data riunione finale di equipe".	67	Data di conclusione
		68	Data riunione finale di equipe
L65	Coerenza tra Data di conclusione e Modalità di conclusione Se "Data di conclusione" è valorizzato allora anche "Modalità di conclusione" deve essere valorizzato.	67	Data di conclusione
		69	Modalità di conclusione
L66	Coerenza tra professionista coinvolto e ore erogate Con riferimento ai flussi dell'anno di riferimento uguale all'"Anno di erogazione": Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - MMG/PLS" = 1 (Si), allora	03	Struttura erogatrice
		71	Anno di erogazione
		72	Ore totali erogate - MMG/PLS
		73	Ore totali erogate - Medico specialista
		74	Ore totali erogate - Infermiere
		75	Ore totali erogate - Operatore

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	il campo "Ore totali erogate - MMG/PLS" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - MMG/PLS" allora il campo "Ore totali erogate - MMG/PLS" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Medico specialista" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Medico specialista" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Medico specialista" allora il campo "Ore totali erogate - Medico specialista" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Infermiere" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Infermiere" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Infermiere" allora il campo "Ore totali erogate - Infermiere" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Operatore sociosanitario" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Operatore sociosanitario" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Operatore sociosanitario" allora il campo "Ore totali erogate - Operatore sociosanitario" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Fisioterapista" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Fisioterapista" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Fisioterapista" allora il campo "Ore totali erogate - Fisioterapista" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Logopedista" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Logopedista" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Logopedista" allora il campo "Ore totali erogate - Logopedista" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con		sociosanitario
		76	Ore totali erogate - Fisioterapista
		77	Ore totali erogate - Logopedista
		78	Ore totali erogate - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
		79	Ore totali erogate - Terapista occupazionale
		80	Ore totali erogate - Psicologo/a
		81	Ore totali erogate - Assistente Sociale
		82	Ore totali erogate - Educatore professionale
		83	Ore totali erogate - Altri professionisti sanitari

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	campo "Professionista coinvolto - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva" allora il campo "Ore totali erogate - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Terapista occupazionale" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Terapista occupazionale" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Terapista occupazionale" allora il campo "Ore totali erogate - Terapista occupazionale" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Psicologo/a" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Psicologo/a" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Psicologo/a" allora il campo "Ore totali erogate - Psicologo/a" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Assistente Sociale" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Assistente Sociale" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Assistente Sociale" allora il campo "Ore totali erogate - Assistente Sociale" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Educatore professionale" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Educatore professionale" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0. Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Educatore professionale" allora il campo "Ore totali erogate - Educatore professionale" deve avere valore 0. Se per la struttura erogatrice è presente almeno un record con campo "Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari" = 1 (Si), allora il campo "Ore totali erogate - Altri professionisti sanitari" deve essere valorizzato con un numero di ore maggiore di 0.		

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Se per la struttura erogatrice tutti i record hanno valore 2 (No) per il campo "Professionista coinvolto - Altri professionisti sanitari" allora il campo "Ore totali erogate - Altri professionisti sanitari" deve avere valore 0.		
L67	Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia principale Se “Motivo della valutazione” = 1 allora il campo Patologia Principale deve essere valorizzato. Se “Motivo della valutazione” <> 1 allora il campo Patologia Principale deve essere valorizzato solo se la patologia principale prevede una diversa assegnazione rispetto all’invio precedente.	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		41	Motivo della valutazione
		43	Patologia Principale
L68	Coerenza tra Motivo della valutazione e Patologia concomitante Se “Motivo della valutazione” <> 1 allora il campo Patologia Concomitante deve essere valorizzato solo se la patologia concomitante prevede una diversa assegnazione rispetto all’invio precedente.	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		41	Motivo della valutazione
		44.n	Patologia Concomitante

7.5 Segnalazioni

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
S01	Invio in extracompetenza Vengono segnalati i record inviati oltre il termine del periodo di competenza.	01.1	Codice cartella territoriale: Anno
		01.2	Codice cartella territoriale: Progressivo
		02	Azienda sanitaria di erogazione
		03	Struttura erogatrice
		04	Data apertura PIC
		05	Tipo movimento
		84	Id Record
		40	Data valutazione
		60	Data inizio trattamento
		64	Data di inizio sospensione
		67	Data di conclusione
S02	Sovrapposizione periodi di assistenza Evidenzia la presenza di periodi di ricovero sovrapposti per lo stesso assistito in differenti ASL: per il medesimo Codice fiscale non relativo ad apolide, è già presente in archivio almeno un record di una qualsiasi ASL il cui periodo di ricovero – dalla “Data di presa in carico” alla “Data di conclusione”, estremi esclusi – si sovrappone a quello del record in inserimento o modifica.	04	Data apertura PIC
		11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
		40	Data valutazione
		60	Data inizio trattamento
		64	Data di inizio sospensione
		67	Data di conclusione
S03	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA) Il confronto viene fatto al 31.12 dell'anno precedente all'anno di competenza della “Data di apertura PIC”. Per i nati nell'anno residenti in Piemonte e provvisti di Codice Fiscale il confronto viene fatto alla “Data di conclusione”.	04	Data apertura PIC
		18	Azienda sanitaria di residenza
		11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
		67	Data di conclusione
S04	Validità “Codice identificativo paziente con Codice fiscale” non verificata - Servizio SOGEI indisponibile Il Codice fiscale non è presente nella base dati regionale (AURA) e non è stato possibile eseguire la verifica col servizio SOGEI: il record viene accettato condizionatamente, la verifica con SOGEI verrà eseguita in futuro. Se il Codice fiscale risulterà non certificato, il record verrà annullato e segnalato alla struttura inviante, in modo che possa essere rinviata corretta. Sono esclusi dalla verifica i codici: 1. anonimi (tutti 9 / tutti 0) 2. i codici STP / ENI 3. la tessera TEAM.	11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente



FLUSSO INFORMATIVO CONSULTORI

DISCIPLINARE TECNICO

SOMMARIO

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
1.1 Cronologia del documento	3
1.2 Obiettivi e ambito di applicazione	3
1.3 Struttura del documento	3
2. GENERALITÀ	4
2.1 Acronimi ed abbreviazioni	4
2.2 Riferimenti normativi	4
2.3 Definizioni	5
3. REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE	6
4. IL SISTEMA CENTRALIZZATO DI ELABORAZIONE	7
5. TRACCIATI RECORD SICOF	8
5.1 Premessa	8
5.2 Descrizione dei tracciati	8
5.3 Tracciato SICOF_CONTATTO	10
5.4 Tracciato SICOF_PREIND	14
5.5 Tracciato SICOF_PREGRP	18
6. SCHEDE CAMPO	22
6.1 Premessa	22
6.2 Elenco Schede	23
7. CONTROLLI	80
7.1 Controlli Formali (tipo F)	80
7.2 Controlli Bloccanti (tipo N)	80
7.3 Controlli Logici (tipo L)	81

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 Cronologia del documento

Versione	Note e variazioni
Maggio 2024	Prima redazione

1.2 Obiettivi e ambito di applicazione

Il presente disciplinare offre alle Aziende Sanitarie Locali le istruzioni per la corretta compilazione delle informazioni del Flusso Informativo Consulitori (SICOF d'ora in avanti) inerenti le prestazioni consultoriali erogate da Consulitori di Famiglia.

Tale disciplinare deriva principalmente dalle indicazioni fornite da Ministero della Salute (www.salute.gov.it), integrate, ove necessario, da Regione Piemonte allo scopo di consentire un più ampio monitoraggio delle attività erogate dai consulitori familiari.

In sintesi, gli obiettivi del documento sono:

- fornire una descrizione funzionale chiara e consistente dei singoli campi del tracciato;
- fornire le regole funzionali per la corretta valorizzazione dei campi;
- descrivere le regole funzionali per la valorizzazione dei singoli campi.

1.3 Struttura del documento

Il documento si articola nelle seguenti sezioni:

- PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO: il presente capitolo
- GENERALITÀ: riporta il significato di acronimi ed abbreviazioni usati nel testo; seguono i riferimenti normativi più significativi cui si fa riferimento
- IL SISTEMA CENTRALIZZATO DI ELABORAZIONE: illustra l'impianto complessivo del sistema, la logica con la quale opera ed il processo che segue
- TRACCIATI RECORD SICOF: contiene le tabelle relative ai tracciati in cui si articola il flusso SICOF
- SCHEDE CAMPO: è il cuore del documento e contiene le schede di tutti i campi del tracciato. Per ciascuna scheda sono riportate tutte le informazioni utili alla compilazione e riportati tutti i controlli (poi specificati nella sezione successiva) dai quali ciascun campo è coinvolto
- CONTROLLI: è la sezione in cui sono riportate le specifiche di tutti i controlli e le segnalazioni applicate ai campi descritti nella precedente sezione del Disciplinare
- APPENDICE: contiene tutte le tabelle di codifica utilizzate dal sistema, le combinazioni di valori consentiti o non consentiti e tutte le informazioni accessorie alla compilazione del tracciato

2. GENERALITÀ

2.1 Acronimi ed abbreviazioni

A	= ALFABETICO
AN	= ALFANUMERICO
AS	= AZIENDA SANITARIA
ASL	= AZIENDA SANITARIA LOCALE
ASO	= AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA
CTR	= CONTROLLO
DGR	= DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE
DM	= DECRETO MINISTERIALE
LEA	= LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
MUP	= MATRICOLA UNITA' PRODUTTIVA
N	= NUMERICO
NSIS	= NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
OBB	= OBBLIGATORIO
SSN	= SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
XML	= EXTENSIBLE MARKUP LANGUAGE
XSD	= XML SCHEMA DEFINITION
SICOF	= SISTEMA INFORMATIVO CONSULTORI FAMILIARI

2.2 Riferimenti normativi

- Decreto Ministeriale del 7 Agosto 2023 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari (SICOF)”
- Disciplinare tecnico del SICOF - Il disciplinare tecnico (allegato del DM del 7 Agosto 2023 e s.m.i.) descrive i contenuti del SICOF
- DPCM 12 gennaio 2017 - articolo 24 “Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie”
- Intervento del PNRR – M6C2 1.3.2.2.1 “Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali (Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie)

2.3 Definizioni

n.a.

3. REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

- **Campi obbligatori (OBB)**

Sotto il profilo logico, ogni campo obbligatorio deve necessariamente essere compilato con informazioni significative.

- **Campi non obbligatori (NOB)**

Si riferiscono a dati che possono essere omessi perché relativi ad eventi/situazioni che possono non verificarsi.

- **Campi condizionati(CON)**

In altri casi, l'informazione risulta obbligatoria soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato.

- **Tipo del campo e valori ammessi**

Tutti i campi, quando valorizzati, devono essere interamente compilati scegliendo il valore adatto fra quelli previsti nella riga "VALORI AMMESSI" del quadro "CORRETTEZZA FORMALE" delle schede, secondo la modalità seguente.

Con l'introduzione del formato XML, dal punto di vista formale le specifiche di compilazione alle quali occorre attenersi sono quelle espresse dal relativo schema di validazione XSD, alla cui documentazione su Sistema Piemonte si rimanda.

4. IL SISTEMA CENTRALIZZATO DI ELABORAZIONE

Il tracciato record SICOE costituisce l'input alla procedura di elaborazione del flusso informativo relativo all'attività svolta dai Consulenti.

Compito del Sistema Centralizzato è quello di sottoporre i dati ricevuti a tutte le verifiche e gli algoritmi derivanti dalle normative esistenti e di registrare gli esiti delle varie elaborazioni sulla Base Dati Centrale, fornendo agli utenti gli opportuni riscontri (restituzioni) tramite il sistema di invio (MOBS).

A seguito dell'elaborazione ogni record può essere considerato:

- Valido (quando supera tutti i controlli)
- Segnalata (quando li supera ma con alcuni punti di attenzione per il compilatore)
- Errata (quando non li supera)

Gli utenti possono movimentare i record di propria competenza attraverso l'utilizzo del campo 01 (Tipo Movimento), che consente:

- ✓ Inserimenti ("I")
- ✓ Sostituzioni ("S")
- ✓ Cancellazioni ("C")

Il record da sostituire o cancellare viene identificato come da campi chiave descritti di seguito nei tracciati.

5. TRACCIATI RECORD SICOF

5.1 Premessa

I dati richiesti dal Decreto Ministeriale del 7 Agosto 2023 sono relativi al set di informazioni individuali riguardanti le attività consultoriali, a favore degli assistiti residenti e non residenti nel territorio italiano.

Il contenuto informativo del SICOF dettagliato nel disciplinare tecnico del citato decreto, fa riferimento

ai dati di contatto dell'assistito e alle prestazioni erogate nei confronti di:

- individui,
- coppia
- famiglia
- piccolo gruppo
- grande gruppo.

I contenuti informativi del SICOF sono suddivisi nei seguenti sottogruppi d'informazioni:

- **Dati di contatto all'accesso (SICOF_CONTATTO)**, nel quale vengono rilevate principalmente le informazioni sociodemografiche dell'assistito all'accesso;
- **Prestazioni individuali (SICOF_PREIND)**, nel quale vengono rilevate le informazioni di attività individuali erogate a singoli assistiti, coppie, nuclei familiari o piccoli gruppi;
- **Prestazioni di gruppo e salute di comunità (SICOF_PREGRP)**, nel quale vengono rilevate le informazioni delle attività erogate a grandi gruppi.

5.2 Descrizione dei tracciati

Le SEZIONI, riportate nel tracciato, sono da intendersi come insiemi di informazioni, associati all'evento.

Le colonne presenti nella tabella riportano le seguenti informazioni:

- **Numero Campo**: indica il numero progressivo del campo.
- **Nome Campo**: termine ufficiale che identifica il campo.
- **Lunghezza**: numero massimo dei caratteri del campo.
- **Informazioni di dominio**: 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.

Si riporta una Legenda per specificare le abbreviazioni e acronimi utilizzati nella spiegazione del tracciato.

Legenda	
Tipo campo	Obbligatorietà
A: campo Alfabetico AN: campo alfanumerico N: campo numerico	OBB: obbligatorio NOB: facoltativo/non obbligatorio CON: condizionato, cioè l'informazione risulta obbligatoria soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato.

5.3 Tracciato SICOF_CONTATTO

Il tracciato SICOF_CONTATTO comprende le informazioni relative ai dati anagrafici dell'assistito che accede al consultorio e quindi dello specifico contatto.

N° Scheda Campo	Nome Campo	Tag XML	Lunghezza Campo	Note	Obbligatorietà
SEZIONE: TRASMISSIONE					
01	Tipo	<Tipo>	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.	OBB
SEZIONE: DATI ANAGRAFICI					
02	Cognome	<Cognome>	30	Cognome dell'assistito	OBB
03	Nome	<Nome>	20	Nome dell'assistito	OBB
04	Codice fiscale	<CodiceFiscale>	16	Codice Fiscale del assistito o altro codice identificativo dell'assistito	OBB
05	Data di nascita	<DataNascita>	8	Data di nascita dell' assistito	OBB
06	Genere	<Genere>	1	Indica il sesso dell'assistito.	OBB
07	Comune di nascita	<ComuneNascita>	6	Indica il comune di nascita dell'assistito.	OBB

N° Scheda Campo	Nome Campo	Tag XML	Lunghezza Campo	Note	Obbligatorietà
08	Cittadinanza	<Cittadinanza>	3	Identifica la cittadinanza dell'assistito.	OBB
09	Stato civile	<StatoCivile>	2	Indica lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione.	OBB
10	Condizione Professionale	<CondProfessionale>	1	Indica la condizione professionale dell'assistito al momento della rilevazione.	OBB
11	Titolo di studio	<TitoloStudio>	1	Titolo di studio conseguito dall'utente.	OBB
SEZIONE: RESIDENZA					
12	Regione di residenza	<RegioneRes>	3	Indica il codice della Regione di residenza dell'assistito.	OBB
13	Comune di residenza	<ComuneRes>	6	Identifica il comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto l'assistito.	OBB
14	ASL di residenza	<CodASLRes>	3	Indica il codice dell'Azienda Unità Sanitaria Locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui risiede l'assistito.	OBB

SEZIONE: ASSISTITO					
15	Servizio	<Servizio>	1	Tipo di servizio richiesto nell'ambito del consultorio familiare (se dedicato a specifica tipologia di utenza)	OBB
16	Eventuale precedente partecipazione ad evento di gruppo	<PartEventoGruppo>	1	Indica se l'assistito ha partecipato a eventi precedenti di gruppo, di promozione della salute organizzate da un consultorio.	NOB
SEZIONE: CONTATTO					
17	Identificativo Accesso	<IdAccesso>	7	CAMPO CHIAVE Codice progressivo di accesso, nel giorno, nella struttura erogatrice.	OBB
18	Identificativo Nucleo	<IdNucleo>	7	CAMPO CHIAVE Codice progressivo che consente di associare una singola prestazione a favore di più assistiti (coppie, famiglie o piccoli gruppi).	CON (obbligatorio se accede un nucleo/piccolo gruppo)
19	Soggetto richiedente	<SoggRichiedente>	2	Indica il soggetto/professionista richiedente la prestazione.	OBB
20	Data contatto	<Data>	8	CAMPO CHIAVE Indica la data di accesso/PIC dell'assistito.	OBB
SEZIONE: EROGAZIONE					

21	ASL di erogazione	<CodASLErg>	3	CAMPO CHIAVE Indica il codice dell'Azienda Sanitaria Locale cui afferisce la struttura erogatrice	OBB
22	Codice Consultorio di erogazione	<CodConsultorio>	6	CAMPO CHIAVE Indica il codice della struttura	OBB

5.4 Tracciato SICOF_PREIND

Il tracciato SICOF_PREIND comprende le informazioni relative alle prestazioni erogate ai singoli oppure ai piccoli gruppi

N° Scheda Campo	Nome Campo	Tag XML	Lunghezza Campo	Note	Obbligatorietà
SEZIONE: TRASMISSIONE					
01	Tipo	<Tipo>	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.	OBB
SEZIONE: ACCESSO					
17	Identificativo Accesso	<IdAccesso>	7	CAMPO CHIAVE Codice progressivo di accesso, nel giorno, nella struttura erogatrice.	CON
18	Identificativo Nucleo	<IdNucleo>	7	CAMPO CHIAVE Codice progressivo che identifica la coppia, famiglia o piccolo gruppo di appartenenza dell'assistito.	CON
23	Identificativo Ciclo	<IdCiclo>	7	Codice che identifica il ciclo di appartenenza dell'assistito/coppia/famiglia o piccolo gruppo.	CON
24	Data di erogazione	<DataErogazione>	8	CAMPO CHIAVE Indica la data della prestazione.	OBB

N° Scheda Campo	Nome Campo	Tag XML	Lunghezza Campo	Note	Obbligatorietà
25	Mandato unità giudiziaria	<MandatoGdz>	1	Indica esclusivamente l'esistenza o non di un mandato dell'autorità giudiziaria per l'esecuzione della prestazione (valori: presente/assente).	OBB
SEZIONE: EROGAZIONE					
21	ASL di erogazione	<CodASLErg>	3	CAMPO CHIAVE Indica il codice dell'Azienda Unità Sanitaria Locale cui afferisce la struttura erogatrice.	OBB
22	Codice Consultorio di erogazione	<CodConsultorio>	6	CAMPO CHIAVE Indica il codice della Struttura.	OBB
26	MUP erogazione	<MupConsultorio>	6	Indica Matricola Unità Produttiva di erogazione.	OBB
SEZIONE: PRESTAZIONE					
27	Progressivo prestazione	<ProgressivoPrestazione>	2	CAMPO CHIAVE Indica il numero progressive univoco nell'ambito dell'accesso, identificativo della singola prestazione.	OBB
31	Codice regionale prestazione	<CodiceRegPrestazione>	10	Indica il codice catalogo regionale della prestazione	OBB

N° Scheda Campo	Nome Campo	Tag XML	Lunghezza Campo	Note	Obbligatorietà
32	Numero di incontri totali previsti	<NumeroIncontriPrevisti>	3	Indica il numero di incontri/prestazioni previsti per l'intervento/prestazione di gruppo.	OBB
33	Data di prenotazione	<DataPrenotazione>	8	Indica la data di prenotazione della prestazione.	OBB
34	Data di inizio ciclo prestazioni	<DataInizioCicloPrestazioni>	8	Indica la data di erogazione della prima prestazione del ciclo.	OBB
35	Data presunta fine del ciclo prestazioni	<DataPresuntaFinePrestazioni>	8	Indica la data presunta di chiusura del ciclo di prestazioni.	OBB
36	Sede prestazione	<SedePrestazione>	1	Indica il tipo di sede nel quale viene eseguita la prestazione	OBB
37	Mediazione Culturale	>MediazioneCulturale>	1	Indica la necessità o meno della mediazione culturale per l'esecuzione della prestazione	NOB
38	Prestazione/azione multiprofessionalità	<PrestazioneMuliProfessionale>	1	Indica se la prestazione è eseguita tramite multi o monoprofessionalità	OBB
39	Personale coinvolto 1	<PersonaleCoinvolto_1>	1	Indica la tipologia di personale coinvolto nella prestazione	OBB
40	Personale coinvolto 2	<PersonaleCoinvolto_2>	1	Indica la tipologia di personale coinvolto nella prestazione	NOB
41	Personale coinvolto 3	<PersonaleCoinvolto_3>	1	Indica la tipologia di personale coinvolto nella prestazione	NOB

N° Scheda Campo	Nome Campo	Tag XML	Lunghezza Campo	Note	Obbligatorietà
42	Personale coinvolto 4	<PersonaleCoinvolto_4>	1	Indica la tipologia di personale coinvolto nella prestazione	NOB
43	Terzi coinvolti :1 soggetto	<TerziCoinvolti_1>	2	Indica l'eventuale presenza di terzi soggetti coinvolti	OBB
44	Terzi coinvolti :2 soggetto	<TerziCoinvolti_2>	2	Indica l'eventuale presenza di terzi soggetti coinvolti	OBB
45	Terzi coinvolti :3 soggetto	<TerziCoinvolti_3>	2	Indica l'eventuale presenza di terzi soggetti coinvolti	OBB
SEZIONE: VALUTAZIONE					
46	Diagnosi rilevata	<Diagnosi>	6	Indica la diagnosi rilevata dal soggetto richiedente indicato nel tracciato SICOF_CONTATTO	NOB
47	Supporto sociale	<SupportoSociale>	1	Identifica la presenza di un support da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale)	NOB

5.5 Tracciato SICOF_PREGRP

Il tracciato SICOF_PREGRP comprende le informazioni relative alle prestazioni erogate ai grandi gruppi

N° Scheda Campo	Nome Campo	Tag XML	Lunghezza Campo	Note	Obbligatorietà
	SEZIONE: TRASMISSIONE				
01	Tipo	< Tipo>	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.	OBB
	SEZIONE: INCONTRO				
48	Identificativo Iniziativa	<IdIniziativa>	7	CAMPO CHIAVE Codice progressivo che identifica l'iniziativa di appartenenza del gruppo.	OBB
49	Identificativo Incontro	<IdIncontro>	7	CAMPO CHIAVE Indica il numero dell'incontro svolto rispetto a quelli previsti per l'iniziativa di gruppo.	OBB
50	Data Incontro	<DataIncontro>	8	CAMPO CHIAVE Indica la data di svolgimento dell'incontro di gruppo.	OBB
25	Mandato unità giudiziaria	<MandatoGdz>	1	Indica <u>esclusivamente</u> l'esistenza o <u>non</u> di un mandato dell'autorità giudiziaria per l'esecuzione della prestazione (valori: presente/assente).	OBB

SEZIONE: EROGAZIONE					
21	ASL di erogazione	<CodASLErg>	3	CAMPO CHIAVE Indica il codice dell'Azienda Unità Sanitaria Locale cui afferisce la struttura erogatrice.	OBB
22	Codice Consultorio di erogazione	<CodConsultorio>	6	CAMPO CHIAVE Indica il codice della Struttura.	OBB
26	MUP erogazione	<MupConsultorio>	6	Indica Matricola Unità Produttiva di erogazione	OBB
SEZIONE: PRESTAZIONE					
28	Area attività	<AreaAttivita>	1	Indica il codice Area di attività.	OBB
29	Sottoarea	<SottoAreaAttivita>	4	Indica il codice Sottoarea di attività, ove prevista.	OBB
30	Tipo prestazione	<TipoPrestazione>	3	Indica la tipologia di prestazione erogata.	OBB
31	Codice regionale prestazione	<CodiceRegPrestazione>	10	Indica il codice regionale della prestazione	OBB
32	Numero di incontri totali previsti	<NumeroIncontriPrevisti>	3	Indica il numero di incontri/prestazioni previsti per l'intervento/prestazione di gruppo.	OBB
51	Data di inizio iniziativa	<DataInizioIniziativa>	8	Indica la data di erogazione della prima prestazione del ciclo.	OBB
52	Data presunta fine iniziativa	<DataPresuntaFineIniziativa>	8	Indica la data presunta di chiusura del ciclo di prestazioni.	OBB
53	N° utenti coinvolti	<NumUtentiCoinvolti>	3	Indica il n° di utenti coinvolti.	OBB

54	N° utenti con cittadinanza Straniera	<NumUtentiStranieri>	3	Indica il n° di utenti di cittadinanza straniera coinvolti.	NOB
55	N° utenti minorenni	<NumUtentiMinorenni>	3	Indica il n° di utenti minorenni coinvolti.	NOB
56	N° utenti maschi	<NumUtentiMaschi>	3	Indica il n° di utenti maschi coinvolti.	NOB
57	N° utenti femmine	<NumUtentiFemmine>	3	Indica il n° di utenti di sesso femminile coinvolti.	NOB
36	Sede prestazione	<SedePrestazione >	1	Indica il tipo di sede nel quale viene eseguita la prestazione.	OBB
37	Mediazione culturale	<MediazioneCulturale>	1	Indica la necessità o meno di una mediazione culturale per l'esecuzione della prestazione.	NOB
38	Prestazione/azione multiprofessionalità	<PrestazioneMultiProfessionale>	1	Indica se la prestazione è eseguita tramite multiprofessionalità o monoprofessionalità.	OBB
39	Personale coinvolto 1	<PersonaleCoinvolto_1>	1	Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni erogate ai gruppi.	OBB
40	Personale coinvolto 2	<PersonaleCoinvolto_2>	1	Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni erogate ai gruppi.	NOB
41	Personale coinvolto 3	<PersonaleCoinvolto_3>	1	Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni erogate ai gruppi.	NOB
42	Personale coinvolto 4	<PersonaleCoinvolto_4>	1	Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni erogate ai gruppi.	NOB

43	Terzi coinvolti: 1° soggetto	<TerziCoinvolti_1>	2	Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti.	OBB
44	Terzi coinvolti: 2° soggetto	<TerziCoinvolti_2>	2	Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti.	OBB
45	Terzi coinvolti: 3° soggetto	<TerziCoinvolti_3>	2	Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti.	OBB

6. SCHEDE CAMPO

6.1 Premessa

Ogni scheda descrive un campo del tracciato

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

Nome del campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
Campo N°	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record.
Descrizione del campo	Attribuisce un significato univoco al nome del campo.

Sezione XML

Tag	indica il tag XML in cui è ospitato il campo
Sezione	indica il tag XML della sezione in cui è ospitato il tag del campo
Campo ripetibile	indica se il tag è o meno ripetibile

Sezione Obbligatorietà e tracciati

Obbligatorio	Può essere SI, o NO, o CON, a seconda di quanto indicato nella corrispondente colonna del tracciato record
Tracciato anagrafico	Indica se il campo fa parte del tracciato anagrafico
Tracciato clinico	Indica se il campo fa parte del tracciato clinico

Sezione Correttezza formale

Lunghezza	numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.
Formato	definisce il campo quale <i>alfabetico</i> , od <i>alfanumerico</i> , o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.
Valori ammessi	espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta.
Tabella di riferimento	quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga. Tutte le tabelle, cui si fa riferimento, vengono allegate al documento, su supporto elettronico
Possibili errori	<i>riporta i codici degli errori formali che possono essere restituiti per il campo</i>
Correttezza logica	Riporta i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico.
Osservazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.

6.2 Elenco Schede

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Tipo		01	
DESCRIZIONE			
Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<Tipo>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	TRASMISSIONE	TRACCIATO	CONTATTO, INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	I: Inserimento S: Sostituzione C: Cancellazione		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, N01, N02, N04, N05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti N01 - Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione) N02 - Chiave duplicata (Inserimento) N04 - Prestazione individuale senza Contatto N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Cognome		02	
DESCRIZIONE			
Cognome dell'assistito			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< Cognome >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	30		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	Cognome dell'assistito. Per le normative che prevedono l'anonomato è previsto il valore "ANONIMO"		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F08, L05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F08 - Valore non alfabetico L05 - Congruenza anonomato			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Nome		03	
DESCRIZIONE			
Nome dell'assistito			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< Nome>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	Nome dell'assistito. Per le normative che prevedono l'anonimato è previsto il valore "ANONIMO"		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F08, L05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F08 - Valore non alfabetico L05 - Congruenza anonimato			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Codice Fiscale			04
DESCRIZIONE			
Codice Fiscale dell’ assistito o altro codice identificativo dell’assistito			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< CodiceFiscale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	16		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale o altro codice identificativo specifico		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F07, L05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F07 - Campo Formalmente Errato L05 - Congruenza anonimato			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Data nascita			05
DESCRIZIONE			
Data di nascita dell' assistito			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< DataNascita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Data di nascita dell' assistito. Formato ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F06 - Data non valida			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Genere		06	
DESCRIZIONE			
Indica il sesso dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< Genere >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 1. Maschio 2. Femmina 3. Non specificato		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Comune di nascita		07	
DESCRIZIONE			
Indica il comune di nascita dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< ComuneNascita >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Se residente all'estero, utilizzare 999 + codice stato estero (vedi osservazioni e precisazioni). oppure 999 per Apolide e/o Non identificabile.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
La tabella dei comuni di residenza è reperibile al link https://servizi.regione.piemonte.it/catalogo/aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri è possibile scaricare un file .zip contenente un excel all'interno del quale: • selezionando il foglio "Comune, Provincia, Regione" è presente l'elenco dei Comuni Il comune da indicare è quello valido alla data di nascita			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Cittadinanza			08
DESCRIZIONE			
Identifica la cittadinanza dell’assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<Cittadinanza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	100 (Italiana); oppure codice Stato estero (vedi osservazioni e precisazioni); oppure 999 per Apolide e/o Non identificabile		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
La tabella delle Aziende Sanitarie regionali è reperibile al link https://servizi.regione.piemonte.it/catalogo/aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti Nella sezione “Documentazione dati di riferimento per i controlli” - Dati trasversali comuni e stati esteri è possibile scaricare un file .zip contenente un excel all’interno del quale : - selezionando il foglio “Stati esteri” si ottiene l’elenco degli stati esteri			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Stato civile		09	
DESCRIZIONE			
Indica lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<StatoCivile>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 1 Celibe/Nubile 2 Coniugato/a 3 Separato/a 4 Divorziato/a 5 Vedovo/a 6 Unito/a civilmente 7 Già in unione civile (in decesso del partner) 8 Già in unione civile (per scioglimento unione) 9 Non rilevato 99 Dato mancante		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Condizione Professionale		10	
DESCRIZIONE			
Indica la condizione professionale dell'assistito al momento della rilevazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<CondProfessionale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 1 Studente/essa 2 In cerca di prima occupazione 3 Occupato/a 4 Casalingo/a 5 Disoccupato/a 6 Altra condizione (pensionato/a, inabile, ecc.) 7 Non dichiarato/non noto 9 Dato mancante		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Titolo di studio		11	
DESCRIZIONE			
Titolo di studio conseguito dall'utente.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<TitoloStudio>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	DATI ANAGRAFICI	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 1 Nessun titolo (meno di 5 anni di studio) 2 Licenza elementare (5 anni di studio) 3 Diploma di scuola media inferiore (8 anni di studio) 4 Diploma di scuola media superiore (Qualifica professionale / Maturità) (13 anni di studio) 5 Diploma universitario o laurea breve 6 Laurea o superiore (17 o più anni di studio) 7 Non dichiarato 9 Dato mancante		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Regione di residenza		12	
DESCRIZIONE			
Indica il codice della Regione di residenza dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<RegioneRes>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	RESIDENZA	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Per le Regioni italiane si usa il codice ISTAT delle Regioni. Nel caso di cittadini stranieri NON RESIDENTI o italiani RESIDENTI ALL'ESTERO, si usa il codice dello stato estero di residenza. Se si tratta di APOLIDE / ANONIMO, o se lo Stato di residenza non sia identificabile, si digita "999".		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, L01, L02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti L01 - Congruenza tra ASL di residenza e regione di residenza L02 - Congruenza tra Comune di residenza, Regione di residenza			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Comune di residenza		13	
DESCRIZIONE			
Identifica il comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto l'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<ComuneRes>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	RESIDENZA	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Se residente all'estero, utilizzare 999 + codice stato estero (vedi osservazioni e precisazioni). oppure 999 per Apolide e/o Non identificabile.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, L02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti L02 - Congruenza tra Comune di residenza, Regione di residenza			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
La tabella dei comuni di residenza è reperibile al link https://servizi.regione.piemonte.it/catalogo/aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri è possibile scaricare un file . zip contenente un excel all'interno del quale: • selezionando il foglio "Comune, Provincia, Regione" è presente l'elenco dei Comuni. Il comune da indicare è quello valido alla data del contatto			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ASL di residenza		14	
DESCRIZIONE			
Indica il codice dell'Azienda Unità Sanitaria Locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui risiede l'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<CodASLRes>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	RESIDENZA	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Vedi osservazioni e precisazioni		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, L01, L02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti L01 - Congruenza tra ASL di residenza e regione di residenza L02 - Congruenza tra Comune di residenza, Regione di residenza			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
La tabella delle Aziende Sanitarie regionali è reperibile al link https://servizi.regione.piemonte.it/catalogo/aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri è possibile scaricare un file .zip contenente un excel all'interno del quale : • selezionando il foglio "ASL" • filtrando per codice regione "010" (Piemonte) • selezionando il periodo di validità di competenza si ottiene l'elenco delle aziende sanitarie			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Servizio		15	
DESCRIZIONE			
Tipo di servizio richiesto nell'ambito del consultorio familiare (se dedicato a specifica tipologia di utenza)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<Servizio>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	ASSISTITO	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 0 Ordinario 1 Spazio giovani 2 Spazio donne e bambini immigrati 3 Spazio mamme 4 Altro servizio dedicato		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Eventuale precedente partecipazione ad evento di gruppo		16	
DESCRIZIONE			
Indica se l'assistito ha partecipato a eventi precedenti di gruppo, di promozione della salute organizzate da un consultorio.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<PartEventoGruppo>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	ASSISTITO	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 1 Corso accompagnamento alla nascita 2 Educazione alla sessualità e alla affettività 3 Promozione della salute 4 Nessuna partecipazione 5 Altro		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Identificativo Accesso			17
DESCRIZIONE			
CAMPO CHIAVE Codice progressivo di accesso, nel giorno, nella struttura erogatrice.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< IdAccesso>	OBBLIGATORIO	SI CON per tracciato INDIV (obbligatorio se accesso singolo)
SEZIONE	CONTATTO, ACCESSO	TRACCIATO	CONTATTO, INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	7		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Numerico > 0 Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero. La finalità di questo campo è quella di collegare le informazioni contenute nel tracciato SICOF_CONTATTO con quelle del tracciato SICOF_PREIND solamente quando le prestazioni sono erogate ad una singola persona. Il campo fa parte della chiave, di conseguenza deve, con le altre chiavi formare un identificativo UNIVOCO.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03, N01, N02, N04, N05, L07		
CORRETTEZZA LOGICA — CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F03 - Valore Non Numerico N01 - Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione) N02 - Chiave duplicata (Inserimento) N04 - Prestazione individuale senza Contatto N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto L07 - Congruenza tra Identificativo Accesso e Identificativo nucleo			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Identificativo Nucleo			18
DESCRIZIONE			
CAMPO CHIAVE Codice progressivo che consente di associare una singola prestazione a favore di più assistiti (coppie, famiglie o piccoli gruppi).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< IdNucleo>	OBBLIGATORIO	CON (obbligatorio se accede un nucleo/piccolo gruppo)
SEZIONE	CONTATTO, ACCESSO	TRACCIATO	CONTATTO, IND
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	7		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero ESCLUSIVAMENTE nel caso in cui l'assistito appartenga ad un nucleo\piccolo gruppo. Nel caso in cui, invece, l’assistito acceda da solo al Consultorio, il campo non DEVE essere valorizzato. La finalità di questo campo è quella di collegare le informazioni contenute nel tracciato SICOE_CONTATTO con quelle del tracciato SICOE_PREIND solamente quando le prestazioni sono erogate ad un piccolo gruppo di persone. Ai fini della struttura XSD, il campo sarà facoltativo in quanto i controlli formali su di esso avverranno tramite le successive procedure ETL che eseguiranno il controllo di obbligatorietà. Il campo fa parte della chiave, di conseguenza deve, con le altre chiavi formare un identificativo UNIVOCO.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03, N01, N02, N04, N05, L07		
CORRETTEZZA LOGICA — CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F03 - Valore Non Numerico N01 - Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione) N02 - Chiave duplicata (Inserimento) N04 - Prestazione individuale senza Contatto N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto L07 - Congruenza tra Identificativo Accesso e Identificativo nucleo			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Soggetto Richiedente		19	
DESCRIZIONE			
Indica il soggetto/professionista richiedente la prestazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< SoggRichiedente >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	CONTATTO	TRACCIATO	CONTATTO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 1. Accesso spontaneo 2. Programmato in precedente accesso 3. MMG/PLS 4. Ostetricia-ginecologia ospedale 5. Servizi sociali/centri per le famiglie 6. Screening 7. Tribunale 8. Altri servizi sanitari/sociosanitari (es. Ser.D, Salute Mentale, Pronto Soccorso, etc.) 9. Associazioni del terzo settore 10. Altro 11. Non noto		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Data contatto			20
DESCRIZIONE			
CAMPO CHIAVE Indica la data di accesso/PIC dell'assistito.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<Data>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	CONTATTO, ACCESSO	TRACCIATO	CONTATTO, INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	Formato: ggmmaaaa Il campo fa parte della chiave, di conseguenza deve, con le altre chiavi formare un identificativo UNIVOCO.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06, N01, N02, N05, L03, L06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F06 - Data non valida N01 - Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione) N02 - Chiave duplicata (Inserimento) N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto L03 - Congruenza tra data contatto, data di erogazione, data prenotazione e data di trasmissione del flusso L06 - Congruenza tra data contatto , data prenotazione, data di erogazione della prestazione			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
ASL di erogazione			21
DESCRIZIONE			
CAMPO CHIAVE			
Indica il codice dell’Azienda Unità Sanitaria Locale cui afferisce la struttura erogatrice.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<CodASLErg>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	EROGAZIONE	TRACCIATO	CONTATTO, INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Vedi osservazioni e precisazioni		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, N01, N02, N04, N05, L04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato			
F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
N01 - Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione)			
N02 - Chiave duplicata (Inserimento)			
N04 - Prestazione individuale senza Contatto			
N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto			
L04 - Congruenza tra data contatto, data di erogazione, data prenotazione e data di trasmissione del flusso			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
La tabella delle Aziende Sanitarie regionali è reperibile al link			
https://servizi.regione.piemonte.it/catalogo/aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti			
Nella sezione “Documentazione dati di riferimento per i controlli”			
• Dati trasversali comuni e stati esteri			
è possibile scaricare un file .zip contenente un excel all’interno del quale :			
• selezionando il foglio “ASL”			
• filtrando per codice regione “010” (Piemonte)			
• selezionando il periodo di validità di competenza			
si ottiene l’elenco delle aziende sanitarie			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Codice Consultorio di erogazione			22
DESCRIZIONE			
CAMPO CHIAVE Indica il codice della struttura.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<CodConsultorio>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	EROGAZIONE	TRACCIATO	CONTATTO, INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Tabella delle Strutture presente sul sistema PADDI (per accedere è necessario avere le credenziali). La tabella è disponibile nell’area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi). Il campo fa parte della chiave, di conseguenza deve, con le altre chiavi formare un identificativo UNIVOCO.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, N01, N02, N04, N05, L04, L12		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti N01 - Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione) N02 - Chiave duplicata (Inserimento) N04 - Prestazione individuale senza Contatto N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto L04 - Congruenza tra data contatto, data di erogazione, data prenotazione e data di trasmissione del flusso L12 - Congruenza tra Mup, consultorio e data di erogazione			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Tabella Codici Strutture da ARPE in allegato			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Identificativo Ciclo			23
DESCRIZIONE			
Codice che identifica il ciclo di appartenenza dell'assistito/coppia/famiglia o piccolo gruppo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<IdCiclo>	OBBLIGATORIO	CON (obbligatorio se previsti più incontri)
SEZIONE	ACCESSO	TRACCIATO	INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	7		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero se Numero di incontri totali previsti è maggiore di 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03, L08		
CORRETTEZZA LOGICA — CONTROLLI APPLICATI			
F03 - Valore Non Numerico L08 - Congruenza tra Identificativo Ciclo e numero di incontri totali previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Data di erogazione			24
DESCRIZIONE			
CAMPO CHIAVE			
Indica la data della prestazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< DataErogazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	ACCESSO	TRACCIATO	INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Formato: ggmmaaaa Il campo fa parte della chiave, di conseguenza deve, con le altre chiavi formare un identificativo UNIVOCO.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06, N01, N02, N04, N05, L03, L06, L12		
CORRETTEZZA LOGICA — CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F06 - Data non valida N01 - Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione) N02 - Chiave duplicata (Inserimento) N04 - Prestazione individuale senza Contatto N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto L03 - Congruenza tra data contatto, data di erogazione, data prenotazione e data di trasmissione del flusso L06 - Congruenza tra data contatto, data prenotazione, data di erogazione della prestazione L12 - Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Mandato unità giudiziaria		25	
DESCRIZIONE			
Indica <u>esclusivamente</u> l'esistenza o <u>non</u> di un mandato dell'autorità giudiziaria per l'esecuzione della prestazione (valori: presente/assente).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< MandatoGdz >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	ACCESSO, INCONTRO	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 1 Presente 2 Assente 9 Dato mancante		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MUP erogazione		26	
DESCRIZIONE			
Indica Matricola Unità Produttiva di erogazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<MupConsultorio>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	EROGAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Valorizzare con la matricola Unità Produttiva del Consultorio di erogazione Si accettano Matricole Unità Produttive il cui codice attività sia 20733, 20739		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, L12		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 – Valore non presente tra quelli previsti L12 - Congruenza tra Mup, consultorio e data di erogazione			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Progressivo prestazione			27
DESCRIZIONE			
CAMPO CHIAVE			
Indica il numero progressivo univoco nell’ambito dell’accesso, identificativo della singola prestazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< ProgressivoPrestazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Numerico > 0 Univoco nell'ambito dell'accesso. Il campo fa parte della chiave, di conseguenza deve, con le altre chiavi formare un identificativo UNIVOCO.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03, N01, N02, N04, N05		
CORRETTEZZA LOGICA — CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F03 - Valore Non Numerico N01 - Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione) N04 - Prestazione individuale senza Contatto N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

nome del campo		Campo n°	
Area attività		28	
descrizione			
CAMPO CHIAVE Indica il codice Area di attività.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< AREAATTIVITA>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	Vedere tabella codifica aree prestazioni (Tabella Aree e prestazioni.xls)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, L15		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti L15 - Congruenza tra Area e Tipo prestazione			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

nome del campo		Campo n°	
Sottoarea		29	
descrizione			
Indica il codice Sottoarea di attività, ove prevista.			
xml		obbligatorietà e tracciati	
TAG	<SOTTOAREAATTIVITA>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Vedere tabella codifica sottoaree prestazioni (Tabella Aree e prestazioni.xls) Se dato mancante, indicare 9999.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

nome del campo		Campo n°	
Tipo prestazione		30	
descrizione			
Indica la tipologia di prestazione erogata.			
xml		obbligatorietà e tracciati	
TAG	< TIPOPRESTAZIONE >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Vedere tabella codifica tipologia prestazioni (Tabella Aree e prestazioni.xls)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, L15		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti L15 - Congruenza tra Area e Tipo prestazione			
osservazioni e precisazioni			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Codice regionale prestazione		31	
DESCRIZIONE			
Indica il codice regionale della prestazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<CodiceRegPrestazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	10		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Elenco delle prestazioni previste dalla DD numero 405 del 23/03/2021		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
CODICE CATALOGO DELLE PRESTAZIONI REGIONALI PREVISTE PER LE ATTIVITÀ DEL CONSULTORIO			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Numero di incontri totali previsti		32	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di incontri/prestazioni previsti per l'intervento/prestazione di gruppo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< NumeroIncontriPrevisti >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Individuale i Valori ammessi sono: • 1 se prestazione erogata in un unico incontro • In caso di prestazione che prevede più incontri, indicare il numero di incontri previsti Gruppo i Valori ammessi sono: • 1 se prestazione erogata in un unico incontro • In caso di prestazione che prevede più incontri, indicare il numero di incontri previsti • 99 se dato mancante		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03, L08		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F03 - Valore Non Numerico L08 - Congruenza tra Identificativo Ciclo e numero di incontri totali previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Data di prenotazione		33	
DESCRIZIONE			
Indica la data di prenotazione della prestazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< DataPrenotazione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	Formato ggmmaaaa. Se dato mancante, indicare 99999999. Se prestazione non soggetta a prenotazione indicare 88888888 Se presente, il controllo verificherà che esista un accesso con la stessa data, in caso contrario, in fase di verifica delle procedure ETL, verrà segnalata l'anomalia		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06, L03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F06 - Data non valida L03 - Congruenza tra data contatto, data di erogazione, data prenotazione e data di trasmissione del flusso			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Data di inizio ciclo prestazioni		34	
DESCRIZIONE			
Indica la data di erogazione della prima prestazione del ciclo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< DataInizioCicloPrestazioni >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	Se Numero di incontri totali previsti è maggiore di 1 il Formato è ggmmaaaa. Se dato mancante, indicare 99999999. Se prestazione non appartenente ad un ciclo indicare 88888888		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06, L09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F06 - Data non valida L09 - Congruenza tra data trasmissione e data inizio ciclo			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Data presunta fine del ciclo prestazioni		35	
DESCRIZIONE			
Indica la data presunta di chiusura del ciclo di prestazioni.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< DataPresuntaFinePrestazioni >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	Se Numero di incontri totali previsti è maggiore di 1 il Formato è ggmmaaaa. Se dato mancante, indicare 99999999. Se prestazione non appartenente ad un ciclo indicare 88888888		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F06 - Data non valida			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Sede prestazione		36	
DESCRIZIONE			
Indica il tipo di sede nel quale viene eseguita la prestazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< SedePrestazione >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	TRACCIATO SICOF_PREIND i Valori ammessi sono: 1 Consultorio 2 Domicilio 3 Scuola 4 Istituti penitenziari 5 Altro TRACCIATO SICOF_PREGRP i Valori ammessi sono : 1 Consultorio 2 Struttura comunale 3 Scuola 4 Istituto penitenziario 5 Centro sociale 6 Associazioni/Centri per la famiglia 7 Altro		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Mediazione culturale		37	
DESCRIZIONE			
Indica la necessità o meno di una mediazione culturale per l'esecuzione della prestazione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< MediazioneCulturale >	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Specificare se la prestazione è stata eseguita tramite l'intervento di un/una mediatore/trice culturale: 1 Si 2 No		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Prestazione/azione multiprofessionalità		38	
DESCRIZIONE			
Indica se la prestazione è eseguita tramite multiprofessionalità o monoprofessionalità.			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	< PrestazioneMultiProfessionale >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 1- Prestazione/azione con erogazione mono-professionale 2- Prestazione/azione con erogazione multiprofessionale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05, L10, L11		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti L10 - Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto L11 - Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Personale coinvolto 1		39	
DESCRIZIONE			
Indica la tipologia di personale coinvolto nella prestazione individuale o di gruppo			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< PersonaleCoinvolto_1 >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi: 1- Ostetrica/o 2- Ginecologo/a 3- Psicologo/a 4- Assistente sociale 5- Infermiere/a 6- Pediatra 7- Assistente sanitario/a 8- Altro		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 - Campo Obbligatorio Non Valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Personale coinvolto 2		40	
DESCRIZIONE			
Indica la tipologia di personale coinvolto nella prestazione individuale o di gruppo			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< PersonaleCoinvolto_2 >	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi: 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05, L10, L11		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F05 - Valore non presente tra quelli previsti L10 - Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto L11 - Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Personale coinvolto 3		41	
DESCRIZIONE			
Indica la tipologia di personale coinvolto nella prestazione individuale o di gruppo			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< PersonaleCoinvolto_3 >	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi: 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05, L10, L11		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F05 - Valore non presente tra quelli previsti L10 - Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto L11 - Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Personale coinvolto 4		42	
DESCRIZIONE			
Indica la tipologia di personale coinvolto nella prestazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< PersonaleCoinvolto_4 >	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi: 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05, L10, L11		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F05 - Valore non presente tra quelli previsti L10 - Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto L11 - Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Terzi coinvolti: 1° soggetto		43	
DESCRIZIONE			
Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< TerziCoinvolti_1>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3): Per attivazione di soggetti terzi si intende anche la prenotazione di appuntamenti per esami, visite o interventi direttamente dal consultorio presso altre strutture dell'Azienda. 1 Nessuno 2 Altri servizi sanitari (es. Ser.D, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3 Servizi sociali 4 Scuola 5 Servizi prima infanzia 6 Tribunale/organi giudiziari 7 Famiglia 8 Centri per la famiglia 9 Associazioni del terzo settore 10 MMG/PLS 11 Medico specialista 12 Centri antiviolenza 13 Consultori privati 14 Enti locali 15 Altro 99 Dato mancante		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 – Campo Obbligatorio Non valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Terzi coinvolti: 2° soggetto		44	
DESCRIZIONE			
Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< TerziCoinvolti_2>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3): Per attivazione di soggetti terzi si intende anche la prenotazione di appuntamenti per esami, visite o interventi direttamente dal consultorio presso altre strutture dell'Azienda. 1 Nessuno 2 Altri servizi sanitari (es. Ser.D, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3 Servizi sociali 4 Scuola 5 Servizi prima infanzia 6 Tribunale/organi giudiziari 7 Famiglia 8 Centri per la famiglia 9 Associazioni del terzo settore 10 MMG/PLS 11 Medico specialista 12 Centri antiviolenza 13 Consultori privati 14 Enti locali 15 Altro 99 Dato mancante		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 – Campo Obbligatorio Non valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Terzi coinvolti: 3° soggetto		45	
DESCRIZIONE			
Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< TerziCoinvolti_3>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	INDIV, GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3): Per attivazione di soggetti terzi si intende anche la prenotazione di appuntamenti per esami, visite o interventi direttamente dal consultorio presso altre strutture dell'Azienda. 1 Nessuno 2 Altri servizi sanitari (es. Ser.D, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3 Servizi sociali 4 Scuola 5 Servizi prima infanzia 6 Tribunale/organi giudiziari 7 Famiglia 8 Centri per la famiglia 9 Associazioni del terzo settore 10 MMG/PLS 11 Medico specialista 12 Centri anti violenza 13 Consultori privati 14 Enti locali 15 Altro 99 Dato mancante		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 – Campo Obbligatorio Non valorizzato F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Diagnosi rilevata		46	
DESCRIZIONE			
Indica la diagnosi rilevata dal soggetto richiedente indicato al campo 17 del tracciato 1.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< Diagnosi>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	VALUTAZIONE	TRACCIATO	INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Valorizzare secondo i codici ICD-9 CM della classificazione internazionale delle malattie inserendo un codice diagnosi completo		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute.		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Supporto sociale		47	
DESCRIZIONE			
Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< SupportoSociale >	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	VALUTAZIONE	TRACCIATO	INDIV
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Valori ammessi: 1 Presenza 2 Presenza parziale e/o temporanea 3 Non presenza		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F05 - Valore non presente tra quelli previsti			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Identificativo Iniziativa			48
DESCRIZIONE			
Codice progressivo che identifica l'iniziativa di appartenenza del gruppo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< IdIniziativa>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	INCONTRO	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	7		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Numerico > 0 Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03, N01, N02, N05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 – Campo Obbligatorio Non valorizzato F03 - Valore Non Numerico N01 – Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione) N02 – Chiave duplicata (Inserimento) N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Identificativo Incontro			49
DESCRIZIONE			
Indica il numero dell'incontro svolto rispetto a quelli previsti per l'iniziativa di gruppo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< IdIncontro>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	INCONTRO	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	7		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Numerico > 0 Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03, N01, N02, N05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 – Campo Obbligatorio Non valorizzato F03 - Valore Non Numerico N01 – Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione) N02 – Chiave duplicata (Inserimento) N05 - Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Data Incontro			50
DESCRIZIONE			
Indica la data di svolgimento dell'incontro di gruppo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< DataIncontro>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	INCONTRO	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	Formato: ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06, L13, L14		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 – Campo Obbligatorio Non valorizzato F06 – Data non valida L13 – Congruenza tra Data trasmissione e Data incontro L14 - Congruenza Data incontro, data inizio iniziativa e data presunta fine iniziativa			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Data di inizio iniziativa			51
DESCRIZIONE			
Indica la data di erogazione della prima prestazione del ciclo.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< DataInizioIniziativa>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	A		
VALORI AMMESSI	Formato ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06, L13, L14		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 – Campo Obbligatorio Non valorizzato F06 – Data non valida L13 – Congruenza tra Data trasmissione e Data incontro L14 - Congruenza Data incontro, data inizio iniziativa e data presunta fine iniziativa			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Data presunta fine iniziativa			52
DESCRIZIONE			
Indica la data presunta di chiusura del ciclo di prestazioni			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< DataPresuntaFineIniziativa>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Formato ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06, L14		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 – Campo Obbligatorio Non valorizzato F06 – Data non valida L14 - Congruenza Data incontro, data inizio iniziativa e data presunta fine iniziativa			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
N° utenti coinvolti		53	
DESCRIZIONE			
Indica il n° di utenti coinvolti			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< NumUtentiCoinvolti>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Numerico > 0		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F01 – Campo Obbligatorio Non valorizzato F03 - Valore Non Numerico			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
N° utenti con cittadinanza straniera		54	
DESCRIZIONE			
Indica il n° di utenti con cittadinanza straniera coinvolti			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< NumUtentiStranieri>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti con cittadinanza straniera		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F03 - Valore Non Numerico			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
N° utenti minorenni		55	
DESCRIZIONE			
Indica il n° di utenti minorenni coinvolti			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< NumUtentiMinorenni>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti minorenni		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F03 - Valore Non Numerico			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
N° utenti maschi		56	
DESCRIZIONE			
Indica il n° di utenti maschi coinvolti			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< NumUtentiMaschi>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti maschi		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F03 - Valore Non Numerico			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
N° utenti femmine		57	
DESCRIZIONE			
Indica il n° di utenti maschi coinvolti			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< NumUtentiFemmine>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	PRESTAZIONE	TRACCIATO	GRUPPO
CAMPO RIPETIBILE			
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti femmine		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
F03 - Valore Non Numerico			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

7. CONTROLLI

Il presente capitolo riporta le specifiche dei controlli eseguiti dal sistema centralizzato di controllo sui dati delle Prestazioni Consultoriali.

Per i controlli formali è riportata la semplice descrizione del controllo.

Per tutti gli altri controlli le tabelle che seguono riportano il codice del controllo, la sua descrizione sintetica (presente anche nelle restituzioni) e i campi interessati dall'algoritmo di controllo (numero e nome).

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

- F formale
- N bloccante
- L logico

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

7.1 Controlli Formali (tipo F)

CODICE	DESCRIZIONE CONTROLLO	NOTE
F01	Campo Obbligatorio Non Valorizzato	ok
F03	Valore Non Numerico	ok
F05	Valore non presente tra quelli previsti	ok
F06	Data non valida	ok
F07	Campo Formalmente Errato	ok
F08	Valore non alfabetico	ok

7.2 Controlli Bloccanti (tipo N)

CODICE	DESCRIZIONE CONTROLLO	NOTE
N01	Elaborazione evento negata per chiave non trovata (Cancellazione, Sostituzione)	ok
N02	Chiave duplicata (Inserimento)	ok
N04	Prestazione individuale senza Contatto	ok
N05	Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto	ok

7.3 Controlli Logici (tipo L)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
L01	Congruenza tra ASL di residenza e regione di residenza Il codice dell'Asl di residenza deve essere congruente rispetto al codice regione di residenza	12	Regione di residenza
		14	Asl di residenza
L02	Congruenza tra Comune di residenza, Regione di residenza Il codice del Comune di residenza deve essere congruente rispetto al codice regione di residenza	14	Asl di residenza
		12	Regione di residenza
L03	Congruenza tra data contatto, data di erogazione, data prenotazione e data di trasmissione del flusso La data di trasmissione del flusso non deve essere antecedente a: • Data contatto • Data di erogazione • Data prenotazione	/	Data trasmissione
		20	Data contatto
		24	Data di erogazione
		33	Data prenotazione
L04	Congruenza tra codice consultorio di erogazione e codice Asl di erogazione Il codice del consultorio di erogazione deve essere attivo presso l'Asl di erogazione	22	Codice Consultorio di erogazione
		21	Asl di erogazione
L05	Congruenza anonimato Se l'assistito è anonimo: • il codice fiscale deve essere "9999999999999999" • il cognome = "ANONIMO" • il nome = "ANONIMO"	02	Cognome
		03	Nome
		04	Codice fiscale
L06	Congruenza tra data contatto, data prenotazione, data di erogazione della prestazione La data del contatto non deve essere successiva alla data di erogazione della prestazione La data del contatto non deve essere antecedente alla data di prenotazione La data di prenotazione non deve essere successiva alla data di erogazione	20	Data contatto
		24	Data di erogazione
		33	Data prenotazione
L07	Congruenza tra Identificativo Accesso e Identificativo nucleo Sia nel tracciato del contatto (SICOF_CONTATTO) che nel tracciato della prestazione individuale (SICOF_PREIND) L'identificativo contatto e l'identificativo nucleo non devono	17	Identificativo accesso

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	essere valorizzati contemporaneamente. - Nel caso di prestazioni a piccoli gruppi andrà valorizzato l'identificativo nucleo. - Nel caso di prestazioni individuali andrà valorizzato l'identificativo accesso	18	Identificativo nucleo
L08	Congruenza tra Identificativo Ciclo e numero di incontri totali previsti Se l'identificativo ciclo è valorizzato allora il numero di incontri totali previsti deve essere >1	23	Identificativo Ciclo
		32	Numero di incontri totali previsti
L09	Congruenza tra data trasmissione e data inizio ciclo Se presente la data inizio ciclo, questa deve essere minore o uguale alla data trasmissione	34	Data inizio ciclo prestazioni
L10	Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto Se multiprofessionalità=2, almeno uno dei seguenti campi deve essere valorizzato: - Personale coinvolto 2 - Personale coinvolto 3 - Personale coinvolto 4	38	Prestazione/azione multiprofessionalità
		40	Personale coinvolto 2
		41	Personale coinvolto 3
		42	Personale coinvolto 4
L11	Congruenza tra prestazione multiprofessionalità e personale coinvolto Se multiprofessionalità=1, i seguenti campi non devono essere valorizzati: - Personale coinvolto 2 - Personale coinvolto 3 - Personale coinvolto 4	38	Prestazione/azione multiprofessionalità
		40	Personale coinvolto 2
		41	Personale coinvolto 3
		42	Personale coinvolto 4
L12	Congruenza tra Mup, consultorio e data di erogazione L'unità produttiva identificata dalla matricola deve: - Appartenere al consultorio erogante - Essere attiva alla data di erogazione della prestazione	26	MUP erogazione
		24	Data di erogazione
		22	Codice Consultorio di erogazione
L13	Congruenza tra Data trasmissione e Data incontro La data di trasmissione del flusso non deve essere antecedente a: - data incontro - data inizio iniziativa	/	Data trasmissione
		50	Data incontro
		51	Data inizio iniziativa
L14	Congruenza Data incontro, data inizio iniziativa e data presunta fine iniziativa La data inizio iniziativa deve essere = o antecedente all'incontro La data presunta fine iniziativa deve essere successiva o uguale a: - Data inizio iniziativa - Data incontro	50	Data incontro
		51	Data inizio iniziativa
		52	Data presunta fine iniziativa

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	6
1.3	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	6
1.4	CONCETTI PRINCIPALI	6
2	REGOLE DI COMPILAZIONE	8
3	TIPO DI CONTROLLI	9
3.1	CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD	9
3.2	CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE	9
3.3	CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA	9
4	Note di COMPILAZIONE	10
4.1	CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE	10
4.1.1	CANCELLAZIONE	10
4.1.1.1	FLUSSO “B”	10
4.1.1.2	FLUSSI “C4”, “C5”	10
4.1.1.3	FLUSSI “C2” E COMPONENTE ANAG	10
4.1.1.4	FLUSSO “C” E COMPONENTE ANAG	11
4.1.2	SOSTITUZIONE	11
4.1.2.1	FLUSSO “B”	11
4.1.2.2	FLUSSO “C4”, “C5”	11
4.1.2.3	FLUSSI “C2” E COMPONENTE ANAG	12
4.1.2.4	FLUSSO “C” E COMPONENTE ANAG	12
4.1.2.5	SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA	12
4.2	FLUSSO “C” – BRANCA DI EROGAZIONE	13
4.3	FLUSSO “C” – LIBERA PROFESSIONE	13
4.4	NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA	13
4.5	FILE C2 – PRECISAZIONI	16
4.6	FLUSSO B – PRECISAZIONI	16
4.7	RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE	16
4.8	TRACCIATI RECORD	17
4.9	Tracciato anagrafico	19
4.10	Tracciato B	21
4.11	Tracciato C	22
4.12	Tracciato C2	24
4.13	Tracciato C4	26
4.14	Tracciato C5	28
5	SCHEDE ANALITICHE	32
6	SCHEDE DEI CONTROLLI	149
6.1	Controlli Logici (tipo L)	149
6.2	Controlli Formali (tipo F)	165
6.3	Controlli Bloccanti (tipo N)	165
6.4	Segnalazioni (Warning)	166
	Segnalazioni (Alert)	167
7	TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI	168
8	INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI	169
9	TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI	169
10	TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	171

1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 CRONOLOGIA DEL DOCUMENTO

Versione	Variazioni
Gennaio 2025	<u>in riferimento alla D.D 868 del 11/12/2024 sulla specialistica ambulatoriale</u> Flusso C -Inseriti i nuovi controlli: LX8, LH1 -Modificati i controlli: L05, L10, L16, L18, L19, L21, L49, L50, L51, L57, L73, L77, L80, L96, LB9, LD0, LD1, LD5, LD7, L03 -Modificata sezione “controlli applicati” delle schede: 52.1, 52.2, 52.3, 67.0, 68.0, 112.0 -Modificata la sezione “Osservazioni e precisazioni” della scheda: 19.0, 17.0, 127.0 -Controlli non più validi: LE9 -Modificato il paragrafo “ 4.4 NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA” ***** Flussi C2, C4, C5 -Modifica ai tracciati delle prestazioni C2, C4, C5 Aggiunta campo 127.0 “Codice prestazione new” ***** <u>Modifiche al flusso C2 con modifiche relative al DECRETO 5 luglio 2024 sulla violenza di genere (EMUR Specifiche Funzionali v10 Settembre 2024.docx)</u> Inserite nel tracciato C2 le nuove schede campo: 128.0 - Violenza al Triage 129.0 - Violenza 130.0 - Relazione Vittima autore 131.0 - Vittima di atti persecutori 132.0 - Tipologia Violenza - Fisica 133.0 - Tipologia Violenza - Sessuale 134.0 - Tipologia Violenza - Psicologica 135.0 - Tipologia Violenza - Economica 136.0 - Violenza assistita 137.0 - Somministrazione Questionario Brafed 138.0 - Esito Valutazione Brafed 139.0 - Percorso territoriale antiviolenza Modificata scheda : 96.0 Modalità di arrivo Aggiunti i nuovi controlli: LH2, LH3, LH4

Giugno 2024	Flusso C – in riferimento alla DD 395 del 12/06/2024 aggiornato controllo formale campo 57.0 Modalità d'erogazione
Febbraio 2024	Flusso C – inserito nuovi controlli LX5, LX6, LX7 di coerenza con la prescrizione NRE per i seguenti campi: tipo accesso, data prescrizione e classe priorità.
Marzo 2022	Flusso C – inserito nuovo controllo LE9 - Congruenza tra codice esenzione CV2123, cod. prestazione e codice catalogo.
Febbraio 2022	Flusso C2 – inserito nuovo controllo LG9 - Congruenza tra età dell'assistito e Problema clinico principale OBI.
Dicembre 2021	Flusso C – in riferimento alla DD n. 405 del 23/05/2021 per la rilevazione dell'attività dei consultori inserito tracciato con modalità di compilazione. Flusso C2 – in riferimento alla D.G.R 7-3088 del 16/04/2021: inserito nuova codifica per i campi 99.0-Triage accesso PS e 74.0-Codice colore alla dimissione; modificato l'elenco dei codici ICD-IX-CM previsti per il campo 123.0-Problema clinico principale OBI.
Maggio 2021	Flusso C2– implementato nuovo controllo LG8 – Congruenza tra modalità dimissione 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

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

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) 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 dà 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 (divenuta branca 12 per le impegnative con data prescrizione dal 30/12/2024) alle prescrizioni 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:

- (BRANCA 98 - IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)
 - ✓ 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.

- (BRANCA 11 - IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO DAL 30/12/2024)
 - ✓ Per le prestazioni di laboratorio in branca 11 il campo quantità della riga del record anagrafico può arrivare a 9 in presenza dei codici prelievo 91.48.4 , 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4A.
In tutti gli altri casi il numero massimo di prestazioni è 8

- (BRANCA 56 - IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)
 - ✓ 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).

- (BRANCA 12 - IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024)
 - ✓ Per la branca 12 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 93043.0, 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5A (valut.funzioni corticali superiori -comunicazione) e 93.01.6A (valut.funzioni corticali superiori - motori sensitivi). 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 93.01.7A, 93.01.8A, 93.01.9A, 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 LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)
- 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 IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024).
- 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 - (PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)).

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 paziente	AN	3	296	298	CON	NV	
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 ricotta	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
140.0	Identificativo Prenotazione CUP	AN	15	128	142		NOB
	Filler	AN	8	143	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.

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	DALLE ELABORAZIONI DEL 17 febbraio 2025 NON valorizzare (sostituito dal campo 127.0)	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
127.0	Codice prestazione new	AN	10	213	222	Indicare il codice prestazione	OBB
128.0	Violenza al Triage	N	1	223	223		OBB
129.0	Violenza	N	1	224	224		OBB
130.0	Relazione Vittima autore	N	2	225	226		CON
131.0	Vittima di atti persecutori	N	1	227	227		CON
132.0	Tipologia di violenza - Fisica	N	1	228	228		CON
133.0	Tipologia di violenza - Sessuale	N	1	229	229		CON
134.0	Tipologia di violenza - Psicologica	N	1	230	230		CON
135.0	Tipologia di violenza - Economica	N	1	231	231		CON
136.0	Violenza assistita	N	1	232	232		CON
137.0	Somministrazione Questionario Brafed	N	1	233	233		CON
138.0	Esito valutazione Brafed	N	1	234	234		CON
139.0	Percorso territoriale antiviolenza	N	1	235	235		CON
	Filler	AN	15	236	250		NV

(*)

- Dovranno essere inviate tutte le prestazioni di pronto soccorso, **comprese quelle seguite da ricovero**; le prestazioni erogante 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	DALLE ELABORAZIONI DEL 17 febbraio 2025 NON valorizzare (sostituito dal campo 127.0)	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
127.0	Codice prestazione new	AN	10	127	136	Indicare il codice prestazione	OBB
	Filler	AN	14	137	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	DALLE ELABORAZIONI DEL 17 febbraio 2025 NON valorizzare (sostituito dal campo 127.0)	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
127.0	Codice prestazione new	AN	10	105	114	Indicare il codice prestazione	OBB
	Filler	AN	36	115	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)

4.15 Tracciato anagrafico – Attività Consultori

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante
03.1	Ente inviante del flusso	AN	8	4	11	Codice struttura erogatrice STS.11 del consultorio
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	Indica il tipo di tracciato record (C)
04.0	Codice medico prescrittore	AN	16	14	29	Da valorizzare con il codice STS11 del consultorio presso il quale viene effettuata la prestazione
05.0	Cognome	AN	30	30	59	Prevista eventuale indicazioni di paziente anonimo secondo le regole indicate per le prescrizioni autoimpegnative.
06.0	Nome	AN	20	60	79	Prevista eventuale indicazioni di paziente anonimo secondo le regole indicate per le prescrizioni autoimpegnative.
76.0	Istituto provenienza	AN	8	80	87	Campo da non valorizzare
77.0	Istituto destinazione	AN	8	88	95	Campo da non valorizzare
08.0	Cod. fiscale	AN	16	96	111	Prevista eventuale indicazioni di paziente anonimo secondo le regole indicate per le prescrizioni autoimpegnative.
09.0	Sesso	AN	1	112	112	
10.0	Data di nascita	AN	8	113	120	
11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza	AN	6	121	126	
12.0	ASL di residenza	AN	3	127	129	Codice dell'ASL di residenza dell'assistito.
13.0	Numero ricetta	AN	16	130	145	Utilizzare modello e formato della ricetta Autoimpegnativa
20.0	Importo Ticket	N	7	146	152	Valorizzare con zero.
21.0	Importo totale	N	8	153	160	Valorizzare con zero.
40.0	Tipo movimento	AN	1	161	161	S: sostituzione, C: cancellazione, SPAZIO: primo invio
38.0	Identificativo esterno	AN	20	162	181	
47.0	Quantità totale prestazioni	N	3	182	184	
48.0	Scheda Intervento 118	AN	12	185	196	
	Filler	AN	1	197	197	
52.0	Codice struttura progetto					Campo da non valorizzare
52.1	Codice istituto	AN	6	198	203	Campo da non valorizzare
52.2	Codice disciplina	AN	2	204	205	Campo da non valorizzare
52.3	Progressivo divisione	AN	2	206	207	Campo da non valorizzare
61.0	Cittadinanza	AN	3	208	210	
62.0	Regione di residenza	AN	3	211	213	
63.0	ID Cittadino	AN	20	214	233	
64.0	Codice istituzione competente	AN	28	234	261	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
65.0	Nr. Identificativo tessera	AN	20	262	281	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
66.0	Tipo medico prescrittore	AN	2	282	283	Campo non attivo
67.0	Data prescrizione	AN	8	284	291	Compilare con le regole previste per il flusso C per le ricette autoimpegnative

70.0	Priorità della prescrizione	AN	1	292	292	Indicare il valore 'P'.
71.0	Tipo ricetta	AN	2	293	294	
69.0	Tipologia di prescrizione	AN	1	295	295	Valorizzare con 'A'.
83.0	Codice Percorso paziente	AN	3	296	298	Valorizzare con '037'.
78.0	Data scadenza TEAM	AN	8	299	306	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
79.0	Qualifica beneficiario	AN	1	307	307	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
80.0	Codice riferimento normativo	AN	4	308	311	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
81.0	Codice Attestato	AN	4	312	315	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
60.0	Provenienza assistito	AN	1	316	316	Campo da non valorizzare
84.0	Stampa PC	AN	1	317	317	
	Filler	AN	3	318	320	
91.0	Flag ricetta non completa	AN	1	321	321	
93.0	Onere spesa	AN	1	322	322	
33.0	Scheda Nosologica	AN	10	323	332	Campo da non valorizzare
114.0	Data progetto riabilitativo	AN	8	333	340	Campo da non valorizzare
115.0	Ricetta Precedente	AN	16	341	356	
117.0	Flag Ricetta Interna	AN	1	357	357	Compilare con spazio.
	Filler	AN	43	358	400	

4.16 Tracciato prestazioni – Attività Consultori

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice struttura erogatrice STS11 del consultorio
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31	
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (C)
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35	
15.0	Data di effettuazione della prestazione	AN	8	36	43	Compilare secondo le regole previste per il flusso C
17.0	Codice prestazione	AN	7	44	50	Valorizzare con spazio.
18.0	Quantità	N	3	51	53	Indicare il numero effettivo di prestazioni erogate
21.0	Importo totale	N	8	54	61	Valorizzare con zero.
24.0	Data inizio ciclo	AN	8	62	69	Da compilare solo nel caso in cui il codice catalogo individui un ciclo.
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	70	73	Compilare secondo le regole previste per il flusso C
25.0	Codice Branca	AN	2	74	75	Valorizzare con il codice '99'.
	Filler	AN	1	76	76	
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	77	78	Valorizzare con '22'.
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	79	88	Campo da non valorizzare
40.0	Tipo movimento	AN	1	89	89	Compilare secondo le regole previste per il flusso C
53.0	Codice disabilità	N	1	90	90	Campo da non valorizzare
29.0	Codice diagnosi	AN	5	91	95	Campo da non valorizzare
59.0	Luogo di Erogazione	AN	1	96	96	Compilare secondo le regole previste per il flusso C
68.0	Data prenotazione	AN	8	97	104	Compilare secondo le regole previste per il flusso C per le autoimpegnative.
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	105	110	Valorizzare con la MUP del consultorio.
	Filler	AN	3	111	113	
92.0	Flag Positività esame batteriologico	AN	1	114	114	Compilare secondo le regole previste per il flusso C
112.0	Tipo Accesso	AN	1	115	115	Compilare secondo le regole previste per il flusso C
113.0	Garanzia Tempi Massimi	AN	1	116	116	Compilare secondo le regole previste per il flusso C
57.0	Modalità di erogazione	AN	1	117	117	Compilare secondo le regole previste per il flusso C
118.0	Codice Catalogo Prestazione	AN	10	118	127	Elenco delle prestazioni previste dalla DD n. 405 del 23/03/2021.
	Filler	AN	23	128	150	

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 <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . 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 0 del documento.
Osservazioni e Precisazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		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"

- 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			
	Modalità		N° Scheda Rif.
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](#) (per accedere è necessario avere le credenziali). La tabella Strutture è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi)"

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.
C	OBB		03.2
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 accedere è necessario avere le credenziali). La tabella Strutture è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi)"

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. Per codice percorso paziente '037': valorizzare con il codice STS11 del consultorio presso il quale viene effettuata la prestazione.

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 medici presente sul sistema [PADDI](#) (per accedere è necessario avere le credenziali). La tabella medici è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabelle istituti pubblici"

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	OBB		05.0
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

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

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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		06.0
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			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		08.0
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

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

Per il tracciato ANAG C2:

L30 – Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione

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

Per tutti i tracciati C2 e B

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

Per il tracciato B:

L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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”.

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”.

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:

- 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		09.0
NOME CAMPO: Sesso			

DESCRIZIONE CAMPO

Sesso dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

I valori sono stati uniformati al flusso dei Dimessi;

1- Maschio

2- Femmina

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	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

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

Per i tracciati ANAG C:

L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita

Per i tracciati ANAG:

L04 – Congruenza tra data di nascita e data erogazione della prestazione

Tracciato B

L46 – Congruenza tra data di nascita e inizio assistenza

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

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

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella 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.

CONTROLLI APPLICATI

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

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

Per i tracciati B, ANAG C2:

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

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

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

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		12.0
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			N° Scheda Rif.
	Modalità		13.0
ANAG	OBB		
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 ricetteSSNeSASN 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 impegnativeinterneoaccessodirettocartacee 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)

Perimpegnativeprescritteindematerializzata 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)

Perprestazioniprescritteconl'AgendadiGravidanza 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 codicepercorsopaziente'037': utilizzare il modello e il formato della ricetta impegnativa interna.

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		14.0
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: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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

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

Per i tracciati C, C2:

L04 – Congruenza tra data di nascita e data erogazione della prestazione

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

Per i tracciati C, C2:

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C: nel caso di un ciclo di prestazioni, riportare la data dell'ultima prestazione del ciclo

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)

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		17.0
C2			
C4			
C5			
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

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 codice percorso paziente '037': valorizzare con spazio.

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"

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

CONTROLLI APPLICATI

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.

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

Per tracciato C2:

- LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

Per tracciato C e C2:

- L75 – Congruenza tra codice emocomponenti e flussi C e C2

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 '0000000' nel caso di accesso in pronto soccorso non seguito dall'erogazione della prestazione (modalità di dimissione A o M)

Per il tracciato C:

Se anche UN SOLO codice prestazione della ricetta è lungo 8 caratteri, questo campo non deve essere compilato. In questo caso occorre valorizzare SOLO il campo "Codice catalogo prestazione"(118.0) per tutte le prestazioni della ricetta.

Per i tracciati C2, C4, C5:

DALLE ELABORAZIONI DEL 17 febbraio 2025 NON valorizzare (sostituito dal campo 127.0)

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
B	OBB		18.0
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			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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

LE8 – Congruenza tra codice percorso paziente, posizione utente nei confronti del ticket e codice branca

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 (**valido per le impegnative con data prescrizione fino al 29/12/2024**)

22 – esente per percorso consultorio (cod. percorso paziente '037')

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	OBB		21.0
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C5	OBB		
NOME CAMPO: Importo totale			

DESCRIZIONE CAMPO

Per il tracciato B: l'importo totale è uguale al prodotto tra il campo quantità e il valore fisso 11,00 Euro.

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.

Per codice percorso paziente '037': valorizzare con zero.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: N

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

TABELLE DI RIFERIMENTO: nomenclatore tariffario regionale ove previsto.

La tabella è presente sul sistema [PADDI](#) (per accedere è necessario avere le credenziali)

. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tariffario_Regionale_Prestazioni

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati B, C2, C5:

L11 – Congruenza tra importo totale, quantità

Per il tracciato C2:

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il formato degli importi deve essere NNNNN,NN

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

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.

Per il tracciato C5: gli importi sono quelli previsti dal Nomenclatore Tariffario regionale **ovvero oppure** dagli importi previsti dalle convenzioni tra le Aziende.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		23.0
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	OBB		25.0
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

Per codice percorso paziente '037': valorizzare con codice '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”

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

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	CON		33.0
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.
B	OBB		35.0
NOME CAMPO: Data inizio assistenza			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data iniziale di assistenza del medico di medicina generale o 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

L46 – Congruenza tra data nascita e data di inizio assistenza

L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Vedi paragrafo 4.6 FLUSSO B – PRECISAZIONI FLUSSO B – PRECISAZIONI

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"

- 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		38.0
B	OBB		
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

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

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:

- 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)

Non sono ammessi caratteri speciali, spazi, lettere minuscole, simboli;

Tracciati B, C4, C5:

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		39.0
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

Il campo deve essere compilato nei seguenti casi :

- 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**

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.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	NOB		40.0
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"

- 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		43.0
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) – Tabelle istituti pubblici

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati C e C2:

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

Per il tracciato C

SA2 – Congruenza tra posizione utente ticket, data prescrizione, codice esenzione e codice fiscale per esenzioni da reddito per cod. esenzione 'E10':

LE7 – Congruenza tra codice esenzione, data prescrizione e codice fiscale per esenzione in Aura

Per cod. esenzione 'CV2123':

LE9 – Congruenza tra codice esenzione, codice prestazione e codice catalogo

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C5	OBB		45.0
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 accedere è necessario avere le credenziali). La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi)"

CONTROLLI APPLICATI

Flusso C5:

L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda richiedente

L33 – Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

(*) Il controllo del codice istituto richiedente viene effettuato solo se la regione richiedente è il Piemonte.

Il codice '99999999' deve essere utilizzato per le aziende non sanitarie e può essere indicato nel solo flusso C5

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
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.
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

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:

- 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)

Alcuni esempi:

01BK597201 03HF634201 99RK243502

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C4	CON		49.0
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 accedere è necessario avere le credenziali). La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi)".

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 o nuova BRANCA 12, codice disciplina e progressivo divisione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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;
- 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;
- 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		52.2
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 o nuova BRANCA 12, codice disciplina e progressivo divisione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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 omissso;
- 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 omissso;
- 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

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 o nuova BRANCA 12, codice disciplina e progressivo divisione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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.

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

TRACCIATO		

	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		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		55.0
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	CON		57.0
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, L

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

LF7 - 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

L: prestazioni erogate attraverso l'utilizzo delle risorse aggiuntive per le Liste di Attesa (rif. DD 395 del 12/06/2024)

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	CON		60.0
ANAG - C2	OBB		
NOME CAMPO: Provenienza assistito			

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

Flusso C

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

Flusso C2

L53 – Congruenza tra provenienza assistito, medico proscrittore e data prescrizione.

L93 – Congruenza tra codice istituto provenienza e provenienza assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
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		
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.
ANAG	CON		63.0
NOME CAMPO: ID Cittadino			

DESCRIZIONE CAMPO

Indicare il “Numero di identificazione personale” di cui al campo nr. 6 dalla Tessera Europea di Assicurazione di Malattia (TEAM)

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 10.

CONTROLLI APPLICATI

L90 – Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valorizzabile per i Cittadini di Stati appartenenti all'U.E., allo S.E.E. o alla Confederazione Svizzera (CH), non in possesso di Codice fiscale e dotati di Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM), con il Codice di identificazione personale del titolare TEAM a 20 caratteri alfanumerici di lunghezza massima – rilevato dallo spazio6dellatessera.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – C	OBB		66.0
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

I valori ammessi sono i seguenti:

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – C	OBB		67.0
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

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

LX6 - Congruenza tra data prescrizione e data compilazione della ricetta NRE

LX8 - Validità ricetta alla data di prenotazione

Per il tracciato C2:

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

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		68.0
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

LX8 - Validità ricetta alla 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

“S” : suggerita; indica se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero.

“A” : altro

Tale informazione deve essere dedotta dalla biffatura dell'apposita casella della nuova ricetta.

Per impegnative interne o accesso diretto del paziente indicare “A”.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - C	OBB		70.0
NOME CAMPO: Priorità della prescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO

Priorità della prescrizione

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: U, B, D,P

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LX7 - Coerenza con classe priorità della ricetta NRE

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Indicare:

“U” – per “urgente”: da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore

“B” – per “breve”: da eseguire entro 10 giorni

“D” – per “differita”: da eseguire

- entro 15 o 30 giorni per le visite

- entro 30 o 60 giorni per gli accertamenti specialistici

“P” – per “programmata”

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.

Per codice percorso paziente ‘037’: compilare con “P”.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		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.
C2	OBB		73.0
NOME CAMPO: Modalità di dimissione			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica le modalità con le quali viene dimesso il paziente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 0, 1, 2 ,5 ,6 , 7, 8, A, M

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L92 – Congruenza tra Modalità di dimissione e istituto di destinazione

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

LE1– Congruenza tra scheda di ricovero e modalità di dimissione

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

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

LE5– Congruenza tra motivo trasferimento e modalità di dimissione

LG8–Congruenza tra modalità di dimissione e data/ora Indicazione al ricovero/dimissione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Codici ammessi

0 : ricoverato nella stessa struttura

1 : deceduto

2 : dimissione a domicilio

5: rifiuta il ricovero

6 : trasferito ad altra struttura di ricovero

7 : trasferito in altra struttura (RSA - RAF - Ospedale di comunità, ecc.)

8 : trasferito in altro Pronto Soccorso della stessa Azienda

A: solo accesso, senza erogazione di prestazioni

M: solo accesso, senza erogazione di prestazioni, seguito da parte del MMG presente in pronto soccorso.

Nota bene: le prestazioni di pronto soccorso seguite da ricovero nella stessa struttura, codificate con il valore “0” del presente campo, verranno espone in un apposito report della sito extranet, in quanto i valori economici di tali prestazioni rientrano nell’ambito del DRG relativo al ricovero effettuato e non contribuiscono a determinare il valore della produzione afferente il flusso C2.

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: A,B,C,D,E

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

Valori ammessi, a partire dalla competenza 2022 :

A : Rosso – Emergenza

B : Arancione – Urgenza

C : Azzurro – Urgenza differibile

D : Verde – Urgenza minore

E : Bianco – non urgenza

Solamente 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.

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](#) (per accedere è necessario avere le credenziali). La tabella è disponibile nell’area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi)”.
La tabella degli istituti fuori Regione è presente nell’excel allegato nel foglio denominato “TAB 06”.

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](#) (per accedere è necessario avere le credenziali). La tabella è disponibile nell’area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi)”.
La tabella degli istituti fuori Regione è presente nell’excel allegato nel foglio denominato “TAB 06”.

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).

NOME CAMPO: Qualifica BeneficiarioIndica il codice della qualifica del beneficiario

TABELLE DI RIFERIMENTO:

L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

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	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

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		82.0
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, diabetologico o del consultorio.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: “064”, “085”, ”037”

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LE8 – Congruenza tra codice percorso paziente, posizione utente nei confronti del ticket e codice branca

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Attualmente valorizzabile:

- per soggetti inseriti in un percorso oncologico CAS/GIC: indicare il valore ‘064’
- per soggetti inseriti in un percorso diabetologico: indicare il valore ‘085’
- per soggetti inseriti in un percorso del consultorio: indicare il valore ‘037’

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		92.0
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, 90.94.3, 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, 91.07.5, 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

I valori ammessi sono i seguenti:

- A: Spesa a carico del SASN
- I: Spesa a carico del Ministero dell'Interno
- M: Spesa a carico del Ministero della Salute
- S: Spesa a carico del SSN

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		95.0
NOME CAMPO: Ora Entrata PS			

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: 1,2,3,4,5,6,7,8,9

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.)
- 8: Accompagnata (operatrici centri antiviolenza o servizi pubblici o privati)
- 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			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	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 'Problema principale' 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: A,B,C,D,E

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valori ammessi, a partire dalla competenza 2022 :

A : Rosso – Emergenza

B : Arancione – Urgenza

C : Azzurro – Urgenza differibile

D : Verde – Urgenza minore

E : Bianco – non urgenza

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

Per il tracciato C2:

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		106.0
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

- 1: In continuità di soccorso
- 2: Per mancanza di posto letto
- 3: Ritorno all'ospedale che ha richiesto la consulenza

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OSP		107.0
NOME CAMPO: Codice diagnosi secondaria 1			

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”

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

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		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” • <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”

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

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

LX5 - Coerenza con tipo accesso della ricetta NRE

LX8 - Validità ricetta alla data di prenotazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valori ammessi:

- 0: indica altro accesso
- 1: indica primo accesso

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		113.0
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:

- 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	CON		114.0
NOME CAMPO: Data progetto riabilitativo			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data del Progetto Riabilitativo Individuale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA:8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Codice di prestazione esistente nell'anno di erogazione

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		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	CON		116.0
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	CON		117.0
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	CON		118.0
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.

Per codice percorso paziente '037': elenco delle prestazioni previste dalla DD 405 del 23/03/2021.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA:10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella del catalogo prestazioni.

Per cod. percorso paziente '037' la tabella è reperibile nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 10".

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

Il campo sarà rilevato dalle prescrizioni a partire dalle prescrizioni del 01 Ottobre 2016.

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

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		121.0

NOME CAMPO: Data Indicazione al ricovero/dimissione

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il giorno in cui si dà 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 :

- 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		122.0
NOME CAMPO: Ora Indicazione al ricovero/dimissione			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'ora in cui si dà 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_OBI			

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 Problema clinico principale OBI** (elenco tab. A per pazienti adulti, elenco tab. B per pazienti pediatrici) presente sul sistema [PADDI](#) (per accedere è necessario avere le credenziali). La tabella è disponibile nell’area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabelle istituti pubblici”.

CONTROLLI APPLICATI

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

LG9 - Congruenza tra età dell’assistito e Problema clinico principale

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	CON		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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		127.0
C4	OBB		
C5	OBB		
NOME CAMPO: Codice prestazione new			

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: 10

FORMATO: AN

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 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"

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

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati 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

Per tracciato C2:

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

Per tracciato C2:

L75 – Congruenza tra codice emocomponenti e flussi C e C2

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C2: nell'ambito della rilevazione valorizzare '0000000' nel caso di accesso in pronto soccorso non seguito dall'erogazione della prestazione (modalità di dimissione A o M)

Per il tracciato C2,C4,C5:

DALLE ELABORAZIONI DEL 17 febbraio 2025 valorizzare questo campo in sostituzione del campo 17.0 -codice prestazione.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		128.0
NOME CAMPO: Violenza al Triage			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se sono ravvisabili elementi per una violenza di genere al momento del Triage

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. Dichiarata
2. Non dichiarata ma sospetta
3. No

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C2

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C2:

L'obbligatorietà di tale campo è a partire dai dati conferiti dal 1 agosto 2025

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		129.0
NOME CAMPO: Violenza			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se sono ravvisabili elementi per una violenza di genere

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. Dichiarata
2. Non dichiarata ma sospetta
3. No

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C2

LH2 - Congruenza tra Violenza e Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza Psicologica, Tipologia Violenza economica ,Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza

LH4 - Congruenza tra Violenza e Relazione vittima autore

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C2:

L'obbligatorietà di tale campo è a partire dai dati conferiti dal 1 agosto 2025

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		130.0
NOME CAMPO: Relazione vittima autore			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di relazione tra la vittima ed il presunto autore della violenza

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. coniuge/convivente
2. fidanzato
3. ex coniuge/ex convivente
4. ex fidanzato
5. altro parente
6. collega/datore di lavoro
7. conoscente/ amico
8. cliente
9. vicino di casa
10. compagno di scuola
11. insegnante o persona che esercita un'attività di cura e/o custodia
12. medico o operatore sanitario
13. persona sconosciuta alla vittima
14. altro
15. autore non identificato
99. Non dichiarato

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C2

LH4 - Congruenza tra Violenza e Relazione vittima autore

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati conferiti dal 1 agosto 2025

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		131.0
NOME CAMPO: Vittima di atti persecutori			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se la persona è vittima di atti persecutori

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. Si
2. No
9. Non rilevabile

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C2

LH2 - Congruenza tra Violenza e Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza Psicologica, Tipologia Violenza economica ,Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati **conferiti dal 1 agosto 2025**

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		132.0
NOME CAMPO: Tipologia Violenza - Fisica			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di violenza di genere predominante

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. Si
2. No

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato C2

LH2 - Congruenza tra Violenza e Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza Psicologica, Tipologia Violenza economica ,Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati **conferiti dal 1 agosto 2025**

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		133.0
NOME CAMPO: Tipologia Violenza - Sessuale			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di violenza di genere predominante

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. Si
2. No

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato C2

LH2 - Congruenza tra Violenza e Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza Psicologica, Tipologia Violenza economica ,Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati **conferiti dal 1 agosto 2025**

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		134.0
NOME CAMPO: Tipologia Violenza - Psicologica			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di violenza di genere predominante

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. Si
2. No

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C2

LH2 - Congruenza tra Violenza e Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza Psicologica, Tipologia Violenza economica ,Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati **conferiti dal 1 agosto 2025**

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		135.0
NOME CAMPO: Tipologia Violenza - Economica			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di violenza di genere predominante

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. Si
2. No

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato C2

LH2 - Congruenza tra Violenza e Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza Psicologica, Tipologia Violenza economica ,Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati **conferiti dal 1 agosto 2025**

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		136.0
NOME CAMPO: Violenza assistita			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se gli episodi di violenza sono avvenuti in presenza di altre persone o meno.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. sì in presenza di figli minorenni
2. sì in presenza di figli maggiorenni
3. no
9. non rilevabile

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C2

LH2 - Congruenza tra Violenza e Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza Psicologica, Tipologia Violenza economica ,Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati **conferiti dal 1 agosto 2025**

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		137.0
NOME CAMPO: Somministrazione Questionario Brafed			

DESCRIZIONE CAMPO

Somministrazione del questionario BRAFED per la valutazione del rischio di revittimizzazione / maltrattamento grave.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

1. sì
2. no
3. non rilevabile (non ci sono le condizioni cliniche per poter rispondere)
9. non rilevato (l'operatore non ha somministrato il questionario/ragioni tecniche)

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C2

LH2 - Congruenza tra Violenza e Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza Psicologica, Tipologia Violenza economica ,Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza

LH3 - Congruenza tra Questionario Brafed e Esito Brafed

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati **conferiti dal 1 agosto 2025**

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		138.0
NOME CAMPO: Esito Valutazione Brafed			

DESCRIZIONE CAMPO

Esito valutazione del rischio di revittimizzazione / maltrattamento grave.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

- 1.-->nessuna risposta affermativa
- 2.-->1 risposta affermativa
- 3.-->2 risposte affermative
- 4.-->3 risposte affermative
- 5.-->4 risposte affermative
- 6.-->5 risposte affermative

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C2

LH3 Congruenza tra Questionario Brafed e Esito Brafed

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati **conferiti dal 1 agosto 2025**

	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		139.0
NOME CAMPO: Percorso territoriale antiviolenza			

DESCRIZIONE CAMPO

Accettazione o meno del percorso territoriale antiviolenza

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

- 1 accettazione
- 2 rifiuto
- 3 non rilevabile
- 9 non rilevato

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato C2

LH2 - Congruenza tra Violenza e Relazione vittima autore, Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza Psicologica, Tipologia Violenza economica ,Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato C2:

L'eventuale compilazione di tale campo è richiesta a partire dai dati **conferiti dal 1 agosto 2025**

	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		140.0
NOME CAMPO: Identificativo Prenotazione CUP			

DESCRIZIONE CAMPO
Numero identificativo prenotazione CUP regionale

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 15	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Identificativo della prenotazione CUP	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato C:

La compilazione di tale campo è richiesta se tracciata nei sistemi aziendali

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 e valido presso l'Azienda sanitaria inviante alla data di erogazione della prestazione. 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
			15.0	Data di erogazione della prestazione
			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 e data di prescrizione Il codice prestazione indicato deve essere valido alla data di prescrizione della ricetta	SI	15.0	Data di erogazione della prestazione
			17.0	Codice prestazione
			67.0	Data prescrizione
L06	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e ASL di residenza	SI	11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	Asl residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	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"		15.0	Data di erogazione della prestazione
L07	Congruenza tra i campi posizione utente nei confronti del 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"	SI	19.0	Posizione utente nei confronti 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 alla data di prescrizione	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
			67.0	Data prescrizione
			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: se il codice fiscale uguale a sedici '9' allora il Cognome dovrà essere valorizzato ad "ANONIMO" ed il Nome dovrà essere "ANONIMO"	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
			13.0	Numero Ricetta
	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 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	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) Verifica su erogazione in branca 79 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	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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		17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	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 (valut.funzioni corticali superiori -comunicazione) e 93.01.6 (valut.funzioni corticali superiori - motori sensitivi). 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. (PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024) Congruenza tra campi quantità e branca 12 e codice prestazione Per la branca 12 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 93043.0, 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5A (valut.funzioni corticali superiori -comunicazione) e 93.01.6A (valut.funzioni corticali superiori - motori sensitivi). 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 93.01.7A, 93.01.8A, 93.01.9A, 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.		25.0	Codice Branca
L19	<u>(VALIDO PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)</u> 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..	SI	05.0	Nome
			06.0	Cognome
			08.0	Codice fiscale

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	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'.		11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	ASL di residenza
L21	(VALIDO PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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
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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
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 prestazioni 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. <u>(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)</u> Per le ricette relative alla branca 56 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 <u>PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024)</u> Per le ricette relative alla branca 12, vengono verificate le seguenti condizioni: – in presenza di prestazioni visita (codice 89.01.W e codice 89.7B.2) , 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 anche una sola delle seguenti prestazioni: -93.03- “valutazione protesica finalizzata alla prescrizione di ortesi e ausili tecnologici” -93.03.1 (valutazione protesica finalizzata alla prescrizione di presidi protesici) -93.03.2 (valutazione protesica finalizzata al collaudo)	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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	-93.03.3 (valutazione protesica finalizzata alla prescrizione di protesi e ausili tecnologici) il controllo L49 non viene applicato in quanto non rientra in un progetto riabilitativo			
L50	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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
L51	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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 RRF: Nell'ambito della branca 56 (per le impegnative con data prescrizione fino al 29/12/2024) o 12 (per le impegnative con data prescrizione dal 30/12/2024) 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	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	un massimo di 10. Si ricorda che tali prestazioni, se presenti in ricetta, devo essere rendicontate singolarmente (unica riga, unica prestazione)			
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	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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 Il controllo è valido solo per la branca -56 (PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) -12 (PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE dal 30/12/2024) 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	SI	15.0	Data di erogazione della prestazione
			24.0	Data inizio ciclo
			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	SI	11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	Il comune di residenza deve esistere nella regione indicata		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 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.	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
L91	Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore Il codice medico prescrittore può essere inviato compilandolo con spazi in caso di: - 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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
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 è 64 e il codice prestazione 89.07 (PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) - Se la branca è 18 e il codice catalogo 8907.1 (PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE dal 30/12/2024) 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 del ticket – stranieri 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). 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) 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)	SI	71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			61.0	Cittadinanza
			62.0	Codice regione o stato residenza
LA6	Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket	SI	71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	Se il campo tipo ricetta è valorizzato con NA o ND la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori: 1,2,3,5, NT per il flusso C 1,2,3,5, 17,18,19,20 per il flusso C2			
LA7	Congruenza tra campi solo accesso in pronto soccorso. 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.	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	Congruenza tra ricetta e Stampa PC 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.	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.) l'importo ticket è determinato sommando i valori delle singole prestazioni presenti nella ricetta con riferimento: -all'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011 (Per le prestazioni prescritte fino al 29/12/2024) -all'allegato A della D.D. 868 del 11/12/2024 (Per le prestazioni prescritte dal 30/12/2024) fino a un massimo di 36,15€ per ricetta In tutti i casi, qualora il flag ricetta non completa sia valorizzato ad 'N' il ticket può essere superiore al ticket	SI	20.0	Importo ticket
			91.0	Flag ricetta non completa
			15.0	Data erogazione prestazione
			67.0	Data prescrizione
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	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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 del ticket
			17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branchia
LD1	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)	SI	17.0	Codice prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
			82.0	Matricola Unità Produttiva
	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.		25.0	Codice Branca
LD5	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame 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.	SI	17.0	Codice Prestazione
			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
	Congruenza tra modalità di arrivo in PS e scheda intervento 118.	SI	96.0	Modalità arrivo PS

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LE3	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.		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 con 'E': se problema principale diverso da 10 e 26 e posizione ticket 2 allora l'importo ticket dovrà essere uguale a 25 euro; se macropatologia uguale a 10 o 26 allora la posizione utente dovrà essere uguale a 17 e l'importo ticket a 0 euro. In caso di campo codice colore valorizzato con 'A','B','C','D' la posizione utente dovrà essere valorizzata a 19, l'importo ticket dovrà essere uguale a 0.	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
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
LE8	Congruenza tra percorso paziente, posizione utente nei confronti del ticket e codice branca Nel caso di Codice percorso paziente valorizzato con '037' il campo Posizione utente nei confronti del ticket deve essere compilato con '22' (vale anche il viceversa) e il campo Codice branca valorizzato con '99'.		37.0	Codice percorso paziente
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			25.0	Codice branca
LE9	CONTROLLO NON PIU' VALIDO Congruenza tra codice esenzione C 2123, cod. prestazione e codice catalogo In presenza del cod. esenzione CV213 i campi codice prestazione e codice catalogo devono essere congruenti con i codici presenti nell'elenco "TAB 11" del file xls allegato.		43.0	Codice esenzione
			17.0	Codice prestazione
			118.0	Codice catalogo

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LF5	Congruenza tra modalita' 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 il valore 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 Pronto Soccorso alla dimissione ed erogate successivamente da altre unità operative R: ricette prescritte durante prestazioni pre-post ricovero A: accesso diretto formalizzati per specifiche prestazioni di visita in ambito oculistico, odontoiatrico, ginecologico, pediatrico, neuropsichiatrico L: prestazioni erogate attraverso l'utilizzo delle risorse aggiuntive per le Liste di Attesa (rif. DD 395 del 12/06/2024)	SI	13.0	Numero Ricetta
			117.0	Flag ricetta Interna
			57.0	Modalità di erogazione
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.		55.0	Osservazione Breve Intensiva
			100.0	Data Presa in carico PS
			101.0	Ora Presa in carico PS

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPO	
		N°	NOME
	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.	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_OBI, 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_OBI, Prestazione principale erogata in OBI, Diagnosi principale di uscita dall'OBI.	55.0	Osservazione Breve Intensiva
		123.0	Problema clinico principale_OBI
		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
LG9	Congruenza tra età dell'assistito e Problema clinico principale_OBI Il codice Problema clinico principale_OBI deve essere congruente con quanto presente nella 'Tabella Problema clinico principale_OBI': elenco tab. A per pazienti adulti, elenco tab. B per pazienti pediatrici (età < 18 anni).	10.0	Data nascita
		15.0	Data di erogazione della prestazione
		123.0	Problema clinico principale_OBI
LH1	<u>PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024)</u> Congruenza tra campi quantità e branca 11 (nuovo laboratorio) e codice prestazione. Per le prestazioni di laboratorio in branca 11 il campo quantità della riga del record anagrafico può arrivare a 9 in presenza dei codici prelievo 91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4A. In tutti gli altri casi il numero massimo di prestazioni è 8	25.0	Codice branca
		17.0	Codice prestazione
		18.0	Quantità
LH2	Congruenza tra Violenza e Tipologia Violenza Fisica, Tipologia Violenza Sessuale, Tipologia Violenza_Psicologica, Tipologia Violenza_economica, Violenza assistita, Vittima di atti persecutori, Questionario BRAFED, Percorso Territoriale Antiviolenza Nel caso in cui il campo Violenza sia valorizzato con 1 (violenza dichiarata) o 2 (violenza sospetta) i campi: • Vittima di atti persecutori • Tipologia Violenza - Fisica • Tipologia Violenza - Sessuale • Tipologia Violenza - Psicologica • Tipologia Violenza - Economica • Violenza assistita • Somministrazione Questionario Brafed Devono essere compilati		
		129.0	Violenza
		131.0	Vittima di atti persecutori
		132.0	Tipologia Violenza - Fisica
		133.0	Tipologia Violenza - Sessuale
		134.0	Tipologia Violenza - Psicologica
		135.0	Tipologia Violenza - Economica
		136.0	Violenza assistita
		137.0	Somministrazione Questionario Brafed

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPO	
		N°	NOME
LH3	Congruenza tra Questionario Brafed e Esito Brafed Se il campo Questionario BRAFED è compilato a “1” il campo Esito Brafed deve essere valorizzato	137.0	Somministrazione Questionario Brafed
		138.0	Esito Valutazione Brafed
LH4	Congruenza tra Violenza e Relazione Vittima autore Nel caso in cui il campo Violenza sia valorizzato con 1 (violenza dichiarata) il campo Relazione vittima autore deve essere valorizzato	129.0	Violenza
		130.0	Relazione vittima autore
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 Numero di ricetta NRE afferente ad una prescrizione annullata.	13.0	Numero Ricetta
		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
LX5	Coerenza con tipo accesso della ricetta NRE Tipo accesso diverso da quello presente nella ricetta NRE nell’archivio SAR/SAC	13.0	Numero Ricetta
		112.0	Tipo accesso
LX6	Congruenza tra data prescrizione e data compilazione della ricetta NRE Data prescrizione diversa dalla data compilazione della ricetta NRE presente nell’archivio SAR/SAC	13.0	Numero Ricetta
		67.0	Data prescrizione
LX7	Coerenza con priorità della prescrizione della ricetta NRE Priorità della prescrizione diversa da quella presente nella ricetta NRE nell’archivio SAR/SAC	13.0	Numero Ricetta
LX8	Validità ricetta alla data di prenotazione - se tipo accesso=1 la data di prenotazione non deve superare data prescrizione +60 gg - se tipo accesso =0 la data di prenotazione non deve superare data prescrizione +180 gg	112.0	Tipo accesso
		67.0	Data prescrizione
		68.0	Data prenotazione

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	

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
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	
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
SA1	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA	I record inerenti a questa segnalazione verranno acquisiti a fini statici, mentre per quanto concerne l'eventuale valorizzazione si procederà secondo le indicazioni che verranno fornite dal competente Settore della Direzione Sanità
SA2	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
SX1	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.
SX2	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.
SX3	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.
SX4	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.
SX5	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.
SX6	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.
SX7	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

Far riferimento al manuale di MOBS – Gestore Flussi

9 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

Le tabelle di supporto alla compilazione dei flussi prestazioni, vengono pubblicate in una apposita sezione nell'ambito di Sistema Piemonte – PADDI, nella cartella “Flussi SDO e Prestazioni”.

Per agevolare la consultazione del disciplinare e la verifica degli errori, sono state numerate e raccolte alcune tabelle di riferimento nel file xls allegato “Disciplinare Prest_Pubb_Tabelle_Allegati” 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 consultarle su PADDI (per 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>
- 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>

Su Sistema Piemonte – PADDI (link <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita>) nell'area “Reportistica (Regione,Asl,Aso,Presidi) – Tabelle istituti pubblici” sono presenti le seguenti tabelle :

- Tabella Strutture, contenente i codici STS11 e HSP11-bis
- Tabella medici
- Tariffario_Regionale_Prestazioni
- Tabella codici per emocomponenti
- Tabella Problema clinico principale OBI, contenente l'elenco dei codici previsti per pazienti adulti (tabella A) e per pazienti pediatrici (tabella B)

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.

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	

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
- **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.

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/I.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

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
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	Per invii con Ricetta Rossa, DM e DPCM (non autoimpegnative) sono accettate matricole di unità produttiva il cui codice attività sia - 2.05.01 – Attività clinica - 2.05.02 – Attività di laboratorio - 2.05.03 – Attività di diagnostica strumentale e per immagini 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 - 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	Sono accettate matricole abbinate : - 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. - 2.02.00 Centrale operativa 118 ed emergenza territoriale - 1.04.00 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (SPRESAL)
C4	Sono accettate le matricole: - 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. - 2.02.00 Centrale operativa 118 ed emergenza territoriale - 1.04.00 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (SPRESAL)
C5	Sono accettate le matricole abbinate a codici STS11 aventi codice attività “3.30.00 – attività per altri erogatori C5”

Controlli formali sul Numero Ricetta

Codice flusso	Controllo
C Poligrafico	- 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 IL controllo è applicato nell'applicativo di registrazione di assegnazione dei ricettari SSN ai Medci Prescrittori (RUR).
C Impegnativa Interna o Accesso diretto cartacea	- Lunghezza massima 16 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere "A" Il numero ricetta deve avere il seguente formato - 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 Oppure - 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
C dematerializzata	Lunghezza massima 15 Cifre alfanumeriche con il seguente formato: - 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	<u>RicettevecchiomodelloAUTOIMPEGNATIVEeAGENDAGRAVIDANZA</u> “Tipo di Erogazione” valorizzato con ‘A’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore: - 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 Nel caso in cui Campo “Tipo di Erogazione” valorizzato con ‘D’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore: - 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 <u>Dalleprescrizionidel01ottobre2015saràammissibilesoltantolatipologia:Codicefiscale del medicoprescrittore</u> 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 - Codice regionale MMG - Codice regionale PLS 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): - “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 di ricette relative all’agenda di gravidanza <u>RicetteDEMATERIALIZZATE(autoimpegnativeoSSN)</u> Codice fiscale medico prescrittore

FAC SIMILE TESSERA SANITARIA



TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

		IT
3 Cognome		
4 Nome	5 Data di nascita	
6 Numero di identificazione personale	7 Numero di identificazione dell'istituzione	
8 Numero di identificazione della tessera	9 Scadenza	



**FLUSSI INFORMATIVI
FARMACEUTICA**

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

DISCIPLINARE TECNICO

1	CRONOLOGIA VARIAZIONI.....	3
2	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
3	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
3.1	OBIETTIVI.....	3
3.2	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	4
3.3	CONCETTI PRINCIPALI.....	4
4	REGOLE DI COMPILAZIONE	6
5	TIPO DI CONTROLLI	7
5.1.1	CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD	7
5.1.2	CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE	7
5.1.3	CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA	7
6	Note di COMPILAZIONE	8
6.1	CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE	8
6.1.1	CANCELLAZIONE	8
6.1.1.1	FLUSSI “D”, “F” E COMPONENTE ANAG	8
6.1.2	SOSTITUZIONE	8
6.1.2.1	FLUSSI “D”, “F” E COMPONENTE ANAG	8
6.1.2.2	SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA	9
6.2	FILE “F” - PRECISAZIONI	9
6.2.1	Unità di misura file F e tabelle di conversione	11
6.3	TRACCIATI RECORD.....	11
6.4	Tracciato anagrafico	13
6.5	Tracciato D	15
6.6	Tracciato F	16
6.7	Tracciato Consumo Ospedaliero di Faramaci.....	17
7	SCHEDE ANALITICHE	18
8	SCHEDE DEI CONTROLLI	78
8.1	Controlli Logici (tipo L)	78
8.2	Controlli Formali (tipo F)	88
8.3	Controlli Bloccanti (tipo N).....	88
8.4	Segnalazioni.....	89
9	TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI.....	90
10	INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI.....	91
11	TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI.....	92
12	TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	93

1 CRONOLOGIA VARIAZIONI

Versione	Variazioni
Aprile 2025	Tracciato file F: in riferimento alla nota Regionale prot. n. 4697 del 20/02/2025 Campo 58.0 – Tipo Prestazione: aggiunto tipologie ‘37’, ‘38’, ‘42’. Inserito controlli: LD0, LD1. Modificato controllo LF8.
Dicembre 2024	Tracciato file F: Campo 58.0 – Tipo Prestazione: nuova tipologia “12 Somministrazione anticorpo RSV (Nirsevimab)”. Inserito controllo LG6.
Novembre 2024	Tracciato flusso D: tolto l’obbligatorietà dei campi: 05.0 Cognome e 06.0 Nome per gli assistiti residenti fuori Regione. Implementato nuovo controllo L14.
Luglio 2023	Tracciato file F: Campo 58.0 – Tipo Prestazione: introdotto nuova tipologia “11-CAR-T ex-innovativi somministrati”. Implementato nuovo controllo LB8. Campo 04.0 – Codice medico prescrittore: - viene accettato il valore ‘P99999R’ per medici di strutture private accr. - si verifica la validità del cod. regionale medico alla data della prescrizione
Gennaio 2023	Tracciato file F e H: in riferimento alla Nota Regionale prot. n. 1131 del 11.01.2023 per il campo 28.0 – Codice farmaco, non sono più accettati i valori ‘OSSIGENO’, ‘OSSIGENOLQ’. In riferimento alla Nota Regionale prot. n. 50036 del 22/12/2022: modificato controllo LD8 per gestione farmaco con tipologia 10 e cod. prestazione 89.01
Giugno 2022	Tracciato file F in riferimento alla Nota Regionale prot. n. 16187 del 29.04.2022: modificato il controllo LB2 per il farmaco Lutathera.
Gennaio 2021	Tracciato file F Campo 58.0 – Tipo Prestazione: introdotto tipologia “36-Farmaci innovativi somministrati a pazienti ricoverati (esclusi quelli nell’elenco farmaci ad alto costo) o pazienti in regime ambulatoriale”. Implementato nuovo controllo LG9.
Aprile 2020	Tracciato file F Campo 58.0 – Tipo Prestazione: introdotto tipologie “40- Farmaci distribuiti a pazienti COVID-19” e “41- Farmaci somministrati a pazienti ricoverati COVID-19”
Dicembre 2019	Tracciato file F Campo 08.0 – Codice Fiscale paziente: introdotto controllo per i codici STP/ENI regionali rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale. Implementato nuovo controllo LG7 e aggiornato controllo L13.

Luglio 2019	Tracciato File F Campo 29.0 – Codice Diagnosi obbligo di indicazione per la distribuzione diretta e somministrazione Campo 28.0 – Codice Farmaco, potrà essere indicata anche la distribuzione diretta dei dispositivi lettore Free Style e del sensore Free Style. Implementato nuovo Controllo LG4 Nuovo campo 83.0 - Flag Indicazione innovativi oncologici dalla competenza giugno 2019. Implementato nuovo controllo LG5
Agosto 2018	Tracciato File F Aggiornamento campo 04.0 – medico prescrittore. Obbligo per tipologia 03, controllo LG3
Ottobre 2016	Tracciato File F Aggiornato controllo LE8 – nuovo costo del servizio
Luglio 2016	Tracciato File F Controllo LF0 - Aggiornata la descrizione del controllo Controllo LF2 – Aggiornata la descrizione del controllo Tracciato File H Modificato campo 121.0 - Prezzo Acquisto. Modificata la posizione e la lunghezza del campo
Giugno 2016	Campo 03.0 – Medico prescrittore

2 RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.M. del 31 luglio 2007- Istituzione del flusso informativo ministeriale delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto.
- D.M 13 Novembre 2008 - Modifica al decreto 31 luglio 2007 di «Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto»
- D.M. 09 febbraio 2009 - Istituzione del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero.
- D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 – “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”.
- DD n. 460 del 15 Maggio 2014 di aggiornamento alla DGR 13-6981 del 30 dicembre 2013
- Nota del Ministero della Salute prot. n. DGSISS/15847 del 25/11/2019 “Rilevazione dei soggetti Stranieri Temporaneamente presenti attraverso la ‘Tipologia del codice identificativo dell’assistito’ ” e nota regionale prot. n. 24196 del 16/12/2019
- Nota regionale prot. n. 12545 del 15/04/2020 “Dispensazione dei farmaci off-label per pazienti Covid-19”
- Nota regionale prot. n. 43314/A1404B del 23/12/2020 “Rendicontazione farmaci innovativi (art.1, commi 402,403 e 404, della Legge 11/12/2016, n. 232)“
- Nota regionale prot. n. 50036 del 22/12/2022 “LEQVIO (inclisiran) – ipercolesterolemia”
- Nota regionale prot. n. 1131 del 11.01.2023 “Consumo ossigeno – flussi informativi”
- Nota regionale prot. n. 4697 del 20/02/2025 “Rendicontazione medicinali con requisito di innovatività terapeutica
condizionata soggetti a Registro di monitoraggio AIFA e Antibiotici «reserve» a Registro di monitoraggio AIFA – Legge di Bilancio 2025”

3 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

3.1 OBIETTIVI

Il presente documento si pone due obiettivi principali:

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

3.2 STRUTTURA DEL DOCUMENTO

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

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

3.3 CONCETTI PRINCIPALI

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

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

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

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

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

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

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

4 REGOLE DI COMPILAZIONE

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

OBLIGATORIO – codice OBB

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

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

OBLIGATORIO 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 OBLIGATORIO – 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.

5 TIPO DI CONTROLLI

Possiamo distinguere tre differenti tipologie di controlli effettuati sui dati:

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

5.1.1 CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD

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

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

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

5.1.2 CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE

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

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

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

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

5.1.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA

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

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

6 Note di COMPILAZIONE

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

6.1 CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE

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

6.1.1 CANCELLAZIONE

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

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

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

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

I campi da valorizzare sono i seguenti:

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

6.1.2 SOSTITUZIONE

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

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

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

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

I campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**

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

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

6.1.2.2 SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA

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

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

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

6.2 FILE "F" - PRECISAZIONI

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

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

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

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

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

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

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

Il secondo livello (ATC2) è caratterizzato dalla 2° e 3° cifra del codice ATC e indica il gruppo

terapeutico principale.

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

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

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

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

6.2.1 Unità di misura file F e tabelle di conversione

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

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

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

Codice Unità Misura	Descrizione
01	Scatola/Confezione
25	Unità posologiche

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

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

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

Galenici = le quantità erogate vanno sempre espresse come confezioni

6.3 TRACCIATI RECORD

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

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

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

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

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

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

Le colonne delle tabelle contengono le seguenti informazioni:

Numero Scheda di riferimento:

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

Nome Campo:

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

Tipo:

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

Lunghezza:

numero dei caratteri del campo.

Posizione da:

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

Posizione a:

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

Note:

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

Modalità:

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

6.4 Tracciato anagrafico

Il presente tracciato è comune ai flussi D, F.

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

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

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

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

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

6.5 Tracciato D

Tracciato record file "D" Attività FARMACEUTICA

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

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

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

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

6.6 Tracciato F

Tracciato record file "F"

Attività SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI

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

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

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

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

6.7 Tracciato Consumo Ospedaliero di Farmaci

Tracciato record file "H"

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

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

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

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

7 SCHEDE ANALITICHE

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

Si precisa che la fase dei controlli è stata strutturata in modo tale da continuare comunque il controllo dell'intero blocco di informazioni anche nel caso in cui si sia rilevato un errore, questo al fine di fornire alla struttura 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 4 "Regole di compilazione"
N° scheda Rif.	Riporta il numero della scheda di riferimento contenuta nella prima colonna del tracciato record.
Nome del Campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
Descrizione del campo	Riporta una descrizione del campo.
Correttezza Formale	Contiene cinque righe così articolate: LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record. FORMATO: definisce il campo quale <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record. VALORI AMMESSI: espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella di riferimento. TABELLE DI RIFERIMENTO: quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga.
Correttezza Logica	Sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico. La descrizione dettagliata è accessibile nel capitolo Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. del documento.
Osservazioni e Precisazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		02.0
D	OBB		
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Azienda sanitaria inviante			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'azienda sanitaria inviante il blocco di informazioni

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Aziende Sanitarie regionali.	

CONTROLLI APPLICATI
L03 – Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante
Per il tracciato D:
L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Per Tracciato D: Codice farmacia che ha erogato il farmaco
Per Tracciati F: Codice struttura HSP11-BIS/STS11/ Codice farmacia nel caso della distribuzione per conto
Per Tracciato H: Codice struttura HSP11-BIS/STS11

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis, tabella Farmacie e delle Farmacie convenzionata che eroga la distribuzione per conto, secondo quanto disposto con D.G.R. 16-11775 del 20 luglio 2009	

CONTROLLI APPLICATI	
Per i tracciati F: L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell’ente inviante L03 – Congruenza tra codice ente inviante e codice azienda inviante	

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se il valore è quello della tabella STS11 il campo sarà composto dal codice STS11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi. Se il valore è quello della tabella Farmacie il campo sarà composto dal codice farmacia (5 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti tre spazi. Ulteriori informazioni di merito sulle relazioni tra il codice Ente inviante, Ente erogante, l’abbinamento tra le sezioni anagrafiche e flussi si rinvia alla lettura del paragrafo 4.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		03.2
F	OBB		
NOME CAMPO: Ente erogatore			

DESCRIZIONE CAMPO
Per Tracciato D: Codice farmacia che ha erogato il farmaco
Per Tracciati F: Codice struttura HSP11-BIS/ STS11/ Codice Farmacia nel caso della distribuzione per conto

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis, tabella Farmacie e delle Farmacie convenzionata che eroga la distribuzione per conto, secondo quanto disposto con D.G.R. 16-11775 del 20 luglio 2009	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato F:
L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell’ente erogatore
L03 – Congruenza tra codice ente inviante e codice azienda inviante
LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione
LE8 – Congruenza tra modalità d’erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se il valore è quello della tabella STS11 il campo sarà composto dal codice STS11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi.
Se il valore è quello della tabella Farmacie il campo sarà composto dal codice farmacia (5 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti tre spazi.
Per i tracciati, D, F e ANAG deve esistere corrispondenza tra il codice ente inviante e il codice erogatore tra flusso sezione anagrafica e sezione prestazioni.
.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – D	OBB		04.0
ANAG – F	OSP		
NOME CAMPO: Codice medico prescrittore			

DESCRIZIONE CAMPO
Tracciato ANAG – D: codice medico, codice fiscale del medico prescrittore F : codice HSP11 -BIS, codice STS11, codice medico, codice fiscale del medico prescrittore, E99999R, P99999R

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei medici, Tabella STS11 e HSP11-bis	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato F: LG3 – Congruenza tra codice medico prescrittore e tipo prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato ANAG F per le sole ricette del SSN per la distribuzione per conto) - Per ricette del SSN se la ricetta è presente nel sistema R.U.R. (registro unico delle ricette) il codice del medico viene individuato a livello centrale e pertanto il campo deve essere compilato a spazio Per il tracciato ANAG per flusso F ad eccezione delle ricette del SSN per la distribuzione per conto : valorizzare con codice del medico regionale o con il Codice Fiscale del medico prescrittore, oppure con il codice HSP11+BIS o codice STS11 della struttura ospedaliera che prescrive il farmaco. Nel caso di prescrittore fuori regione indicare E99999R, per prescrittore di strutture private accr. inserire P99999R. A partire dalla competenza a mese di luglio 2018 il campo è obbligatorio per distribuzione diretta, con campo 58.0 - Tipo prestazione valorizzato 03

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-D	CON		05.0
ANAG-F	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 il tracciato ANAG flusso D non è obbligatoria la compilazione per assistiti fuori Regione. Per i tracciati ANAG è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonimato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome. Per il tracciato ANAG flusso D: L14 – Congruenza tra Cognome e Nome e Regione di residenza

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-D	CON		06.0
ANAG-F	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 il tracciato ANAG flusso D non è obbligatoria la compilazione per assistiti fuori Regione. Per i tracciati ANAG è ammesso il valore “ANONIMO” per le normative che prevedono l’anonimato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome. Per il tracciato ANAG flusso D: L14 – Congruenza tra Cognome e Nome e Regione di residenza

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

DESCRIZIONE CAMPO
Codice fiscale o altro codice identificativo del paziente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice fiscale. Sono ammessi anche: "9999999999999999", codice STP, codice ENI, "0000000000000000"	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al capitolo 12.	

CONTROLLI APPLICATI
Per tutti i tracciati ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome. L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza. L30 – se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta SA1 – Codice fiscale non presente in archivio AURA. LF1 – Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito LG7– Coerenza della prestazione rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per i tracciati ANAG: Per la compilazione si veda la tabella di supporto al controllo L89, di cui al capitolo 12. Per i neonati – non ancora in possesso di codice fiscale – si utilizzano sedici "0" In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indicano sedici "9". Per i cittadini stranieri temporaneamente residenti in Italia si utilizza il codice ISI avente la seguente struttura: "STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche" "ENI+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche" <u>A partire dalla competenza 2020 verranno accettati anche i codici STP emessi da altre Regioni.</u> <u>A partire dalla competenza 2020 il codice ENI e il codice STP riferibile alla Regione Piemonte sarà verificato rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale.</u> Il controllo formale sul codice fiscale viene eseguito secondo il seguente schema adottato dal Ministero della Salute.

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

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

Codice fiscale provvisorio: è composto da cifre numeriche di lunghezza 11.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		09.0
NOME CAMPO: Sesso			

DESCRIZIONE CAMPO
Sesso dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1 (per maschio) o 2 (per femmina)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori sono stati uniformati al flusso dei Dimessi; 1- Maschio 2- Femmina

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		10.0
ANAG - D	NOB		
ANAG -F	OBB		
NOME CAMPO: Data di nascita			

DESCRIZIONE CAMPO
Data di nascita dell'utente.

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

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG L30 – se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni L04 – La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione del farmaco

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		11.0
NOME CAMPO: Provincia e comune o stato estero di residenza			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 6	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice ISTAT d'Italia (Provincia e Comune), "999999" per apolidi, "999EEE" con EEE che indica il codice di stato estero, "STPEEE" con EEE che indica il codice di stato estero.	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT dei Comuni italiani, Tabella stati esteri. Tabelle al capitolo 11.	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune. Per i residenti in Italia, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza. Per i residenti all'estero, il codice dello Stato preceduto da 999, o STP seguito dal codice Stato estero, o 999999 per apolidi. N.B. 1- il Comune di residenza è quello nel quale risiede l'assistito nell'anno dell'erogazione della prestazione. 2 - dal momento che esistono numerose omonimie di Comuni, allocati in Province italiane diverse, è importante, in fase di accettazione, verificare che il codice Provincia rilevato (prime tre cifre) indichi l'effettiva Provincia di residenza. Nel caso di rilevazione manuale, specificare oltre al Comune anche la Provincia di residenza.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		12.0
NOME CAMPO: ASL di residenza			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'ASL in cui risiede l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella per i residenti in Italia. Per gli stranieri non residenti e apolidi indicare ‘999’	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ASL d’Italia. Tabella al capitolo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
L06 – Congruenza tra Provincia e comune di residenza e ASL di residenza L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta
Per il tracciato D: L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO
Numero identificativo riportato sul ricettario nazionale oppure numero dell'impegnativa interna. soccorso
Per il tracciato F: numero progressivo di registro per l'erogazione effettuata oppure ricetta SSN

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: numero della ricetta del ricettario nazionale oppure numero della impegnativa interna	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L17 – La ricetta non deve già essere esistente nel tipo record
L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa
Per il tracciato ANAG flusso D e F (per le sole ricette del SSN per la distribuzione per conto):
L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore
L94 – Congruenza tra nr. Ricetta e tipologia prescrizione (solo tracciato ANAG-C)
L99 – Congruenza tra numero ricetta e tipo record
LE9 – Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione (solo tracciato ANAG-F)
S06 – Ricetta del SSN non ancora registrata in R.U.R.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato ANAG La lunghezza della ricetta SSN è di 15 caratteri; dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta; il numero ricetta va allineato a sinistra e il carattere rimanente compilato a spazio. Per <u>ricette SSN e SASN</u> 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 <u>impegnative interne o accesso diretto</u> del paziente il campo deve essere compilato con un numero univoco nell'ambito Per impegnative prescritte in dematerializzata da MMG, PLS, medico ospedaliero (DM 2 novembre 2011) è previsto il seguente schema: codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e 7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo) Per il tracciato F: Nel caso di distribuzione per conto riportare il numero della ricetta SSN, compilato secondo le regole cui sopra. In tutti gli altri casi, se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero progressivo di registro per l'erogazione effettuata.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		14.0
F	OBB		
NOME CAMPO: Progressivo riga per ricetta			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica una determinata riga di una ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: (*)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
(*) La prima riga della ricetta deve contenere “01”. Ciascuna riga successiva deve riportare un numero in stretta progressione.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		15.0
F	OBB		
NOME CAMPO: Data di effettuazione della prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO
Data di erogazione farmaco

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

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati D, F: L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell’ente erogatore L04 – Data di nascita minore o uguale alla data di erogazione prestazione (o erogazione farmaco) L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione L30 – Se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni Per i tracciati F: L05 – Codice prestazione esistente nell’anno di erogazione L08 – Data prestazione minore o uguale alla data di trasmissione LG5– Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici LG7– Coerenza della prestazione rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 7	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella. TABELLE DI RIFERIMENTO: Nomenclatore regionale Prestazioni ambulatoriali previste dalle Note Regionali n. 14731 del 15/11/00, n. 1182 del 14/01/10 e 11298 del 18/4/2011	

CONTROLLI APPLICATI
L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione LA9 – Congruenza tra tipo prestazione 10 e codice prestazione LB0 – Congruenza tra tipo prestazione 06 e codice prestazione LD8 – Congruenza tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco LF0 – Congruenza tra codice farmaco e scheda nosologica LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		18.0
NOME CAMPO: Quantità			

DESCRIZIONE CAMPO

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

•

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

Numero massimo di prestazioni previste dalla normativa vigente

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati D

L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 0,1, 2, 3, 4, 5,13,14	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato F: L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione. LA6 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (solo STP) per la quota di compartecipazione alla spesa non versata e quindi da registrare con importo ticket uguale a zero, ai sensi del D.P.R. 31.08.1999, nr. 394, articolo 43, comma 4. 2 – non esente 4 – indigente (indigente e indigente a carico del comune) 13 – esente per farmaco IPO ai sensi della nota regionale 7321/28.2 del 30/05/2002 14 – esente per tracciato F ad eccezione dei vaccini iposensibilizzanti

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: Importo Ticket			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 7	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: maggiore o uguale a 0 secondo la normativa di riferimento.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket Per il tracciato F: LB5 – Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket L72 – Congruenza tra il tipo record, tipo prestazione, codice farmaco e importo ticket L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere NNNN,NN

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		21.0
F	OBB		
NOME CAMPO: Importo totale			

DESCRIZIONE CAMPO
Per il tracciato D: l'importo totale della riga di dettaglio è ottenuto moltiplicando la quantità delle prestazioni per il prezzo unitario. Per la riga anagrafica indica la differenza tra la somma di tutti gli importi totali delle righe di dettaglio e l'importo del ticket a carico dell'utente. Per il tracciato F: l'importo totale è l'importo relativo all'effettivo costo del farmaco somministrato anche in quota parte nel caso di frazionamento della confezione in più somministrazioni.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: N VALORI AMMESSI: Per le righe di dettaglio i valori previsti nelle tabelle di riferimento rapportate alla quantità. TABELLE DI RIFERIMENTO: nomenclatore tariffario regionale ove previsto.

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati D, F: L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket Per il tracciato F: L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere NNNNN,NN In caso di importo negativo il segno meno deve essere il primo carattere (–NNNN,NN).

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		23.0
D	OBB		
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Tipo record			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia del tracciato record

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Per il tracciato D: valore ammesso “D” Per il tracciato F: valore ammesso “F” Per il tracciato H: valore ammesso “H”	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato F: L86 – Congruenza tra tipo record e luogo di erogazione

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Riporta il codice del farmaco distribuito.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
Tracciati D, F e H: - Codice Minsan - Codice regionale vaccini iposensibilizzanti	
Tracciato F: - codici regionali galenici per malattie rare - codice ministeriale farmaci galenici generici (ad eccezione dei farmaci galenici per malattie rare) - codice ministeriale farmaco estero - codici emocomponenti (tabella codici per emocomponenti) - codici parafarmaco: NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, PROT_HIV, LETT_FLGLU	
Tracciato H: - codice ministeriale farmaci galenici generici (ad eccezione dei farmaci galenici per malattie rare) - codice ministeriale farmaco estero - V09 e V10: radiofarmaci di preparazione galenica	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici Minsan, Tabelle codici regionali	

CONTROLLI APPLICATI
Flusso F L58 – Congruenza tra unità misura codice Minsan/sostanza /galenici generici L74 - Congruenza codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo esenzione LB1 - Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 08 LB2 - Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 20,21,22,23,24,25 LB5 – Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione, tipo prestazione e codice farmaco LB7 – Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (vaccino iposensibilizzante, GAL, codici galenici per malattie rare) LC5 – Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi LC8 – Congruenza tra codice farmaco H e tipo prestazione LF1 – Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito LF2 – Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco

LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione
LF7 – Congruenza tra targatura, codice farmaco, c codice tipo prestazione, quantità e unità di misura
LG4- Congruenza tra dispositivo per Flash Glucose monitoring e codice fiscale
LG5- Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici
LG6–Congruenza tra tipo prestazione 12, modalità erogazione e codice farmaco

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	NOB		29.0
NOME CAMPO: Codice Diagnosi			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD-IX-CM identificante la patologia.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle codici ICD-IX-CM 2007	

CONTROLLI APPLICATI
LC5 - Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi, LF2 - Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco LF4 - Controllo appropriatezza prestazioni in Branca 69 - “Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Nel controllo formale viene verificato l'intero codice ICD-IX-CM (a partire dalla competenza di luglio 2010) Dalla competenza ottobre 2019 è obbligatoria l'indicazione della diagnosi per le seguenti tipologie del file F: 01 -Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero e day hospital, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, tranne farmaci oncologici ad alto costo. Escluso farmaci H. 02 -Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, per pazienti non presi in carico. Escluso farmaci H. 03- Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari. 06- Farmaci con somministrazione per via sistemica (solo prestazioni in D.G.R. 105-20262 del 30/06/1997). 07- Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici e Radiofarmaci in ricovero protetto 33 - Farmaci distribuiti per prestazioni a pacchetto (rif. D.G.R. 33-5087 del 18/12/2012) 34 - Farmaci CNN

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - F	CON		33.0
NOME CAMPO: N. Scheda nosologica			

DESCRIZIONE CAMPO
Numero della scheda nosologica dell'episodio di ricovero.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: (*)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LF2 - Congruenza tra scheda di ricovero e codice farmaco

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		38.0
D	OBB		
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Identificativo Esterno			

DESCRIZIONE CAMPO
Identificativo univoco utilizzato per la gestione del movimento del record.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: una stringa di caratteri univoca nell’ambito dell’azienda sanitaria inviante, dell’ente erogatore e del tipo record	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Flusso D e F L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		39.0
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	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
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.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	NOB		40.0
D	NOB		
F	NOB		
H	NOB		
NOME CAMPO: Tipo movimento			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: spazio per inserimento “C” per cancellazione “S” per sostituzione	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Flusso D e F L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	NV		43.0
F	CON		
NOME CAMPO: Codice identificativo esenzione			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici esenzione.	

CONTROLLI APPLICATI
L98 – Congruenza tra i campi Tipo Prestazione e Codice identificativo esenzione LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione, tipo prestazione e codice farmaco L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO
Quantità totale delle prestazioni nell'ambito della ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: N
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		56.0
H	OBB		
NOME CAMPO: Unità di misura			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 01, 25	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Tracciato F L58 – Congruenza tra unità misura e codici galenici LG2 - Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato per le righe ricetta relativi a codici minsan / sostanze La tabella delle unità di misura è riportata al capitolo 11. Il campo quantità erogata è lungo sei cifre, di cui due decimali. Per individuare la quantità di farmaco viene utilizzato l'unità di misura. In caso di somministrazione di quantità frazionate occorre individuare la corretta unità di misura; a tale scopo si vedano gli esempi riportati al paragrafo 6.2.1.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		57.0
NOME CAMPO: Modalità d'erogazione			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il farmaco è stato somministrato o distribuito

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: D, S, P

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LE6 – Congruenza tra modalità d'erogazione e tipo prestazione

LE7 – Congruenza tra modalità di erogazione e codice farmaco

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

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

LG6- Congruenza tra tipo prestazione 12, modalità erogazione e codice farmaco

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Indicare “S” se il farmaco viene somministrato

Indicare “D” se il farmaco viene distribuito

Indicare “P” se il farmaco è distribuito per conto

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

DESCRIZIONE CAMPO
Tipologia di erogazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tipologia di erogazione univoca nell’ambito della ricetta	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle tipologie di erogazione (tabella capitolo 11)	

CONTROLLI APPLICATI
LA9 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 10) e codice prestazione LB0 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 06) e codice prestazione LB1 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 08 LB2 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 07), codice farmaco ed ente erogatore LB3 – Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome, tipo prestazione e codice regione 010 LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 20,21,22,23,24 LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione e tipo prestazione LB7 – Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (codici iposensibilizzanti;GAL; codici farmaci galenici per malattie rare) LC4 – Congruenza tra tipo prestazione e flag off label LC6 – Congruenza tra codice fiscale e cognome e nome per tipo prestazione “Assistenza integrativa e cod. regione 010 LC8- Congruenza tra codice farmaco648, tipo prestazione e Indicazione 648 LD8 – Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco LF0 – Congruenza tra codice farmaco e scheda nosologica LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione LF7 – Congruenza tra targatura, codice farmaco, c codice tipo prestazione, quantità e unità di misura LG2 - Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata LG6– Congruenza tra tipo prestazione 12, modalità erogazione e codice farmaco

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
F	Modalità		N° Scheda Rif.
OBB			
NOME CAMPO: Luogo di erogazione			

DESCRIZIONE CAMPO
File F: indica il luogo di erogazione del farmaco

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: File “F”: H,T	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L86 – Congruenza tra Tipo record e Luogo di Erogazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
File "F" indicare: "H": farmaco erogato dal presidio ospedaliero "T": farmaco erogato mediante ambulatori territoriali

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		61.0
NOME CAMPO: Cittadinanza			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la cittadinanza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici stati esteri. Tabella al capitolo 11.	

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

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		62.0
NOME CAMPO: Regione Residenza o Stato Estero di Residenza			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codici delle regioni Italiane, o codici Stati esteri, o 999	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT delle Regioni Italiane, Tabella stati esteri. Tabella al capitolo 11	

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

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		63.0
NOME CAMPO: ID Cittadino			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il “Numero di identificazione personale” di cui al campo nr. 6 dalla tessera europea di assicurazione di malattia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al capitolo 12.	

CONTROLLI APPLICATI
L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		
NOME CAMPO: Codice istituzione competente			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 28	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		65.0
NOME CAMPO: Numero identificazione tessera europea di assicurazione di malattia			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L90 – Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – D	OBB		67.0
ANAG – F	CON		
NOME CAMPO: Data prescrizione			

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

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

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato F: L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita L82 – Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione LE9 – Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione (solo tracciato ANAG-F)

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		71.0
NOME CAMPO: Tipo ricetta			

DESCRIZIONE CAMPO
Individua la tipologia di ricetta

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al capitolo 12.	

CONTROLLI APPLICATI
L89 - Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi: “EE”: assicurati extra-europei di paesi in convenzione in temporaneo soggiorno “UE”: assicurati europei in temporaneo soggiorno “NA”: assistiti italiani SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) con visita ambulatoriale “ND”: assistiti italiani SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) con visita domiciliare “NE”: assistiti stranieri SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) da istituzioni estere europee “NX”: assistiti stranieri SASN da istituzioni estere extra-europee con convenzione “ST”: stranieri in temporaneo soggiorno (STP/ENI) a carico Ministero dell’Interno o a carico SSN

TRACCIATO			
	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 e Svizzera). Legenda valori A: Lavoratore subordinato B: Lavoratore autonomo C: Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori subordinati D: Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori autonomi E: Altro

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	CON		80.0
NOME CAMPO: Codice Riferimento Normativo			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

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

TRACCIATO			
	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 e Svizzera). Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "TEAM"

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la matricola dell'unità produttiva che eroga la prestazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 6	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L96 – Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità di produzione L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione – eccetto file F LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione LA5 – Congruenza tra matricola unità produttiva, tipo record e attività

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La matricola dell'unità produttiva (o della disciplina in caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica) è individuabile nell'ambito della nuova anagrafe delle strutture, nella videata di massimo dettaglio delle unità produttive o dell'elenco delle specialità in caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica. L'elenco delle Matricole potrà essere ricavato dall'applicativo dell'Anagrafe delle Strutture tramite l'apposito report di estrazione.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
F	CON		83.0
NOME CAMPO: Flag Indicazione innovativi oncologici e non.			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: S, N, spazio	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella farmaci Innovativi Oncologici e non. Tabella al capitolo 11.	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo, attivo dalle elaborazioni del 1 ottobre 2019 sulla competenza 2019, in caso di farmaci innovativi oncologici dovrà essere così valorizzato: S- farmaco innovativo oncologico utilizzato per le indicazioni di innovatività N- farmaco innovativo oncologico non utilizzato per indicazioni di innovatività Spazio – per tutte le altre tipologie di farmaco A partire dalla competenza 2021 deve essere valorizzato anche per farmaci innovativi non oncologici, presenti nella tabella di riferimento.

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

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

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

CONTROLLI APPLICATI
LC4 - Congruenza tra tipo prestazione e Off Label LC5 - Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi. LB0 - Congruenza tra tipo prestazione 06, codice prestazione , off label LD8 - Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione, codice farmaco, e off label

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		87.0
NOME CAMPO: Codice EAN			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice EAN, spazio	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
F	Modalità		
	OBB		
NOME CAMPO: Quantità erogata			89.0

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

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Le prime quattro cifre indicano le cifre intere, mentre le ultime due cifre indicano le cifre decimali senza riportare la virgola decimale Esempio: il numero 123,45 viene riportato come 012345 Qualora sul tracciato venga indicato nel campo 56.0 - Unità di misura, il valore '25' (unità posologiche), il sistema utilizzerà il fattore di conversione indicato nella banca dati BDF per il calcolo della quantità erogata convertita, per tutti i codici AIC.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - D	OBB		93.0
ANAG - F	OBB		
NOME CAMPO: Onere Spesa			

DESCRIZIONE CAMPO
Informazione relativa all'onere della spesa.

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

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

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OSP		111.0
NOME CAMPO: Costo del servizio			

DESCRIZIONE CAMPO
Costo del servizio riconosciuto alle farmacie per la distribuzione per conto

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 7	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: vedi OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Nel campo va riportato l'onere della distribuzione per conto per confezione di farmaco erogata. L'onere indicato deve essere congruente con quanto riportato nella D.G.R. 1-7400 del 11 agosto 2023 e s.m.i.

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indicazione dei codici sostanza legge 648/96

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 9	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici sostanza farmaci. Tabella al capitolo 11.	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	NOB		118.0
NOME CAMPO: Tipo prontuario			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicazione della presenza del farmaco nel prontuario aziendale o regionale

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

CONTROLLI APPLICATI	

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo può assumere i seguenti valori: ‘A’: farmaco presente nel prontuario aziendale ‘R’: farmaco presente nel prontuario regionale ‘S’: farmaco presente sia in prontuari0 aziendale, sia in prontuario regionale ‘Z’: farmaco non presente in nessuno dei prontuari

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il periodo di riferimento del movimento

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		120.0
H	OBB		
NOME CAMPO: Centro di costo			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 18	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI ‘	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI	

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
H	OBB		
NOME CAMPO: Prezzo Acquisto			

DESCRIZIONE CAMPO	
Da riportare il costo medio ponderato	

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 15	FORMATO: N
VALORI AMMESSI NNNNNNNNNNNN,NN	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere NNNNNNNNNNNN,NN In caso di importi negativi il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNNNNNNNNN,NN)

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		122.0
H	OBB		
NOME CAMPO: Quantità Consumata			

DESCRIZIONE CAMPO
Da riportare quantità di farmaco consumata nell’ambito del flusso dei consumi

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: N
VALORI AMMESSI NNNNNNN,NN	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere NNNNNNN,NN In caso di importi negativo il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNNNN,NN)

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		123.0
H	NOB		
NOME CAMPO: Codice Anagrafica Magazzino Az			

DESCRIZIONE CAMPO

Riportate il codice del farmaco come da anagrafica di magazzino

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: N

VALORI AMMESSI	N/A

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

8 SCHEDE DEI CONTROLLI

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

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

L logico
F formale
N bloccante

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

8.1 Controlli Logici (tipo L)

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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L12	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.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
			41.0	Libera professione
L13	Congruenza anonimato Se Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO Il codice fiscale è = sedici '9', per STP/ENI codice effettivo indicato nel tesserino. Per il solo file F il controllo non è applicato nel caso di tipo prestazione 04, 05, 09 e 25 e codice regione 010	SI	05.0	Cognome utente
			06.0	Nome utente
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante
			13.0	Numero Ricetta
L14	Congruenza tra Cognome e Nome e Regione di residenza. Se cod. Regione Residenza='010'(Piemonte') allora il Cognome e il Nome devono essere valorizzati, altrimenti possono essere non compilati.	SI	05.0	Cognome utente
			06.0	Nome utente
			62.0	Regione di residenza
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	Provincia e comune o stato estero di residenza
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L17	La ricetta non deve essere già esistente nel tipo record. Segnalato in caso di ricetta corretta inviata con un identificativo esterno differente da quello originale.	SI	03.0	Ente erogatore
			13.0	Numero ricetta
			23.0	Tipo record
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. Per Tipo Ricetta valorizzato con EE, UE, Ne, NX e soggetti apolidi 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'. Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se tipo prestazione è uguale a 04, 05, 09 e 25 e il codice regione è uguale a 010	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			71.0	Tipo Ricetta
			58.0	Tipo prestazione
L27	ASL di residenza deve essere diversa dal codice Azienda Inviante	SI	02.0	Codice Azienda Inviante
			12.0	ASL di residenza
L30	Se il codice fiscale contiene tutti zero (Neonati) la differenza fra data erogazione e data nascita non deve superare i 30 giorni	SI	08.0	Codice fiscale
			15.0	Data erogazione prestazione
			10.0	Data di nascita

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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L95	Congruenza informazioni mobilità internazionale. Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE o Svizzera, i campi "Qualifica Beneficiario", "Codice Riferimento Normativo", "Codice Attestato" devono essere tutti valorizzati 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
L99	Congruenza tra numero di ricetta e tipo ricetta Vedi capitol 12 - controllo L99	SI	13.0	Numero Ricetta
			23.0	Tipo record
LA5	Congruenza tra matricola unità produttiva, tipo record e codice attività Per il file "F" la matricola dell'unità produttiva deve essere abbinata al codice attività "20320-Distribuzione diretta assistenza farmaceutica"	SI	23.0	Tipo record
			82.0	Matricola unità produttiva
LA9	Congruenza tra tipo prestazione 10 e codice prestazione Se il tipo prestazione vale 10 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con uno dei seguenti codici: 14.75.1, 39.95.0 99.25,99.25.4, 89.01, 14.79	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
LB0	Congruenza tra tipo prestazione 06 e codice prestazione Se il tipo prestazione vale 06 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con un codice prestazione della "Tabella codici prestazioni per farmaci" ad eccezione dei farmaci trasmessi con campo off label valorizzato a S	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
			86.0	Off label
LB1	Congruenza tra il codice farmaco e il tipo prestazione 08 Se il tipo di prestazione vale 08 allora il codice farmaco deve essere compilato con un codice prestazione della "Tabella codici per Emocomponenti"	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LB2	Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore dove previsto I farmaci della tipologia 07 devono essere codici minsan associati ai codici ATC il cui terzo livello sia "B02" oppure se il tipo di prestazione vale 07 e il codice Minsan è quello relativo al farmaco Zevalin/Ytracis allora l'ente erogatore deve essere l'istituto, 010904, 010905, 010907, 010908,010909 Per il farmaco Lutathera è prevista la compilazione del tipo prestazione con '07' per erogazioni successive alla scadenza dell'innovatività (29/03/2022), indipendentemente dall'ente erogatore.	SI	03.2	Ente erogatore
			28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LB3	Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome per tipo prestazione 04, 05, 09 o 25 e codice regione 010. Se tipo prestazione uguale a 04, 05, 09 o 25 e codice regione uguale a 010 allora il dato può essere inviato: - in forma aggregata e anonima (il cognome deve essere	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	uguale a ANONIMO, il nome deve essere uguale a ANONIMO, il codice fiscale deve essere compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato a tutti "9" e il campo Asl di residenza deve essere quello effettivo); - oppure in forma individuale rispettando le regole di compilazione anagrafica; Se invece il codice regione è diverso da 010 le regole di compilazione anagrafica devono essere sempre rispettate		10.0	Data di nascita
			11.0	Comune di residenza
			12.0	Asl di residenza
			58.0	Tipo prestazione
			62.0	Regione di residenza
LB4	Congruenza tra il codice farmaco e il tipo prestazione - Se il tipo di prestazione vale 20,21,22,23,24,25 allora deve essere compilato il codice EAN o in alternativa il codice farmaco deve essere uno dei seguenti valori NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, LETT_FLGLU, SENS_FLGLU, STRI_FLGLU, e viceversa. (valido fino alla competenza del 30.10.2008). Se tipo prestazione vale 25 allora il codice farmaco deve essere PROT_HIV (e viceversa).	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
			87.0	Codice EAN
			28.0	Codice farmaco
LB5	Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket L'importo ticket deve essere zero, con eccezione del vaccino iposensibilizzante per il quale è previsto l'importo maggiore di zero.	SI	20.0	Importo ticket
			23.0	Tipo record
			28.0	Codice farmaco
LB6	Congruenza tra codice identificativo esenzione e tipo prestazione Se farmaco per malattia rara allora il campo codice esenzione deve essere compilato con un codice malattia rara e il campo tipo prestazione non può essere 20,21,22,23,24,25 o 30	SI	43.0	Codice identificativo esenzione
			58.0	Tipo prestazione
LB7	Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (codice vaccino iposensibilizzante, GAL, codici farmaci galenici per malattie rare) I farmaci codice vaccino iposensibilizzante, GAL e codici farmaci galenici per malattie rare non possono essere erogati nelle categorie 20,21,22,23,24, 25	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LB8	Congruenza tra tipo prestazione '11' e codice farmaco Se tipologia prestazione vale '11' sono ammessi i seguenti farmaci: Yescarta (minsan 046995015), Ymriah (046996017), Tecartus(049148012), Breyanzi (050053014), Abecma (049604010). Sono accettati anche con la tipologia '36' in base alla presenza del farmaco nella tabella degli Innovativi e alle date di validità.	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LC4	Congruenza tra tipo prestazione e flag Off Label Se il tipo prestazione vale 30 allora il campo Off_Label deve essere compilato con 'S'. Se il campo Off_Label viene compilato con S, allora il campo tipo prestazione puo' assumere solo uno di questi valori: '03','06','10','30'	SI	58.0	Tipo prestazione
			86.0	Off Label
LC5	Congruenza tra flag Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi. Se il flag Off_Label è valorizzato con 'S' allora il codice farmaco non deve essere valorizzato con i vaccini iposensibilizzanti e il codice diagnosi deve essere compilato.	SI	86.0	Off Label
			28.0	Codice farmaco
			29.0	Codice diagnosi
LC6	Congruenza tra codice fiscale e cognome e nome per tipo prestazione "Assistenza integrativa e codice regione 010: - Se codice regione uguale a "010" e tipo prestazione uguale 21, 22, 23, 24 allora il cognome deve essere uguale ad ANONIMO, il NOME deve essere uguale ANONIMO, il codice fiscale compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato tutti "9" e il campo ASL residenza deve essere quello effettivo; - Se codice regione uguale a "010" e tipo prestazione uguale a 20, escluso i dispositivi Free Style, allora il cognome deve essere uguale ad ANONIMO, il NOME deve essere uguale ANONIMO, il codice fiscale compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato tutti "9" e il campo ASL residenza deve essere quello effettivo; per i dispositivi Free Style non è ammesso l'anonimato. - Per codice regione diverso da "010" e tipo prestazione uguale a 20, 21, 22, 23, 24 le regole di compilazione anagrafica devono essere rispettate".	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso
			10.0	Data di nascita
			11.0	Comune di residenza
			12.0	Asl di residenza
			58.0	Tipo prestazione
			62.0	Regione di residenza
LC8	Congruenza tra codice farmaco648, tipo prestazione e Indicazione 648 Nel caso in cui il campo Indicazione 648 sia valorizzato allora il campo tipo prestazione deve essere valizzato con 03, 06 o 30 e il codice farmaco deve essere un AIC	SI	117.0	Indicazione 648
			28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LC9	Congruenza tra unità di misura e tipo prestazione Attualmente sospeso	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità misura
			58.0	Tipo prestazione
LD0	Congruenza Flag Indicazione Innovativi oncologici e non e codice farmaco Innovativi CONDIZ. a Registro Per i farmaci Innovativi condizionati a registro è necessario indicare se sono stati distribuiti (tipologia 38) o somministrati (tipologia 37) per la terapia innovativa nel periodo di validità dell'innovatività condizionata. Se il codice farmaco è presente nell'elenco e la data della Prestazione è successiva al periodo di validità dell'innovatività il flag può essere valorizzato (caso di trattamenti iniziati prima della scadenza dell'innovatività con somministrazioni che proseguono). Se il codice farmaco non è presente nell'elenco non deve essere compilato il Flag Indicazione innovativi oncologici e non.	SI	28.0	Codice farmaco
			83.0	Flag Indicazione innovativi oncologici e non
			15.0	Data effettuazione della prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LD1	Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione Per i farmaci dell'elenco 'Antibiotici "Reserve" a registro somministrati' il tipo prestazione deve essere valorizzato con '42'.	SI	28.0	Codice Farmaco
			58.0	Tipo Prestazione
LD8	Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco. Nel caso di codice prestazione 14.75.1 il campo tipo prestazione deve essere valorizzato con 10 e il codice farmaco deve essere uno di quelli indicati nella tabella al capitolo 11. E' prevista la rendicontazione con tipologia 10 e cod.prestazione 89.01 di alcuni farmaci indicati nella tabella al capitolo 11.	SI	17.0	Codice Prestazione
			28.0	Codice Farmaco
			58.0	Tipo Prestazione
LE6	Congruenza tra modalità di erogazione e tipo prestazione. Nel caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a 'P', sono ammesse soltanto le seguenti tipologie di prestazione: 02 – a seguito di visita specialistica, 03 – diretta a cronici, 04 - in assistenza domiciliare	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			58.0	Tipo prestazione
LE7	Congruenza tra modalità di erogazione e codice farmaco. Nel caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a 'P', sono ammessi esclusivamente codici minsan ad eccezione dei principi attivi dell'ormone somatotropo, dei fattori della coagulazione, delle eparine a basso peso molecolare e del metadone.	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			28.0	Codice Farmaco
LE8	Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto. Nel caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a 'P', il costo del servizio dovrà essere valorizzato sulla base delle indicazioni riportate nella D.G.R. 1-7400 del 11 agosto 2023 e s.m.i.	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			111.0	Costo del servizio
			03.2	Codice ente erogante
LE9	Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione. Se la modalità di erogazione uguale a 'P', distribuzione per conto, allora il campo numero ricetta deve essere valorizzato con una ricetta SSN e deve essere indicata la data di prescrizione della ricetta SSN.	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			13.0	Numero ricetta
			67.0	Data prescrizione
LF0	Congruenza tra codice farmaco e scheda nosologica. Se il codice farmaco corrisponde a un farmaco oncologico così come individuato dalla Commissione Salute nella seduta del 16 dicembre 2009, deve essere verificata una di queste condizioni: - il campo tipo prestazione valorizzato con 10 e in alternativa il campo scheda nosologica con il numero della cartella clinica di DH oncologico oppure il campo codice prestazione con il valore 99.25, 99.25.4, 14.75.1 - il campo tipo prestazione valorizzato con: 30, 33, 35	SI	17.0	Codice prestazione
			28.0	Codice farmaco
			33.0	Scheda nosologica
			58.0	Tipo prestazione
LF1	Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito" In presenza di codice farmaco = Iposensibilizzante (come da elenco regionale) e assistito residente in Italia, allora Codice Fiscale non puo' essere '9999999999999999' (indicazione per anonimi)	SI	28.0	Codice Farmaco
			08.0	Codice Fiscale

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI			
			N°	NOME
LF2	Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco. Dalla competenza di agosto 2019 è obbligatoria l'indicazione della diagnosi per i farmaci in distribuzione diretta o somministrazione. (Nella sezione Osservazioni e precisazioni del campo 29.0 – Codice Diagnosi, sono riportati i razionali del controllo) Restano sempre valide le precedenti indicazioni: se il Codice farmaco è valorizzato con uno dei seguenti farmaci: Bosentan: identificato con il codice ATC7 = C02KX01, Immunoglobuline: identificato con il codice ATC7 = J06BA01 e J06BA02, allora il Codice diagnosi deve sempre essere compilato con la diagnosi completa (5 cifre)	SI	28.0	Codice Farmaco
			29.0	Codice Diagnosi
LF3	Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione. Se il Codice prestazione è valorizzato con il codice 39.95.0 (prestazioni dialisi), allora il Codice farmaco deve essere compilato con un farmaco minsan il cui codice ATC inizia con B03XA e il Tipo Prestazione può essere valorizzato con 10 se il farmaco è somministrato in regime ambulatoriale oppure con la tipologia 31 - “Farmaci soggetti a monitoraggio regionale somministrati in regime di ricovero”	SI	17.0	Codice Prestazione
			28.0	Codice Farmaco
			58.0	Tipo Prestazione
LF6	Congruenza tra importo totale, codice farmaco e prezzo dal listino regionale dei vaccini iposensibilizzanti e tipo prestazione Nel caso in cui codice farmaco sia un vaccino iposensibilizzante il valore indicato nel campo 21.0 - Importo totale, dovrà essere uguale al prezzo indicato nel listino regionale dei vaccini iposensibilizzanti (prodotti ITS) moltiplicato per la quantità erogata e il tipo prestazione dovrà essere valorizzato con '32' (e viceversa)	SI	21.0	Importo totale
			28.0	Codice farmaco
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione
LF7	Congruenza tra targatura, codice farmaco, c codice tipo prestazione, quantità e unità di misura Nel caso in cui la quantità erogata venga indicata con unità di misura 01- Confezioni e il campo 28.0-Codice Farmaco sia compilato con un codice MinSan, valgono le seguenti indicazioni: - Per le ricette con tipo prestazione 01 e 02: a partire dal 1 giugno 2015 (data di prescrizione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0-Targatura. - Per le ricette con tipo prestazione 03 e 33: a partire dal 1 settembre (data di prescrizione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0-Targatura. - Per le ricette con tipo prestazione 04, 05 e 09: a partire dal 1 gennaio 2016 (data di erogazione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0-Targatura Si precisa che nel caso di compilazione del campo 88.0-Targatura, la quantità erogata deve essere valorizzata con 1 Nel caso di quantità > 1 sullo stesso codice farmaco la targatura deve essere riportata su più righe per un numero pari a quello della quantità erogata.	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità di misura
			88.0	Targatura
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LF8	Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco Vedi capitolo 12 – Controllo LF8		03.1	Ente Erogatore
			58.0	Tipo prestazione
LF9	Congruenza tra codice medicinale AIC e data di erogazione – codici revocati. Il codice farmaco alla data di erogazione indicata nella ricetta, deve essere valorizzato con un codice medicinale AIC non presente nella tabella dei farmaci revocati/sospesi indicata al capitolo 11.	SI	28.0	Codice farmaco
			15.0	Data effettuazione prestazione
LG0	Congruenza tra tipo prestazione e codice medicinale AIC Nel caso di tipo prestazione: 01 - Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero e day hospital, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo e 02 - Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, il codice medicinale AIC non può essere un medicinale in fascia H.	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LG1	Congruenza tra tipo prestazione 33 e codice prestazione Se il tipo prestazione vale 33 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con il valore 99.25.5	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
LG2	Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata Nel caso di distribuzione diretta di farmaci, identificata con le tipologie 01,02,03,04,05 e 09, nel caso di indicazione del farmaco come unità posologiche, unità misura 25, allora la quantità erogata non può essere espressa in decimali	SI	56.0	Unità di misura
			58.0	Tipo prestazione
			89.0	Quantità erogata
LG3	Congruenza tra codice medico prescrittore e tipo prestazione A partire dalla competenza mese di luglio 2018 il campo è obbligatorio per distribuzione diretta, con Tipo prestazione valorizzato 03. Il controllo non si applica nel caso di ricette del SSN per la distribuzione per conto (mod. Erogazione 'P')	SI	58.0	Tipo prestazione
			04.0	Medico Prescrittore
			57.0	Modalità di erogazione
LG4	Congruenza tra dispositivo per Flash Glucose monitoring, codice Fiscale e Tipo prestazione. I dispositivi per Flash Glucose monitoring possono essere distribuiti solo a pazienti presenti su RRD (Registro regionale diabetici) e Tipo prestazione deve essere valorizzato con '20'	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
			08.0	Codice fiscale
LG5	Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici e non. Per i farmaci oncologici e non, classificati come innovativi, è necessario indicare se sono stati distribuiti o somministrati per la terapia innovativa nel periodo di validità dell'innovatività. Se il codice farmaco è presente nell'elenco e la data della Prestazione è successiva al periodo di validità dell'innovatività il flag può essere valorizzato (caso di trattamenti iniziati prima della scadenza dell'innovatività con somministrazioni che proseguono). Se il codice farmaco non è presente nell'elenco non deve essere compilato il Flag Indicazione innovativi oncologici e non.	SI	28.0	Codice farmaco
			83.0	Flag Indicazione innovativi oncologici e non
			15.0	Data effettuazione della prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LG6	Congruenza tra tipo prestazione 12, modalità somministrazione e codice farmaco Se tipologia prestazione vale '12', la modalità di somministrazione deve essere='S' ed è ammesso il farmaco NIRSEVIMAB con i seguenti minsan: '050403031', '050403017', '050403029', '050403068', '050403043', '050403056'. Vale il viceversa.	SI	58.0	Tipo prestazione
			57.0	Modalità erogazione
			28.0	Codice farmaco
LG7	Coerenza della prestazione rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale. <u>A partire dalla competenza 2020:</u> per i soli identificativi paziente ENI/STP rilasciati dalle ASL della Regione Piemonte la prestazione deve essere coerente rispetto al periodo di validità del tesserino ISI presente nella Banca Dati Centri ISI regionale	SI	08.0	Codice fiscale
			15.0	Data effettuazione della prestazione
LG9	Congruenza tra tipo prestazione 36 e codice farmaco. Se il codice farmaco è presente nell'elenco farmaci ad alto costo il tipo prestazione non può essere valorizzato con '36'.	SI	58.0	Tipo prestazione
			28.0	Codice farmaco

8.2 Controlli Formali (tipo F)

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

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

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

8.3 Controlli Bloccanti (tipo N)

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

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

8.4 Segnalazioni

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

9 TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI

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

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

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

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

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

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

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

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

10 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI

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

La tabella riassume i nuovi nomi:

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

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

11 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

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

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

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

DWSAN - Data Warehouse Sanità →

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La tabella è pubblicata su Sistema Piemonte al seguente indirizzo :

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

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

12 TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

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

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

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

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

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

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

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

11.0 – “Provincia/Comune di residenza”

12.0 - “ASL di residenza”

62.0 – “Regione di residenza”

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

Controllo L99 - Congruenza tra Numero Ricetta e Tipo Record

Codice flusso	Controllo
D	- Lunghezza massima 15 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio - Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette - Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione
F	Nel caso di distribuzione per conto, campo 57.0 – Modalità di erogazione valorizzato con 'P': - Lunghezza massima 15 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio - Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette - Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione

Controllo LF8 - Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco

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

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

**FLUSSO INFORMATIVO
SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

TRACCIATO RECORD C

**DISCIPLINARE TECNICO STRUTTURE
PRIVATE PROVVISORIAMENTE /
DEFINITIVAMENTE ACCREDITATE**

Indice

1	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
1.1	CRONOLOGIA VARIAZIONI	3
1.2	OBIETTIVI	3
1.3	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	4
1.4	CONCETTI PRINCIPALI.....	4
2	REGOLE DI COMPILAZIONE	6
3	TIPO DI CONTROLLI	7
3.1.1	CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD.....	7
3.1.2	CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE	7
3.1.3	CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA	7
4	NOTE DI COMPILAZIONE	8
4.1	CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE	8
4.1.1	CANCELLAZIONE	8
4.1.2	SOSTITUZIONE.....	9
4.1.3	SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA.....	9
4.2	BRANCA DI EROGAZIONE	9
4.3	DISCIPLINA 56 RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	10
4.4	NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA	10
4.5	RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE	13
5	TRACCIATO RECORD	14
5.1	Tracciato anagrafico C.....	15
5.1	Tracciato C	17
6	SCHEDE ANALITICHE	18
7	SCHEDE DEI CONTROLLI	74
7.1	Controlli Logici (tipo L)	74
7.1	Controlli Formali (tipo F).....	87
7.2	Controlli Bloccanti (Tipo N)	87
7.3	Segnalazioni (Warning)	88
7.4	Segnalazioni (Alert).....	88
8	TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI	90
9	INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI	91
10	TABELLE FLUSSO C	91
11	TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI.....	92

1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 CRONOLOGIA VARIAZIONI

Versione	Variazioni
Febbraio 2025	in riferimento alla D.D 868 del 11/12/2024 sulla specialistica ambulatoriale -Inseriti i nuovi controlli: LX8, LH1 -Modificati i controlli: L05, L10, L16, L18, L19, L21, L49, L51, L57, L73, L77, L80, LB9, LD0, LD1, LD7, L03 -Modificata sezione “controlli applicati” delle schede: 52.1, 52.2, 52.3, 67.0, 68.0, 112.0 -Modificata la sezione “Osservazioni e precisazioni” delle schede: 17.0,19.0 -Modificato il paragrafo “ 4.4 NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA”
Marzo 2024	Inserito nuovi controlli LX5, LX6, LX7 di coerenza con la prescrizione NRE per i seguenti campi: tipo accesso, data prescrizione e classe priorità
Aprile 2020	In riferimento alla Nota regionale n.11115 del 01/04/2020, di istituzione dell’esonazione ‘E10’: modificato i controlli L36, LB9. Implementato nuovo controllo LE7.
Dicembre 2019	Aggiornato controllo formale del campo 08.0 – Codice Fiscale, per verifica dei codici STP rispetto banca centrale centri ISI. Implementato nuovo controllo LE6 e aggiornato controllo L13. Disattivato controllo LF4.
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
Luglio 2016	Flusso C – Nuovo Campo 118.0 – Codice Catalogo Prestazione Flusso C – Inserito controllo LF9 Flusso C- Corretta descrizione del controllo L18
Dicembre 2014	Implementazione Nuove Segnalazioni S13, S14 Implementazione Segnalazione A01 Implementazione Segnalazione A02
Maggio 2014	Flusso C – Modifica campo 13.0 – Numero Ricetta per acquisizione del NRE

1.2 OBIETTIVI

Il presente documento si pone l’obiettivo principale di offrire alle Strutture private “provvisoriamente / definitivamente accreditate” un quadro complessivo riguardante i controlli formali e logici da applicare ai dati inerenti la specialistica ambulatoriale trasmessi al CSI-Piemonte.

1.3 STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Nella prima parte del documento (capitoli 2, 3 e 4) 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 5, 6 e 7 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 novità:

- suddivisione dei dati anagrafici dai dati ricetta;
- introduzione, in tutti i tracciati di un IDENTIFICATIVO ESTERNO, generato dalle procedure utente per l'individuazione di un **blocco di informazioni**. Il blocco di informazioni individua l'insieme di righe che compongono la ricetta (dati anagrafici e dati sanitari);
- gestione del tipo movimento per consentire la cancellazione e/o sostituzione di blocchi di informazioni;
- gestione degli importi in Euro.

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 generato dalle procedure utente

Per una corretta gestione è necessario che l'IDENTIFICATIVO ESTERNO sia tale nell'ambito dell'azienda e ente inviante 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 e dall'IDENTIFICATIVO ESTERNO.

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:

OBLIGATORIO – codice OBB

Sono i campi che devono necessariamente essere compilati. La non compilazione di un campo obbligatorio comporta il blocco di record che fanno riferimento alla stessa ricetta.

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

OBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

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

NON OBLIGATORIO – codice NOB

Sono i campi che possono anche non essere compilati. La loro compilazione, pertanto, viene 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 ad 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

3.1.1 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 vengono 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.

3.1.2 CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE

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

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

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

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

3.1.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA

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

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

4 NOTE DI COMPILAZIONE

Il seguente paragrafo dà 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

Si evidenzia che per l'operazione di cancellazione sono sufficienti i soli campi che consentono di identificare il blocco delle informazioni che deve essere cancellato dalla base dati regionale.

Per il flusso C che prevede 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 non è più parte della chiave; si noti tuttavia che le regole indotte nella gestione del campo IDENTIFICATIVO ESTERNO, garantiscono l'univocità della chiave.

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

Il campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA LOCALE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'C'
- **TIPO RECORD** impostato a 'C'

4.1.2 SOSTITUZIONE

Per il flusso C che prevede 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; a partire dalla rilevazione 2006, il codice ente erogatore non è più parte della chiave; si noti tuttavia che le regole indotte nella gestione del campo IDENTIFICATIVO ESTERNO, garantiscono l'univocità della chiave.

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

- **AZIENDA SANITARIA LOCALE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'S'
- **TIPO RECORD** impostato a 'C'

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

4.1.3 SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA

La sostituzione avviene su tutto il blocco di informazioni; per la sostituzione parziale anche di una singola riga di dettaglio, deve essere inviato tutto il blocco di informazioni ricalcolando tutti gli importi.

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, non è ammessa la procedura diretta.

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

4.2 BRANCA DI EROGAZIONE

I soggetti privati che erogano prestazioni ambulatoriali per conto del Servizio Sanitario Nazionale sono provvisoriamente o definitivamente accreditati.

I soggetti privati provvisoriamente accreditati, quali risultanti dalla D.G.R. n. 77-10766 del 22.07.1996, possono erogare le prestazioni ambulatoriali di cui all'allegato 3 della D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i..

I soggetti accreditati ai sensi della D.C.R. n. 616/2000 e relativi provvedimenti attuativi, possono erogare le prestazioni delle branche specialistiche accreditate, quali risultanti dall'allegato 1 della D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i..

La legge n.724 del 23/12/94, all'art.2 stabilisce che le "richieste di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte"; pertanto 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. Conseguentemente il campo branca assume valore univoco nella sezione prestazioni del flusso "C".

Il nomenclatore adottato per le strutture e i professionisti provvisoriamente accreditati, di cui all'allegato 3 della D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004, prevede la prestazione di visita per ogni branca specialistica e pertanto la regola precedentemente descritta si applica in maniera puntuale.

Le strutture definitivamente accreditate utilizzano il nomenclatore, di cui all'allegato 1 alla D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i., relativamente alle branche specialistiche per le quali le strutture hanno ottenuto l'accreditamento.

Il predetto allegato 1 non presenta il codice visita in tutte le branche. Tale peculiarità introduce 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 la prestazione del codice visita se questa non è presente nella branca principale.

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 DISCIPLINA 56 RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

La D.G.R. n. 49-6478 del 1 luglio 2002: "DGR n. 57-5740 del 3 aprile 2002 – linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale", ha definito le nuove modalità di erogazione dell'attività di recupero e rieducazione funzionale che hanno determinato delle regole di compilazione del tracciato "C".

Il tracciato del flusso C e la sezione anagrafica sono stati modificati per permettere l'acquisizione delle informazioni che individuano un progetto di riabilitazione, in particolare il codice disabilità (campo 53.0) il campo diagnosi (29.0) e il campi della struttura che redige il progetto (campo 52.0).

Il nomenclatore tariffario applicato alle strutture **provvisoriamente accreditate** non contempla tutte le prestazioni previste nei percorsi di riabilitazione; questa limitazione viene a decadere nel momento in cui una struttura provvisoriamente accreditata per l'erogazione della disciplina 56 effettua il percorso definito dalla citata D.G.R. 49-6478/2002 e pertanto è tenuta a compilare i campi citati nel capoverso precedente.

In sintesi quando una struttura provvisoriamente accreditata per l'erogazione della disciplina 56, compila i campi relativi ad un progetto di un percorso di riabilitazione i codici prestazione della ricetta verranno verificati nell'ambito dell'Allegato 1 del nomenclatore tariffario vigente per le strutture pubbliche o equiparate.

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, delibera N. 73-13176 del 26.07.2004 "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.

La legge n.724 del 23/12/94 Art.2 indica che "ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca".

In base a tali assunti e alle indicazioni presenti nel nomenclatore tariffario, si è quindi previsto per la rilevazione del flusso “C” una serie di regole sul numero di prestazioni erogabili.

Il codice 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 prestazione nell’ambito dello stesso blocco informativo viene segnalata come errore formale sul codice prestazione.

La regola più generale è data dal numero massimo di 8 prestazioni nella stessa ricetta (si veda anche il paragrafo 4.3); concorrono a formare tale cumulo codici di prestazioni diverse o la stessa prestazione con ripetizioni 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 (divenuta branca 12 per le impegnative con data prescrizione dal 30/12/2024) alle prescrizioni 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:

- (BRANCA 98 - IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)
 - ✓ 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.
- (BRANCA 11 - IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024)
 - ✓ Per le prestazioni di laboratorio in branca 11 il campo quantità della riga del record anagrafico può arrivare a 9 in presenza dei codici prelievo 91.48.4 , 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4A.

In tutti gli altri casi il numero massimo di prestazioni è 8

- (BRANCA 56 - IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)

- ✓ 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).

- (BRANCA 12 - IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024)

- ✓ Per la branca 12 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 93043.0, 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5A (valut.funzioni corticali superiori -comunicazione) e 93.01.6A (valut.funzioni corticali superiori - motori sensitivi). 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 93.01.7A, 93.01.8A, 93.01.9A, 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 LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)
- 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 IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024).
- 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 - (PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)).

4.5 RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE

Con la rilevazione anno 2006 il livello di integrazione con la Nuova Anagrafe Sanitaria sarà potenziato introducendo il campo “82.0 – Matricola dell’unità produttiva”. Tale campo viene attivato nella rilevazione dell’anno 2007 per identificare rispetto all’anagrafe delle strutture le informazioni relative agli estremi di accreditamento.

5 TRACCIATO RECORD

Di seguito viene riportato il tracciato record inerente l'attività specialistica ambulatoriale.

In particolare viene introdotto il record anagrafico. Tale record contiene le informazioni anagrafiche del paziente e le informazioni di testata delle ricette che non ricadono nell'insieme dei dati sensibili.

L'invio del flusso C 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 TERRITORIALE**
- **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”.

5.1 Tracciato anagrafico C

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

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	C	Note
85.0	Azienda sanitaria territoriale	AN	3	1	3	OBB	Codice della azienda sanitaria territoriale (ASL) sul cui territorio è ubicata la struttura erogante
03.0	Sede Ente erogatore	AN	8	4	11	OBB	Codice sede struttura erogatrice STS.11
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	OBB	Indica il tipo di tracciato record (C)
04.0	Cod. medico prescrittore	AN	16	14	29	CON	
05.0	Cognome	AN	30	30	59	OBB	
06.0	Nome	AN	20	60	79	OBB	
	Filler	AN	16	80	95	NV	
08.0	Cod. fiscale	AN	16	96	111	OBB	
09.0	Sesso	AN	1	112	112	OBB	
10.0	Data di nascita	AN	8	113	120	OBB	
11.0	Provincia e Comune di residenza	AN	6	121	126	OBB	
12.0	ASL di residenza	AN	3	127	129	OBB	Codice dell'Asl di residenza dell'assistito.
13.0	Numero ricetta	AN	16	130	145	OBB	
20.0	Importo Ticket	N	7	146	152	OBB	Importo ticket pagato dall'assistito.
21.0	Importo totale	N	8	153	160	OBB	
40.0	Tipo movimento	AN	1	161	161	NOB	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO primo invio
38.0	Identificativo esterno	AN	20	162	181	OBB	
47.0	Quantità totale prestazioni	N	3	182	184	OBB	Quantità totale delle prestazioni
	Filler	AN	13	185	197	NV	
52.0	Codice struttura progetto						Codice struttura che redige il progetto di riabilitazione nell'ambito della BRANCA 56.
52.1	Codice sede istituto	AN	6	198	203	CON	Codice STS11
52.2	Codice disciplina	AN	2	204	205	CON	
52.3	Progressivo divisione	AN	2	206	207	CON	
61.0	Cittadinanza	AN	3	208	210	OBB	
62.0	Regione di residenza	AN	3	211	213	OBB	
63.0	ID Cittadino della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	20	214	233	CON	Per stranieri U.E. , S.E.E. e Svizzera non residenti in Italia
64.0	Codice istituzione competente della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	28	234	261	CON	Per stranieri U.E. , S.E.E. e Svizzera non residenti in Italia
65.0	Numero identificazione della Tessera Europea Assicurazione	AN	20	262	281	CON	Per stranieri U.E. , S.E.E. e Svizzera non residenti in Italia

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	C	Note
	Malattia						
66.0	Tipo medico prescrittore	AN	2	282	283	OBB	Non attivo
67.0	Data prescrizione	AN	8	284	291	OBB	
70.0	Priorità prescrizione	AN	1	292	292	OBB	
71.0	Tipo ricetta	AN	2	293	294	OBB	
69.0	Tipologia prescrizione	AN	1	295	295	OBB	
	Filler	AN	3	296	298	OBB	
78.0	Data scadenza Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	8	299	306	CON	Per stranieri U.E. , S.E.E. e Svizzera non residenti in Italia
79.0	Qualifica beneficiario	AN	1	307	307	CON	Per stranieri U.E. , S.E.E. e Svizzera non residenti in Italia
80.0	Codice riferimento normativo	AN	4	308	311	CON	Per stranieri U.E. , S.E.E. e Svizzera non residenti in Italia
81.0	Codice Attestato	AN	4	312	315	CON	Per stranieri U.E. , S.E.E. e Svizzera non residenti in Italia
60.0	Provenienza assistito	AN	1	316	316	CON	
84.0	Stampa PC	AN	1	317	317	CON	
02.0	Struttura sanitaria inviante	AN	3	318	320	OBB	Codice della struttura inviante corrispondente alla Partita IVA
91.0	Flag ricetta non completa	AN	1	321	321	CON	
93.0	Onere Spesa	AN	1	322	400	OBB	
	Filler	AN	10	323	332	NV	
114.0	Data Progetto	AN	8	333	340	CON	
	Filler	AN	60	341	400	NV	

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

- Azienda Sanitaria Territoriale (85.0)
- Identificativo Esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

5.1 Tracciato C

Tracciato record file “C” Strutture Private provvisoriamente/definitivamente accreditate Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE per residenti e non residenti

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
85.0	Azienda sanitaria locale	AN	3	1	3	Codice della azienda sanitaria locale (ASL) sul cui territorio insiste la struttura erogante	OBB
03.0	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
	Filler	AN	4	70	73		NV
25.0	Codice Branca	AN	2	74	75	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario.	OBB
	Filler	AN	1	76	76		NV
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
02.0	Struttura sanitaria inviante	AN	3	111	113	Codice della struttura inviante	OBB
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
	Filler	AN	1	117	117		NOB
118.0	Codice Catalogo Prestazione	AN	10	118	217		CON
140.0	Identificativo prenotazione CUP	AN	15	218	142		NV
	Filler	AN	8	143	150		NV

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

- Azienda sanitaria locale (85.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

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

6 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 <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record. VALORI AMMESSI: espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella di riferimento. TABELLE DI RIFERIMENTO: quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga.
Correttezza Logica	Sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico. La descrizione dettagliata è accessibile nel capitolo 7 del documento.
Osservazioni e Precisazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		02.0
C	OBB		
NOME CAMPO: Struttura sanitaria inviante			

DESCRIZIONE CAMPO

Codice della struttura corrispondente alla Partita IVA

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella. (*)

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Aziende Private Inviante da Anagrafe delle strutture.

CONTROLLI APPLICATI

LC2 – Congruenza tra codice ente erogatore, azienda e codice della struttura inviante.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

(*) Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di informazione nel file dei dati di dettaglio

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		03.0
C	OBB		
NOME CAMPO: Ente erogatore			

DESCRIZIONE CAMPO

Codice STS.11 della struttura erogatrice

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS.11

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C:

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

L03 – Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda sanitaria locale

L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca e matricola

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

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

LC1 – Congruenza tra codice ente erogatore e codice struttura inviante

LC2 – Congruenza tra codice ente erogatore, azienda e codice della struttura inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

Il campo sarà composto dal codice STS.11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi.

NOME CAMPO: Codice medico prescrittore

DESCRIZIONE CAMPO

Codice regionale del medico

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice del medico, E99999R

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei medici

CONTROLLI APPLICATI

L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

- Codice medico prescrittore per ricette extra regione oppure E99999R se illeggibile

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		05.0
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 (*) E' ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonymato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome

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

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
ANAG	Modalità		
	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 (*) E' ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonimato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Codice fiscale del paziente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice fiscale. Sono ammessi anche "9999999999999999", codice STP, codice ENI, "0000000000000000"	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome L30 – Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta LA6 – Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket – residenti LX4- Verifica di corrispondenza tra Numero NRE e codice fiscale LE6 – Congruenza tra data prescrizione, codice STP/ENI e Banca Dati Centri ISI regionali LE7 – Congruenza tra codice esenzione, data prescrizione e codice fiscale per esenzione in AURA

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per la compilazione si veda la tabella di supporto al controllo L89, di cui al paragrafo 11. 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". 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 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". Il controllo formale sul codice fiscale avviene 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: - 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) Con nota prot. n. 15420/D028/28.5 del 22.12.2006 è stata introdotta la segnalazione S07- codice fiscale non presente in archivio B.A.R.

TRACCIATO			
	Modalità		
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: Sesso			

DESCRIZIONE CAMPO
Sesso dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1 (per maschio) o 2 (per femmina)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI	

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	
I valori sono stati uniformati al flusso dei Dimessi; 1- Maschio 2- Femmina	

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: numero della ricetta del ricettario nazionale

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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

L48 – Controllo di congruenza tra ID Esterno, Numero Ricetta e Tipo Movimento per la sostituzione del numero ricetta

L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico

L99 – Congruenza tra numero di ricetta e tipo record

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

LD2 – Congruenza tra ricetta SSN, prescrizione prestazione TSH e “autoimpegnativa interna” analisi riflesse

LD3 – Congruenza tra “autoimpegnativa interna” e prestazioni analisi riflesse cui D.G.R. 21 - 9688 del 30.12.2008

LX1 - Numero NRE di prescrizione tipo DPCM

LX2- Prescrizione DM annullata

LX3 - Numero di ricetta NRE non presente in archivio:

LX4 - Verifica di corrispondenza tra Numero NRE e codice fiscale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Con l'adozione della nuova ricetta la lunghezza passa da 16 caratteri a 15; dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta; il numero ricetta va allineato a sinistra e il carattere rimanente compilato a spazio.

Per ricette SSN e SASN aventi uno dei seguenti schemi:

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

per ricette SASN: “001” oppure “002” + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank.

Ricetta Autoimpegnativa interna da utilizzarsi per la registrazione delle prestazioni analisi riflesse cui D.G.R. 21 - 9688 del 30.12.2008. Vale il seguente schema:

Prime 15 cifre numerazione formale ricetta SSN + ‘A’ (Impegnativa interna)

Per impegnative prescritte in dematerializzata (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)

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

Con nota prot. n. 15420/D028/28.5 del 22.12.2006 è stata introdotta la segnalazione S06 – ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.U.R.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		14.0
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
NOME CAMPO: Data di effettuazione della prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO

Data di effettuazione della prestazione

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

- L01 – La data di inizio ciclo deve essere minore o uguale alla data di effettuazione della prestazione
- L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore
- L04 – La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione
- L05 – Codice prestazione esistente nell'annodierogazione
- L08 – La data della prestazione non deve essere maggiore della data di trasmissione.
- L11 – Congruenza tra importo totale e quantità (per le sole righe dettaglio)
- L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione
- L30 – Se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni
- L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo , data di erogazione e data progetto riabilitativo
- L97 - Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel caso di un ciclo di prestazioni, riportare la data dell'ultima prestazione del ciclo

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		17.0
NOME CAMPO: Codice prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Strutture private definitivamente accreditate: Allegato "1" del nomenclatore tariffario regionale;

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione
L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca e matricola
L16 – Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento
L18 – Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione
L19 – Congruenza tra campi quantità, branca 98 e codice prestazione
L21 – Congruenza tra campo branca 56 e codice prestazione
L49 - Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo
L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione
L73 – Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità
L76 – Congruenza tra codice prestazione e struttura erogante
L77 – Congruenza tra codici prestazione 89.7.1, 89.7
L79 – Congruenza prestazioni multiple di TAC o RMN e abbattimento importo
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 individuate da DRG 46-10149.
LD6 - Congruenza tra codice prestazione , importo e regime di libera professione
LD7 - Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico
LF4 - Controllo appropriatezza prestazioni in Branca 69 - "Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica".

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per le prescrizioni antecedenti al 01 ottobre 2016, è obbligatorio la compilazione del campo 17.0 codice prestazione; 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, ricette poligrafico, successive al 01 ottobre, sono ammessi o il codice catalogo, o il codice nomenclatore oppure entrambi.

In presenza di codice catalogo, qualora fosse anche compilato il campo 17.0 - codice prestazione, quest'ultimo può essere presente su più righe di dettaglio.

PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024

Se anche UN SOLO codice prestazione della ricetta è lungo 8 caratteri, questo campo non deve essere compilato. In questo caso occorre valorizzare SOLO il campo "Codice catalogo prestazione"(118.0) per tutte le prestazioni della ricetta

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		18.0
NOME CAMPO: Quantità			

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: numero massimo di prestazioni previste dalla normativa vigente

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L11 – Congruenza tra Importo totale e quantità (per le sole righe di dettaglio)
L18 – Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione
L19 – Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione
L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio
L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione
L73 – Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità
L83 – Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket e Codice identificativo esenzione.

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

I valori possibili hanno il seguente significato:

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 totale; 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)

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 2010 (**valido per le impegnative con data prescrizione fino al 29/12/2024**)

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: Importo Ticket			

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: N

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il formato degli importi deve essere NNNN,NN

L'importo massimo è pari a 46,15 Euro.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
C	OBB		
NOME CAMPO: Importo totale			

DESCRIZIONE CAMPO

Per il tracciato C: 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.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: maggiori o uguali a 0. Valori previsti nella tabella di riferimento.

TABELLE DI RIFERIMENTO: nomenclatore tariffario regionale

CONTROLLI APPLICATI

L11 – Congruenza tra importo totale e quantità (per le sole righe di dettaglio)

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il formato degli importi deve essere NNNNN,NN

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
C	OBB		
NOME CAMPO: Tipo record			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia del tracciato record

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore ammesso “C “

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L73 – Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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: gmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – La data di inizio ciclo deve essere minore o uguale alla data di effettuazione della prestazione

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

L83 – Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		25.0
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 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

CONTROLLI APPLICATI

L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca e matricola
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
L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		29.0
NOME CAMPO: Codice diagnosi			

DESCRIZIONE CAMPO

Codice diagnosi ICD-IX CM

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella ICD –IX CM

CONTROLLI APPLICATI

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo deve essere compilato contemporaneamente ai campi 52.0 e 53.0

Nel controllo formale vengono controllati i primi tre caratteri.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
C	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 locale e dell'ente erogatore

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L48 - Controllo di congruenza tra ID Esterno, Numero Ricetta e Tipo Movimento per la sostituzione del numero ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice deve essere univoco nell'ambito dell'azienda locale, dell'ente erogatore e del tipo record. Il codice deve essere diverso anche per anni di competenza diversi

Tale identificativo viene utilizzato nell'invio del flusso C al Ministero della Salute e pertanto si rende necessaria una un'uniformità di compilazione che si attiene alle seguenti regole:

- 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)

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	NOB		40.0
C	NOB		
NOME CAMPO: Tipo movimento			

DESCRIZIONE CAMPO

Flag 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 – Controllo di congruenza tra ID Esterno, Numero Ricetta e Tipo Movimento per la sostituzione del numero ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		43.0
NOME CAMPO: Codice identificativo esenzione			

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici esenzione

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket e Codice identificativo esenzione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO
Quantità totale delle prestazioni

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: N
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		
NOME CAMPO: Codice struttura che redige il progetto			

DESCRIZIONE CAMPO

E' 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: 7

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice STS11 della struttura

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella STS11

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 o nuova BRANCA 12, codice disciplina e progressivo divisione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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 omissso.

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 omissso; 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.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		61.0
NOME CAMPO: Cittadinanza			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la cittadinanza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

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

CONTROLLI APPLICATI

L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Assume valore

- 100 per la cittadinanza italiana
- codice stato estero definito dal Ministero dell'Interno

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
			62.0
NOME CAMPO: Regione Residenza o Stato Estero di Residenza			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codici delle regioni Italiane, o codici Stati esteri	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT delle Regioni Italiane, Tabella stati esteri. Tabella al paragrafo 11	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Assume valore - codice ISTAT delle Regioni Italiane, se cittadino italiano residente in Italia - codici Stati esteri

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		63.0
NOME CAMPO: ID Cittadino			

DESCRIZIONE CAMPO

Indicare il “Numero di identificazione personale” di cui al campo nr. 6 della tessera europea di assicurazione di malattia

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 11.

CONTROLLI APPLICATI

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – C	OBB		66.0
NOME CAMPO: Tipo medico prescrittore			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice della tipologia del prescrittore

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 05

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella tipologia prescrittore

CONTROLLI APPLICATI

L91 - Congruenza tra numero ricetta e codice medico

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

I valori ammessi sono i seguenti:

01: medico di medicina generale, pediatra di base, guardia medica, guardia turistica

05: medico prescrittore ISI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
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:

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

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

L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita

L82 – Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione

LE6 – Congruenza tra data prescrizione, codice STP/ENI e Banca Dati Centri ISI regionali

LE7 – Congruenza tra codice esenzione, data prescrizione e codice fiscale per esenzione in AURA

LX6– Congruenza tra data prescrizione e data compilazione della ricetta NRE

LX8 - Validità ricetta alla data di prenotazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		68.0
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:

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

LX8 - Validità ricetta alla data di prenotazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	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 o A

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

“S” : suggerita; indica se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero.

“A” : altro

Tale informazione deve essere dedotta dalla biffatura dell'apposita casella della nuova ricetta.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		70.0
NOME CAMPO: Priorità della prescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO

Priorità della prescrizione

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: U, B, D, P

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LX7 – Coerenza con la classe priorità della ricetta NRE

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Indicare:

“U” – per “urgente”: da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore

“B” – per “breve”: da eseguire entro 10 giorni

“D” – per “differita”: da eseguire

- entro 15 o 30 giorni per le visite

- entro 30 o 60 giorni per gli accertamenti specialistici

“P” – per “programmata”

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..

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		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 11.

CONTROLLI APPLICATI

L89 - Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

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

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

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.
ANAG	CON		
NOME CAMPO: Data scadenza Tessera Europea Assicurazione Malattia			

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 e 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 e Svizzera).

Legenda valori

A : Lavoratore subordinato

B : Lavoratore autonomo

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

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

E : Altro

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	NV		82.0
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: Attualmente da non valorizzare

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca e matricola

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

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		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 autoimpegnative interne valorizzare a spazio

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		85.0
C	OBB		
NOME CAMPO: Azienda sanitaria locale			

DESCRIZIONE CAMPO

Codice della azienda sanitaria locale (ASL) e sul cui territorio insiste la struttura erogante

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella. (*)

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Aziende Sanitarie locali.

CONTROLLI APPLICATI

LC2 – Congruenza tra codice ente erogatore, azienda e codice della struttura inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

(*) Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di informazione nel file dei dati di dettaglio.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
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 Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i..

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		92.0

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, 90.94.3, 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, 91.07.5, 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 e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

I valori ammessi sono i seguenti:

A: Spesa a carico del SASN

I: Spesa a carico del Ministero dell'Interno

M: Spesa a carico del Ministero della Salute

S: Spesa a carico del SSN

Spazio: nel caso di Libera Professione

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		113.0
NOME CAMPO: Garanzia Tempi Massimi			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicazione della garanzia dei tempi massimi di attesa

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi: 1: utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi d’attesa. 0: utente che non rientra nella categoria precedente. Il valore è attribuito sulla base del campo 70.0 –Priorità della prescrizione

TRACCIATO			114.0
	Modalità		
ANAG - C	CON		
NOME CAMPO: Data progetto riabilitativo			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data del Progetto Riabilitativo Individuale

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA:8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Codice di prestazione esistente nell'anno di erogazione

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		118.0
NOME CAMPO: Codice Catalogo Prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO

Il campo riporta il la codifica come da catalogo prestazioni rif DD 221 del 28/04/2016 e s.m.i.

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo sarà rilevato dalle prescrizioni a partire dalla prescrizioni del 01 Ottobre 2016.

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, ricette poligrafico, successive al 01 ottobre, sono ammessi o il codice catalogo, o il codice nomenclatore oppure entrambi

	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		140.0
NOME CAMPO: Identificativo Prenotazione CUP			

DESCRIZIONE CAMPO
Numero identificativo prenotazione CUP regionale

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 15	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Identificativo della prenotazione CUP	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione di tale campo è richiesta se tracciata nei sistemi aziendali

7 SCHEDE DEI CONTROLLI

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

7.1 Controlli Logici (tipo L)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			N°	NOME
L01	La data di inizio ciclo deve essere minore o uguale alla data di effettuazione della prestazione	SI	24.0	Data inizio ciclo
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L02	Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore. Il codice dell'ente erogatore deve esistere alla data di effettuazione della prestazione. Quindi la data di effettuazione della prestazione deve essere compresa tra la data di apertura e chiusura dell'ente erogatore.	SI	3.0	Ente erogatore
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L03	Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante Il codice deve essere attivo presso l'Azienda sanitaria inviante. NON ATTIVO	SI	03.1	Ente erogatore inviante
			02.0	Struttura sanitaria Inviante
L04	La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione.	SI	10.0	Data di nascita
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L05	Congruenza tra codice prestazione e data prescrizione Il codice prestazione indicato deve essere valido alla data di prescrizione della ricotta	SI	17.0	Codice prestazione
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
			67.0	Data prescrizione

L06	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e Asl 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" oppure "ENIEEE" allora l'Asl di residenza deve contenere "999".	SI	11.0	Provincia e Comune di residenza
			12.0	ASL residenza
L07	Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket e Codice identificativo esenzione. Per le posizioni 1,3 o 5 il codice esenzione deve ricadere nella tabella codici esenzione pubblicata sul sito extranet	SI	19.0	Posizione utente nei confronti ticket
			43.0	Codice Identificativo esenzione
L08	La data della prestazione non deve essere maggiore della data di trasmissione	SI	15.0	Data della prestazione
				Data trasmissione
L10	Congruenza tra codice prestazione e codice branca e matricola Il codice prestazione deve appartenere alla branca specialistica per la quale la struttura è accreditata; la branca di erogazione deve essere coerente alla matricola dell'unità produttiva L'accreditamento deve essere valido alla data di erogazione della prestazione	SI	17.0	Codice prestazione
			03.0	Ente erogatore
			25.0	Codice Branca
			82.0	Codice matricola
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L11	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		21.0	Importo totale
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
			18.0	Quantità

L13	Congruenza anonimato Nel caso di cittadini residenti in Italia, cittadini italiani all'estero e assistiti italiani e in presenza di ricette autoimpegnative si effettuano le seguenti verifiche: - se il codice fiscale è uguale a sedici '9' il Cognome e il Nome dovranno essere valorizzati con 'ANONIMO' - nel caso di cittadini STP e ENI il Cognome e il Nome dovranno essere valorizzati con 'ANONIMO' e il campo Codice fiscale dovrà riportare il codice STP/ENI indicato nel tesserino	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante
			13.0	Numero Ricetta
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	Il codice prestazione deve essere presente nel nomenclatore tariffario di riferimento	SI	17.0	Codice della prestazione
L17	La ricetta non deve essere già esistente nel tipo record. Segnalato nel caso in cui la ricetta corretta è stata inviata con un identificativo diverso da quello originale.	SI	3.0	Ente erogatore
			13.0	Numero ricetta

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL O C C O	CAMPO	
			N°	NOME
L18	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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 (valut.funzioni corticali superiori -comunicazione) e 93.01.6 (valut.funzioni corticali superiori - motori sensitivi). 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. (PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024) Congruenza tra campi quantità e branca 12 e codice prestazione Per la branca 12 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 93043.0, 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5A (valut.funzioni corticali superiori -comunicazione) e 93.01.6A (valut.funzioni corticali superiori - motori sensitivi). 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 93.01.7A, 93.01.8A, 93.01.9A, 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.	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice Branca

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			N°	NOME
L19	(VALIDO PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione Per strutture definitivamente accreditate Per la branca 98 il campo quantità della riga del record anagrafico può essere superiore a 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. • in presenza del codice 90.81.5 il numero massimo di prestazioni può essere 40 Per strutture provvisoriamente accreditate. 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, 91.49.2, 91.49.3; in questo caso il numero massimo di prestazioni può essere 16.	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, primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a STP e ENI.. Per Tipo Ricetta valorizzato con EE, UE, Ne, NX e soggetti apolidi 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	5.0	Nome
			6.0	Cognome
			8.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e Comune di residenza
			71.0	Tipo Ricetta
L21	(VALIDO PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione	SI	17.	Codice Prestazione
			25.0	Codice Branca
L30	. Se il codice fiscale contiene tutti zero (Neonati) la differenza fra data erogazione e data nascita non deve superare 30 giorni	SI	8.0	Codice fiscal
			15.0	Data erogazione prestazione
			10.0	Data di nascita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	B L O C C	CAMPO	
			N°	NOME
L36	Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket Se la posizione utente nei confronti del ticket vale “2” o “4” l’importo ticket deve essere maggiore di zero; se assume valori “0”, “1” o “5”, l’importo ticket deve essere uguale a zero; se vale “3” l’importo ticket deve essere uguale a zero tranne che con cod. esenzione ‘E10’ (esenzione relativa alla quota fissa).	SI	19.	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
L37	Congruenza tra azienda sanitaria locale, ente erogatore, identificativo esterno e tipo record Codice esterno duplicato nell’ambito dell’azienda sanitaria, ente erogatore e tipo record (univocità della chiave primaria). NON ATTIVO	SI	2.0	Codice azienda sanitaria locale
			3.0	Ente erogatore
			23.0	Tipo Record
			38.0	Identificativo esterno
L40	Controllo disattivato	SI	02.0	Azienda Sanitaria Inviante
L47	Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio La somma del campo quantità righe dettaglio deve essere uguale al campo quantità del record anagrafico ed inferiore o uguale 8 per tutte le branche con le seguenti eccezioni: - 8/16 branche 98 (controllo L19) - 36 /48 per la branca 56 (controlli L18-L21) - 72 per la branca 70 (controllo L51) - 90 per la branca 79 (controllo L50)	SI	18.0	Quantità righe dettaglio
			47.0	Quantità record anagrafico
L48	Controllo di congruenza tra ID Esterno, Numero Ricetta e Tipo Movimento per la sostituzione del numero ricetta. Per sostituire un numero di ricetta occorre inviare il record con lo stesso ID Esterno e numero ricetta assegnando al Tipo movimento il valore ‘C’, successivamente inviare il record con il		13.0	Numero ricetta
			38.0	Identificativo esterno
			40.0	Tipo movimento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			N°	NOME
L49	<u>(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)</u> Per le ricette relative alla branca 56 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 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 <u>PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024)</u> Per le ricette relative alla branca 12, vengono verificate le seguenti condizioni: – in presenza di prestazioni visita (codice 89.01.W e codice 89.7B.2) , il campo codice diagnosi e il campo codice disabilità 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 anche una sola delle seguenti prestazioni di “Valutazione protesica”: 93.03, 93.03.1, 93.03.2, 93.03.3 il controllo L49 non viene applicato in quanto non rientra in un progetto riabilitativo		17.0	Codice prestazione
			53.0	Codice disabilità
			29.0	Codice diagnosi
			52.0	Codice struttura progetto
			60.0	Provenienza assistito
			114.0	Data del progetto riabilitativo
L51	<u>(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024)</u> Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione Per la branca 70 il campo quantità della riga del record anagrafico deve essere minore o uguale a 72. Per tale branca si accettano fino a 6 diversi codici di prestazione		17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice branca

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	B L O C	CAMPO	
			N°	NOME
L57	Congruenza tra codice struttura che redige il progetto e codice disciplina Nell'ambito della branca 56 (per le impegnative con data prescrizione fino al 29/12/2024) o 12 (per le impegnative con data prescrizione dal 30/12/2024) 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		52.1	Codice Istituto
			52.2	Codice disciplina
			52.3	Progressivo divisione
L73	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) Congruenza tra tipo record, 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 assumere fino al valore 10 se la ricetta ha come unico codice prestazione uno di quelli elencati		17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			23.0	Tipo Record
L76	Congruenza tra codice prestazione e struttura erogante La prestazione 14.29.1 è erogata solo da strutture abilitate mediante D.G.R.	SI	17.0	Codice prestazione
			03.0	Ente erogante
L77	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) Congruenza tra codici prestazioni 89.7.1 e 89.7 La prestazione 89.7.1 può essere inviata in presenza della prestazione 89.7	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
L78	Congruenza codice prestazione 89.01 e prestazioni branca 69 con utilizzo del medico anestesista La prestazione 89.01 – Anamnesi e valutazione definite brevi, in branca 69, può essere inviata con una delle prestazioni per le quali è previsto l'utilizzo del medico anestesista	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
L79	Non più attivo	SI		

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	B L O C	CAMPO	
			N°	NOME
L80	Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo , data di erogazione e data progetto riabilitativo Le date di: prenotazione, prescrizione ed eventualmente la data del progetto riabilitativo, per le branche: 56 (PER LE PRESCRIZIONI FINO AL 29/12/2024), 12 (PER LE PRESCRIZIONI CON DATA dal 30/12/2024), devono essere minori o uguali alla data di inizio ciclo (se presente) e minori o uguali alla data di erogazione della prestazione	SI	15.0	Data di effettuazione della prestazione
			24.0	Data inizio ciclo
			67.0	Data di prescrizione
			68.0	Data di prenotazione
			114.0	Data del progetto riabilitativo
L81	Congruenza tra data prescrizione e data di nascita La data di prescrizione 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 differenza tra data di prenotazione e data di prescrizione non può essere superiore a 31 giorni. Controllo non attivo	SI	67.0	Data di prescrizione
			68.0	Data di prenotazione
L83	Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni 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
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 e tipo ricetta Devono essere rispettate le regole di congruenza tra campi definiti dalla tabella riportata a paragrafo 11	SI		Vedi paragrafo 11
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 e Svizzera i campi relativi alla tessera TEAM devono essere tutti valorizzati. Ad eccezione dei cittadini italiani residenti all'estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996) dove onere spesa valorizzato ad 'S'.	SI	63.0	ID-Cittadino
			64.0	Nr. Identificativo tessera
			65.0	Codice istituzione competente
			78.0	Data scadenza
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
L91	Congruenza tra numero ricetta e codice medico. Se la ricetta appartiene al SSN il campo medico prescrittore può essere inviato a spazi	SI	04.0	Codice medico prescrittore
			13.0	Numero ricetta
L95	Congruenza informazioni mobilità internazionale. Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE e Svizzera, 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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	B L O C C	CAMPO	
			N°	NOME
L97	Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione L'unità produttiva (identificata mediante la matricola) deve appartenere all'ente di erogazione e essere attiva alla data di erogazione della prestazione. Sono accettate le matricole abbinate alla struttura erogante della prestazione esistente alla data di erogazione della prestazione.		03.0	Ente erogatore
			15.0	Data erogazione prestazione
			82.0	Matricola unità produttiva
L99	Congruenza tra numero di ricetta e tipo record Vedi paragrafo 11 – controllo L99	SI	13.0	Numero ricetta
			23.0	Tipo Record
LA1	Non più attivo			
LA2	Non più attivo			
LA4	Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket – stranieri 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, NT Se tipo ricetta è valorizzato con ST con codice fiscale ENI la posizione utente nei confronti del ticket può assumere valori 1,2,5 NT 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 NT		71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
LA6	Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket – residenti. Se il campo tipo ricetta è valorizzato con NA o ND la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori 1,2,3,5 Nel caso di cittadini residenti o domiciliati in Italia allora la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori 1,2,3,4,5		71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
LB8	Congruenza tra ricetta e Stampa PC 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		13.0	Numero ricetta
			84.0	Stampa PC

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			N°	NOME
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.) l'importo ticket è determinato sommando i valori delle singole prestazioni presenti nella ricetta con riferimento: -all'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011 (Per le prestazioni prescritte fino al 29/12/2024) -all'allegato A della D.D. 868 del 11/12/2024 (Per le prestazioni prescritte dal 30/12/2024) fino a un massimo di 36,15€ per ricetta In tutti i casi, qualora il flag ricetta non completa sia valorizzato ad 'N' il ticket può essere superiore al ticket	SI	20.0	Importo ticket
			91.0	Flag ricetta non completa
			15.0	Data effettuazione prestazione
			67.0	Data prescrizione
LC1	Congruenza tra codice ente erogatore e codice struttura inviante Il codice ente erogatore deve essere attivo presso la Struttura sanitaria inviante.	SI	03.1	Ente erogatore inviante
			02.0	Struttura sanitaria Inviante
LC2	Congruenza tra codice ente erogatore, azienda e codice della struttura inviante Il codice ente erogatore deve essere attivo presso l'Azienda sanitaria locale e il codice struttura inviante	SI	85.0	Azienda sanitaria locale
			03.0	Ente erogatore
			02.0	Struttura sanitaria inviante
LD0	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice prestazione Se la Posizione utente nei confronti del ticket è uguale a 'NT' il codice prestazione deve essere una di quelle individuate dalla D.G.R. 84 –10526 del 29/12/2009, oppure una delle analisi riflesse individuate dalla D.G.R. 21-9688 del 30.09.2008, se la struttura appartiene all'ASL TO4 o CN1. Il controllo deve verificare la condizione viceversa, ad eccezione delle prestazioni individuate dalla D.G.R. 21-9688 del 30.09.2008	SI	19.0	Posizione utente nei confronti ticket
			17.0	Codice prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL O C C O	CAMPO	
			N°	NOME
LD1	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) 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, con la stessa sede ed indirizzo dell'ambulatorio, nella quale 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 Branca
LD2	Congruenza tra ricetta SSN, prescrizione prestazione TSH e "autoimpegnativa interna" analisi riflesse. In caso di impegnativa interna prestazioni riflesse, dovrà essere verificata la compresenza nel archivio di una ricetta SSN la cui numerazione è uguale ai primi 15 caratteri della ricetta autoimpegnativa, prescritta allo stesso paziente (riferimento codice fiscale), ed erogata alla stessa data nello stesso punto di erogazione.	SI	13.0	Numero Ricetta
			17.0	Codice prestazione
			08.0	Codice Fiscale
			15.0	Data Prestazione
			82.0	Matricola Unità produttiva
LD3	Congruenza tra "autoimpegnativa interna" e prestazioni analisi riflesse cui D.G.R. 21- 9688 del 30.12.2008. Il modello autoimpegnativa interna può essere solo utilizzato per prestazioni relative analisi riflesse (codici 90.42.3, 90.43.3, 90.54.4, 90.51.4)	SI	13.0	Numero Ricetta
			17.0	Codice prestazione
LD7	(PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE FINO AL 29/12/2024) Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico. Nel caso di prestazione di laboratorio la cui tariffa ricomprende 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.	SI	17.0	Codice Prestazione
			92.0	Flag Positività esame batteriologico
LE6	Congruenza tra data prescrizione, codice STP/ENI e Banca Dati Centri ISI regionali. Gli identificativi pazienti ENI/STP rilasciati dalle ASL della Regione Piemonte dovranno essere validi alla data di prescrizione della prestazione. Nel controllo viene verificato che la data prescrizione sia compresa tra data inizio e fine validità del codice presente nella Banca Dati Centri ISI regionale.	SI	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.	SI	43.0	Codice identificativo esenzione
			08.0	Codice fiscale
			67.0	Data prescrizione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL O C C O	CAMPO	
			N°	NOME
LF9	Congruenza tra codice catalogo e codice prestazione Il codice catalogo indicato in ricetta deve essere congruente con il codice prestazione da nomenclatore indicato, come DD 2561 del 15/09/2016 e s.m.i. a partire dalle prescrizioni del 01 Ottobre 2016.		17.0	Codice prestazione
			118.0	Codice catalogo prestazione
			67.0	Data prescrizione
LH1	PER LE IMPEGNATIVE CON DATA PRESCRIZIONE DAL 30/12/2024) Congruenza tra campi quantità e branca 11 (nuovo laboratorio) e codice prestazione . Per le prestazioni di laboratorio in branca 11 il campo quantità della riga del record anagrafico può arrivare a 9 in presenza dei codici prelievo 91.48.4 , 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4A. In tutti gli altri casi il numero massimo di prestazioni è 8.		17.0	Codice prestazione
			118.0	Codice catalogo prestazione
			67.0	Data prescrizione
LX1	Congruenza tra numero ricetta e flag ricetta interna per prescrizioni DPCM Il record viene scartato nel caso in cui nel campo 13.0 numero ricetta, per prescrizioni DPCM, sia indicato il numero NRE ed il campo FLAG_RICETTA INTERNA non si valorizza. Si ricorda che in caso di prescrizioni DPCM di «ricetta rossa» nel campo 13.0 occorre indicare il numero di ricetta del poligrafico.		13.0	Numero Ricetta
LX2	Prescrizione DM annullata: il record viene scartato nel caso in cui nel campo 13.0- numero ricetta, sia indicato un numero NRE afferente ad una prescrizione annullata.		13.0	Numero Ricetta
LX3	Numero di ricetta NRE non presente in archivio: il record viene scartato nel caso in cui nel campo 13.0- numero ricetta, per prescrizioni regionali DM di tipo specialistica, sia indicato un numero NRE non presente in archivio SAR/SAC. Vengono scartati anche invii relativi a NRE di tipo farmaceutico.		13.0	Numero Ricetta
LX4	Verifica di corrispondenza tra Numero NRE e codice fiscale: Numero di ricetta NRE attribuito a paziente diverso da quello indicato nell'archivio SAR/SAC.		13.0	Numero Ricetta
			08.0	Codice Fiscale
LX5	Verifica di coerenza con tipo accesso della ricetta NRE: Tipo accesso diverso da quello presente nella ricetta NRE nell'archivio SAR/SAC	SI	13.0	Numero Ricetta
			112.0	Tipo accesso
LX6	Verifica di congruenza tra data prescrizione e data compilazione della ricetta NRE: Data prescrizione diversa dalla data compilazione della ricetta NRE presente nell'archivio SAR/SAC		13.0	Numero Ricetta
			67.0	Data prescrizione
LX7	Verifica di coerenza con priorità prescrizione della ricetta NRE: Priorità della prescrizione diversa da quella presente nella ricetta NRE nell'archivio SAR/SAC		13.0	Numero Ricetta
			70.0	Priorità della prescrizione
LX8	Validità ricetta alla data di prenotazione - se tipo accesso='1' la data prenotazione non deve superare data prescrizione +60gg - se tipo accesso='0' la data prenotazione non deve superare data prescrizione +180 gg		112.0	Tipo accesso
			67.0	Data prescrizione
			68.0	Data prenotazione

7.1 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)
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

7.2 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	

N11	Cancellazione/sostituzione ricetta anno contabile chiuso non ammessa	SI	Non sono ammesse sostituzione 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"

7.3 Segnalazioni (Warning)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S06	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.UR	NO
S07	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S08	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S09	Non più valido dal 01/01/2015	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

7.4 Segnalazioni (Alert)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
SA1	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA	I record inerenti a questa segnalazione verranno acquisiti a fini statici, mentre per quanto concerne l'eventuale valorizzazione si procederà secondo le indicazioni che verranno fornite dal competente Settore della Direzione Sanità
SA2	Incongruenza tra Codice Fiscale e Codice Esenzione: il codice fiscale non risulta attribuito in AURA al codice esenzione indicato in ricetta. Solo per Flusso C	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
SX1	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.
SX2	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.

SX3	Numero ricetta NRE fuori regione non presente in archivio	Per le prescrizioni fuori regioni di ricette dematerializzate, 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.
SX4	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.
SX5	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.
SX6	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.

8 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.

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 dato anagrafico inesistente a fronte di un dato di dettaglio presente
- N08 dato di dettaglio inesistente a fronte del dato anagrafico presente

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

Nel caso di record di dettaglio inesistente verranno restituiti 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.

9 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI

Far Riferimento al manuale di MOBS – Gestore Flussi

10 TABELLE FLUSSO C

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

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

Le tabelle sono fruibili dalla sezione DWSAN -

Data Warehouse Sanità →

FLUSSI SDO e Prestazioni → Istituti Privati (Ambulatori) → Tabelle istituti privati

Tabella esenzioni – Elenco codici di esenzione pagamento ticket.

Tabella medici – Contiene l’elenco dei medici prescrittori.

Tariffario regionale Prestazioni – Contiene l’elenco delle prestazioni (codice e descrizione) con relativa tariffa.

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

La tabella è pubblicata su Sistema Piemonte al seguente indirizzo :

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

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

11 TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

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

Controllo L99 - Congruenza tra Numero Ricetta e Tipo Record

Codice flusso	Controllo
C	- 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 e le cifre in posizione 4 e 5 appartengono all'anno di competenza o all'anno precedente Il controllo nell'ambito del R.U.R., verrà applicato nel corso del 2006; in assenza di tale controllo la verifica si esplica sulla composizione formale del nr. di ricetta.

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

- **71.0 Tipo Ricetta:** nella scheda di riferimento è presente la legenda dei valori applicabili
- **72.0 Regime di erogazione della prestazione:** nella scheda di riferimento è presente la legenda 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 “STP9999999999999999” oppure il codice ISI avente la seguente struttura: “STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche” ”; ENI deve essere utilizzato per i cittadini stranieri comunitari sprovvisti di assicurazione sanitaria o tessera TEAM e si utilizza ‘ENI9999999999999999’ oppure il codice ISI avente la seguente struttura : “ENI +010+ codice ASL + 7 cifre numeriche)
- **11.0 Provincia e comune o stato estero di Residenza** (COMUNE indica un codice comune italiano; 999EEE indica una stringa con codice 999 seguita da un codice stato; STPEEE indica una stringa con codice STP seguita da un codice stato)
- **62.0 Regione o stato estero di residenza** (REG indica una regione / provincia autonoma italiana / stato estero)
- **12.0 ASL di residenza** (ASL indica una ASL italiana/999 indica stato estero)
- **61.0 Cittadinanza** (solo Europa: sono ammessi solo codici di stati appartenenti alla UE; extra Europa: sono ammessi tutti i codici eccetto quelli della UE)
- **93.0 Onere spesa** (a partire dall’elaborazione del 8 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

La seguente tabella valida a partire dall'elaborazione del 8 marzo 2010

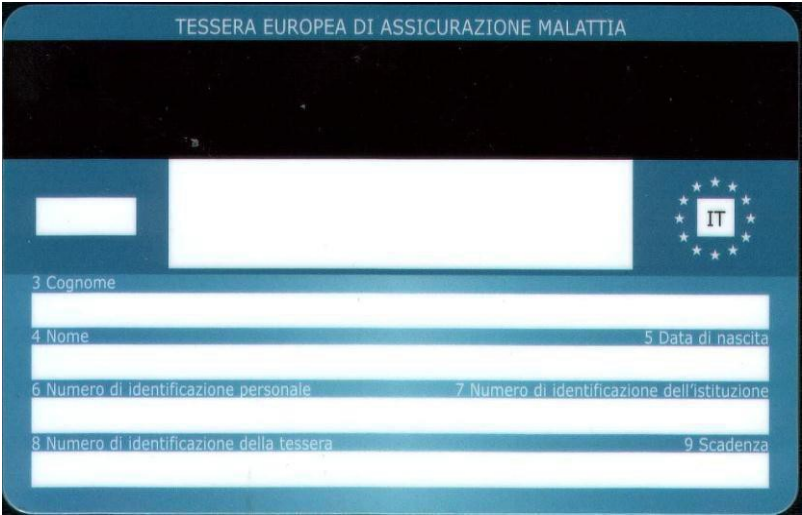
N.	TIPOLOGIA UTENTE	TIPO RICETTA	ID CITTADINO	COD FISCALE	COMUNE STATO RESIDENZA	REGIONE RESIDENZA	ASL RESIDENZA	CITTADINANZA	ONERE SPESA	MODULISTICA DI RIFERIMENTO	MOBILITA'	MODALITA' DI ADDEBITO
1	Residenti o domiciliati, assistiti a carico SSN	nullo	nullo	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se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

6	Assistiti italiani SASN con visita ambulatoriale	NA	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100	A		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta
7	Assistiti italiani SASN con visita domiciliare	ND	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100	A		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta
8	Assistiti stranieri SASN da istituzioni estere europee	NE	ID 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 Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
10	Stranieri comunitari sprovvisti di assicurazione sanitaria o tessera TEAM (ENI) rif. Nota regionale 7179 DA/2000 del 22/02/2008	ST	nullo	codice ENI	ENI + codice stato estero (paesi UE o SEE o Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	M		Internazionale	Carico del SSR
11	Stranieri in temporaneo soggiorno (STP) a carico SSN	ST	nullo	codice STP	STP + codice stato estero (escluso paesi UE o SEE o Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	S	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 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 Svizzera, non residente in Italia, ma in possesso di codice fiscale in quanto lavoratore regolare e pertanto iscritto al SSN. In questo caso:

I campi 11.0 – “Provincia/Comune di residenza”, 12.0 - “ASL di residenza” 62.0 – “Regione di residenza” : dovranno esser compilati con i riferimenti del Comune/ASL/ Regione di domicilio;
il campo 80.0–“Codice riferimento normative andrà compilato con il valore “221D”;

FAC SIMILE TESSERA SANITARIA





FLUSSO INFORMATIVO RICOVERI OSPEDALIERI (SDO)

DISCIPLINARE TECNICO

-Tracciati XML-

SOMMARIO

NOTE ALLA VERSIONE	4
1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	5
1.1 Obiettivi e ambito di applicazione	5
1.2 Codifica di diagnosi e interventi e versione del Grouper	6
1.3 Struttura del documento	6
2. GENERALITÀ	7
2.1 Acronimi ed abbreviazioni	7
2.2 Riferimenti normativi	7
2.3 Definizioni	8
2.4 Regole generali di compilazione	9
2.5 Casi particolari di compilazione	10
2.5.1 Istituti privati non accreditati	10
2.5.2 Regole di compilazione nei casi di “trasferimento breve” da post-acuzie a pronto soccorso	10
2.5.3 Codifica delle diagnosi e degli interventi/procedure	11
3. IL SISTEMA CENTRALIZZATO DI ELABORAZIONE	12
3.1 Elaborazione giornaliera	14
3.1.1 Controlli di validità	14
3.1.2 Controlli di congruità normativa	16
3.1.3 Controlli Automatici di III livello	19
3.1.4 Prima valorizzazione economica (c.d. "lorda")	19
3.1.5 Restituzione	19
3.2 Controlli differiti (post elaborazione giornaliera)	20
3.2.1 Ricoveri con codici fiscali non validati dal servizio SOGEI	20
3.2.2 Ricoveri contemporanei	20
3.3 Rielaborazioni contabili a chiusura competenza	21
4. TRACCIATI RECORD SDO	22
4.1 Premessa	22
4.2 Descrizione del tracciato	22
4.3 Anagrafico (DIPX_S0003_AN.xml)	23
4.4 Clinico (DIPX_S0003_CL.xml)	26
SCHEDE CAMPO	46
4.5 Premessa	46
5. CONTROLLI	227
5.1 I controlli	228
5.1.1 I controlli formali	228
5.1.2 I controlli bloccanti	229
5.1.3 I controlli logici	231
5.1.4 Le segnalazioni	268
6. APPENDICE – TABELLE DI RIFERIMENTO	276

6.1	Combinazioni di valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica	276
6.2	Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici del SSR, Presidi ex. art. 41 e 43 L.833/1978 e IRCCS ex. art. 42 L.833/1978	282
6.3	Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati	285
6.3.1	Tabella Strutture Private Accreditate	285
6.3.2	Tabella Strutture Private accreditate di day surgery di tipo "C"	286
6.4	Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati non accreditati	287
6.5	Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS)	288
6.6	Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery	289
6.7	Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina	290
6.8	Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive, o sostitutive, in istituti / reparti autorizzati	291
6.9	Tabella di prestazioni ad alto costo con tariffe sostitutive in istituti / reparti autorizzati	293
6.10	Tabella Interventi/Procedure non eseguibili in Day Hospital	294
6.11	Tabella dei Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati	294
6.12	Tabella Codici 'E – Causa esterna	294
6.13	Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare	294
6.14	Tabella interventi che richiedono la compilazione del punteggio EuroSCORE	294
6.15	Tabelle per individuazione punteggio EuroSCORE	294
6.16	Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa del Sesso del paziente	295
6.17	Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa dell'Età del paziente	296
6.18	Tabella dei Codici Intervento con indicazione precisa del Sesso del paziente	296
6.19	Tabella dei Codici Diagnosi presenti al momento del ricovero	296
6.20	Tabella dei Codici Diagnosi con lateralità	296
6.21	Tabella dei Codici Intervento con lateralità	296
6.22	Tabella dei Codici Diagnosi di Malattie infettive di Classe prima	296
6.23	Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Materna	296
6.24	Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Neonato	296

NOTE ALLA VERSIONE

Rispetto alla versione precedente V02 del 2025 sono state introdotte le seguenti modifiche:

- **Controllo logico L77** – modificata la gestione rispetto ai ricoveri diurni riabilitativi (*par. 5.1.3 / controlli logici*)

Si ricordano le modifiche introdotte a partire dal 2025:

- **Aggiornata la Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici del SSR, Presidi ex. art. 41 e 43 L.833/1978 e IRCCS ex. art. 42 L.833/1978** (*par 6.2 Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici del SSR, Presidi ex. art. 41 e 43 L.833/1978 e IRCCS ex. art. 42 L.833/1978*)
- **Aggiornata la Tabella Strutture Private Accreditate** (*par 6.3.1 Tabella Strutture Private Accreditate*)
- **Aggiornata la Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera** (FlussiMinisteriali FAR NSIS) (*par 6.5 Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (FlussiMinisteriali FAR NSIS)*)

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 Obiettivi e ambito di applicazione

Il presente disciplinare offre alle Aziende Sanitarie e alle strutture di ricovero le istruzioni per la corretta compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO d'ora in avanti) e la relativa registrazione nell'archivio regionale.

Discende da indicazioni ministeriali che, introducendo significativi cambiamenti rispetto alla normativa pre-esistente in tema di SDO, suggeriscono l'opportunità di un disciplinare specificatamente dedicato.

Il presente documento **si applica alle cartelle a partire dalle competenze 2016¹**, con le seguenti avvertenze:

- il tracciato XML e le regole di compilazione qui descritte **si applicano integralmente ai dimessi a partire dal 1 gennaio 2025**;
- eventuali rinvii (o primi invii) di **cartelle riguardanti le competenza precedenti**, successivi alla chiusura della competenza 2016, **dovranno utilizzare il tracciato XML qui descritto** lasciando vuoti i campi inesistenti nel tracciato dell'epoca; a tali cartelle **continuano ad applicarsi le regole descritte nel documento dell'anno di competenza**.

Il prospetto che segue illustra la relazione tra SDO e disciplinare di riferimento.

Caratteristiche della SDO	Disciplinari di riferimento
Dimissione a partire dal 1 gennaio 2025	Presente documento
Dimissione a partire dal 1 gennaio 2016 alle dimissioni al 31.12.2024	Tracciato XML del presente documento , con regole di compilazione della relativa versione dell'anno di competenza
Ricovero dal 1 luglio 2013 e dimissione entro il 31 dicembre 2015	Versione 2015 di cui alla DGR 14-6039 del 2/7/2013 e s.m.i.
Ricovero prima del 1 luglio 2013	Versione settembre 2013

Importante

Per le ragioni sopra illustrate il presente documento va considerato come una nuova versione del disciplinare 2016.

Parimenti, i disciplinari pre-2016 non rappresentano precedenti versioni del presente documento ma le ultime versioni di riferimento per le relative SDO di competenza.

¹ Si ricorda che rientrano in tale tipologia i "ricoveri a scavalco", cioè relativi a pazienti ricoverati prima del 1 gennaio 2016 e dimessi a partire da questa data.

1.2 Codifica di diagnosi e interventi e versione del Grouper

Per la codificazione delle diagnosi e degli interventi ICD-9-CM si fa riferimento alla versione 2007 e il sistema di attribuzione dei DRG utilizzato è il **GROUPER** nel 24° aggiornamento.

A partire dai dimessi dal 01.02.2020 sono stati introdotti nuovi codici diagnosi per la gestione corretta della codifica Covid secondo DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021).

1.3 Struttura del documento

Il documento si articola nelle seguenti sezioni:

- ❑ PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO: il presente capitolo
- ❑ 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 delle SDO.
- ❑ IL SISTEMA CENTRALIZZATO DI ELABORAZIONE: illustra l'impianto complessivo del sistema, la logica con la quale opera ed il processo che segue
- ❑ TRACCIATI RECORD SDO: contiene le tabelle relative ai tracciati (anagrafico e clinico) in cui si articola il flusso SDO
- ❑ SCHEDE CAMPO: è il cuore del documento e contiene le schede di tutti i campi del tracciato. Per ciascuna scheda sono riportate tutte le informazioni utili alla compilazione e riportati tutti i controlli (poi specificati nella sezione successiva) dai quali ciascun campo è coinvolto
- ❑ CONTROLLI : è la sezione in cui sono riportate le specifiche di tutti i controlli e le segnalazioni applicate ai campi descritti nella precedente sezione del Disciplinare
- ❑ APPENDICE: contiene tutte le tabelle di codifica utilizzate dal sistema, le combinazioni di valori consentiti o non consentiti e tutte le informazioni accessorie alla compilazione del tracciato

Le procedure di valorizzazione essendo di fatto indipendenti da tracciato, regole di compilazione e controlli sono descritte in un documento separato che costituisce concettualmente il complemento al presente disciplinare.

2. GENERALITÀ

2.1 Acronimi ed abbreviazioni

A	= ALFABETICO
ADI	= ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
AN	= ALFANUMERICO
AS	= AZIENDA SANITARIA
ASL	= AZIENDA SANITARIA LOCALE
ASO	= AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA
CTR	= CONTROLLO
D.H.	= DAY HOSPITAL
DGR	= DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE
DM	= DECRETO MINISTERIALE
DRG (ROD)	= DIAGNOSIS RELATED GROUPS (RAGGRUPPAMENTI OMOGENEI DI DIAGNOSI)
D.S.	= DAY-SURGERY
FIM	= FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
IRCCS	= ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
MDC	= MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES
N	= NUMERICO
OBB	= OBBLIGATORIO
PA	= PRESTAZIONI AMBULATORIALI
RO	= RICOVERO ORDINARIO
RRF	= RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
RSA	= RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
SDO	= SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA
SSN	= SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
TSO	= TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO
U.O.	= UNITA' OPERATIVA
U.P.	= UNITA' PRODUTTIVA

2.2 Riferimenti normativi

- D.M. n.165 del 26.09.2023 ha introdotto l'integrazione e l'aggiornamento delle informazioni raccolte dal flusso SDO relative alle sole dimissioni di ricoveri effettuati presso reparti di riabilitazione (discipline codici 28, 56, 75) allo scopo di fornire una migliore descrizione del ricovero riabilitativo e di rappresentarne il prodotto assistenziale anche in termini di esito.
- Per tutto quanto non espressamente normato dal sopracitato DM si fa riferimento alla normativa pre-esistente, ampiamente citata nei precedenti disciplinari.

2.3 Definizioni

▪ Istituto di Cura

Il Decreto del Ministero della Sanità 23/12/96", nella tabella dell'Art. 1, norma la raccolta dei dati anagrafici delle "**STRUTTURE DI RICOVERO**", con il modello HSP.11 ed i dati anagrafici degli "**ISTITUTI**" facenti parte della **struttura di ricovero**, attraverso il modello HSP.11 bis.

Dunque si intende che l'unità organizzativa ospedaliera deputata ai ricoveri è la "**STRUTTURA DI RICOVERO**" - definita dal codice HSP11 a sei caratteri - eventualmente articolata in più sedi diverse "**ISTITUTI**" – identificati dal subcodice HSP11bis di due caratteri - purché dipendenti da un'unica direzione sanitaria di presidio.

Si è definito "**ISTITUTO DI CURA**" quello codificato con gli otto caratteri, costituiti dalla somma dei sei della struttura di ricovero più i due dell'istituto.

CAMPO 01 = CODHSP11 - STRUTTURA DI RICOVERO (6 caratteri)

CAMPO 02 = CODHSP11 BIS - ISTITUTO DI DIMISSIONE (2 caratteri)

▪ Struttura Erogante

Codice della Struttura che eroga la prestazione, corrispondente alla partita IVA.

(esempio: ASL = 203, ASO = 909, Presidi Privati equiparati = 921, Privati accreditati = 620)

▪ Unità Operativa

Comprende, in un'unica definizione, unità organizzative molteplici, fino ad ora variamente nominate, quali il Dipartimento, il Reparto, la Divisione, il Servizio, la Sezione.

Si precisa che l'U.O. può essere autonoma o non autonoma.

La U.O. nell'organizzazione aziendale e quindi nella procedura "ARPE" - indifferentemente dal numero di Strutture di Ricovero esistenti (HSP11) e dal numero di Istituti di Ricovero in sedi diverse (HSP11.Bis) - può essere definita sia esclusivamente nella STRUTTURA DI RICOVERO (HSP11) sia in uno o più ISTITUTI DI RICOVERO (HSP11.Bis).

▪ Matricola di Unità produttiva

Codice che identifica l'Unità Produttiva che rappresenta il punto di erogazione della prestazione di ricovero all'interno della U.O.

Il codice dell'attività dell'U.P. definisce la tipologia e il regime di ricovero e nell' Unità Produttiva è rilevato il numero dei posti letto.

L'Unità Produttiva può erogare l'attività di ricovero anche in una sede diversa dalla sede dove è definita la U.O..

La corretta definizione in ARPE delle Unità Produttive permette pertanto la valorizzazione del flusso dei ricoveri (SDO) inviato tramite la matricola di una Unità Produttiva con codice dell'istituto di cura o Struttura di ricovero diversi dall'Istituto di cura o dalla Struttura di ricovero dove è definita la U.O.

- **Ricovero di un giorno**

Si ha ricovero di 1 giorno quando la differenza fra la data di ricovero e la data di dimissione è minore di 2.

- **One Day Surgery**

Si ha ricovero di 1 giorno quando la differenza fra la data di ricovero e la data di dimissione è minore di 2.

2.4 Regole generali di compilazione

- ***Campi obbligatori***

Sotto il profilo logico, ogni campo obbligatorio presente nella SDO deve necessariamente essere compilato con informazioni significative, al fine di conferire la massima attendibilità alle funzioni statistico-epidemiologiche, economiche e programmatiche del flusso informativo.

- ***Campi non obbligatori***

E' ovvio che, se un campo prevede un evento che può non verificarsi, nel corso del ricovero, il campo stesso non può essere definito "obbligatorio" dal punto di vista informatico (vale come esempio il campo "CODICE INTERVENTO PRINCIPALE").

- ***Campi condizionati***

In altri casi, l'informazione risulta obbligatoria soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato (ne costituiscono esempi i campi "TIPO RICOVERO ORDINARIO" obbligatorio soltanto se "REGIME DI RICOVERO" = ORDINARIO e "MOTIVO DEL RICOVERO DIURNO", da compilare se "REGIME DI RICOVERO" = DIURNO).

- ***Tipo del campo e valori ammessi***

Tutti i campi, quando valorizzati, devono essere interamente compilati scegliendo il valore adatto fra quelli previsti nella riga "VALORI AMMESSI" del quadro "CORRETTEZZA FORMALE" delle schede, secondo la modalità seguente.

Con l'introduzione del formato XML, dal punto di vista formale le specifiche di compilazione alle quali occorre attenersi sono quelle espresse dal relativo schema di validazione XSD, alla cui documentazione su Sistema Piemonte si rimanda.

2.5 Casi particolari di compilazione

2.5.1 ISTITUTI PRIVATI NON ACCREDITATI

Anche per gli istituti privati non accreditati la compilazione della SDO è obbligatoria ai sensi della normativa vigente con particolare riferimento al D.M. 27.10.2000 n. 380 ed assume in particolare carattere statistico-epidemiologico e la registrazione nell'archivio regionale rappresenta specifico debito informativo. Ad essi, non si applicano i controlli specifici per la tariffazione e la mobilità sanitaria. La sigla "NR" nell'apposita colonna ("Priv. non accr.") del tracciato record, indica che l'obbligo di compilazione **non** si estende anche al privato non accreditato. Tale simbolo è assente da tutti i campi che costituiscono debito informativo nei confronti del Ministero della Sanità e da alcuni altri, di particolare interesse regionale, ai fini della definizione dello stato di salute della popolazione del Piemonte. Per il privato non accreditato, dunque, sui campi **non** contrassegnati da "NR" e solo su di essi, verranno effettuati i controlli informatici di congruità formale e logica.

2.5.2 REGOLE DI COMPILAZIONE NEI CASI DI "TRASFERIMENTO BREVE" DA POST-ACUZIE A PRONTO SOCCORSO

A partire dalla **competenza 2017** (per i dimessi dal 01.01.2017) la D.G.R. n. 17-4167 del 07.11.2017 modifica la gestione del "Trasferimento Breve in Pronto Soccorso" rispetto a quanto previsto dalla D.G.R. n. 55-6670 del 11.11.2013 (segue estratto).

"di disciplinare per le strutture di post acuzie pubbliche o private accreditate o equiparate la gestione e la relativa tariffazione dei ricoveri di post acuzie durante i quali sia necessario il ricorso al Pronto Soccorso per il trattamento di evenienze emergenti, non prevedibili al momento dell'ammissione al ricovero e non gestibili nelle stesse strutture, con le finalità di assicurare al paziente la possibilità di proseguire il ricovero nella stessa unità operativa di provenienza, prevedendo che:

- *nel momento in cui la struttura invia il paziente in Pronto Soccorso deve chiudere la SDO e il ricovero, tenendo a disposizione del paziente il posto letto per 24 ore senza renumerazione;*
- *nel caso il soggiorno in PS/DEA duri meno di un giorno (un pernottamento) ed il paziente possa ritornare in post acuzie, viene aperto un nuovo ricovero di prosecuzione del precedente per ultimare il ciclo riabilitativo previsto (il conteggio dei giorni di riabilitazione programmati non riparte da zero);*
- *venga conservata copia della documentazione relativa al passaggio in pronto soccorso anche nella relativa cartella clinica;*
- *il trasporto dal e al Pronto Soccorso sia a carico della struttura che ha disposto il ricorso al Pronto Soccorso".*

Il "**trasferimento breve**" in PS/DEA a partire dalla competenza 2017 prevede la chiusura della SDO e del ricovero; pertanto non è più utilizzabile la gestione tramite codice convenzionale all'interno dei trasferimenti interni (UO trasferimento: 99.99 e Matricola corrispondente: PRSOCC).

La SDO relativa al **nuovo ricovero di prosecuzione** (soggiorno in PS/DEA meno di 1 giorno (un pernottamento) e ritorno in postacuzie per ultimare il ciclo riabilitativo previsto) sarà caratterizzata dalla compilazione del campo 135 - Numero Scheda SDO di postacuzie precedente con il numero di cartella relativa al ricovero chiuso per trasferimento in PS/DEA.

Le cartelle di postacuzie “precedente” e “di prosecuzione” ovviamente rappresentano i momenti del ciclo riabilitativo previsto per il paziente interrotti da un soggiorno in PS/DEA che duri meno di un giorno (un pernottamento) e pertanto il conteggio dei giorni di riabilitazione programmati per il ricovero di prosecuzione NON riparte da zero.

Per la **competenza 2016** (dimessi dal 01.01.2016 al 31.12.2016) resta in vigore quanto sotto riportato.

La procedura – che riguarda Case di Cura private accreditate, Istituti Classificati e gli IRCCS ed è limitata ai casi di trasferimento breve in Pronto Soccorso, da ricoveri in post-acuzie - è la seguente:

- La gestione del “trasferimento breve in Pronto Soccorso” deve avvenire all’interno dei Trasferimenti Interni
- L’istituto del ricovero in post-acuzie interrompe temporaneamente l’episodio di ricovero segnalando sul primo campo libero di trasferimento la data di uscita temporanea, sulla corrispondente U.O. di trasferimento il codice convenzionale 99.99 e sulla matricola corrispondente il codice convenzionale PRSOCC
- Al rientro del paziente in post-acuzie entro due giorni sulla cartella si indica nel primo campo disponibile Data/ora di trasferimento uguale alla Data/ora di rientro e nella relativa U.O. di trasferimento la stessa U.O. e matricola dal quale il paziente proveniva prima del trasferimento in Pronto Soccorso.

In nessun caso la SDO di post-acuzie dovrà riportare nel campo Giorni Permesso RO i giorni di sospensione del ricovero.

Nel caso in cui il ricovero in Pronto Soccorso duri più di due giorni la SDO di post-acuzie dovrà essere chiusa con dimissione alla data del trasferimento in Pronto Soccorso (senza l’indicazione del trasferimento nella U.O. 9999).

Nel valorizzare la SDO di post-acuzie, le giornate nell’U.O. 9999 verranno riconosciute al 50% della tariffa giornaliera.

2.5.3 CODIFICA DELLE DIAGNOSI E DEGLI INTERVENTI/PROCEDURE

Il **D.M. 18.12.2008** impone di adottare, a partire dalla competenza 2009, il sistema di classificazione ICD-9-CM versione 2007 per la codifica delle diagnosi e degli interventi utilizzati nel compilare le SDO.

Congiuntamente viene adottata la versione 24° del Grouper per il calcolo dei DRG.

3. IL SISTEMA CENTRALIZZATO DI ELABORAZIONE

Il tracciato record SDO costituisce l'input alla procedura di elaborazione del flusso informativo relativo ai dimessi (d'ora in avanti *Sistema Centralizzato*), al termine di un iter sanitario in regime di ricovero ordinario, diurno (Day Hospital) o One Day Surgery o di ospedalizzazione a domicilio.

Compito del *Sistema Centralizzato* è quello di sottoporre ogni SDO ricevuta a tutte le verifiche e gli algoritmi derivanti dalle normative esistenti e di registrare gli esiti delle varie elaborazioni sulla *Base Dati Centrale*, fornendo agli utenti gli opportuni riscontri (*restituzioni*) tramite il sistema di invio delle SDO (MOBS)

A seguito dell'elaborazione ogni singola sdo può essere considerata:

- **Valida** (quando supera tutti i controlli)
- **Segnalata** (quando li supera ma con alcuni punti di attenzione per il compilatore)
- **Errata** (quando non li supera)

Le SDO valide e segnalate sono inoltre oggetto di una prima valorizzazione, cosiddetta "lorda", che sarà poi oggetto di ulteriore rivalorizzazione dopo la chiusura della competenza.

Per una trattazione dettagliata del sistema di valorizzazione delle SDO si rimanda all'apposito documento che, come detto, costituisce il complemento al presente disciplinare tecnico.

Gli utenti possono movimentare i record di propria competenza attraverso l'utilizzo del campo 05 (Tipo Movimento), che consente

- **Inserimenti** ("I")
- **Sostituzioni** ("S")
- **Cancellazioni** ("C")

Il record da sostituire o cancellare viene identificato (in base a: codhsp11, codbis, anno, numero cartella), tra le SDO inviate.

Nota bene: la numerazione delle cartelle è univoca a livello di CODHSP11.

Senza entrare nel dettaglio di ciascuna di esse, le varie **fasi** cui va incontro ogni singolo record SDO ricevuto dal Sistema Centralizzato sono le seguenti:

1. Elaborazione giornaliera
 - a. Controlli di validità
 - b. Codificazione del DRG attraverso il Grouper 3M (si veda paragrafo "Codifica di diagnosi e interventi e versione del Grouper")
 - c. Controlli di congruità normativa
 - d. Controlli di terzo livello
 - e. Prima valorizzazione economica (c.d. "lorda")
 - f. Restituzione
2. Controlli differiti post elaborazione giornaliera
3. Rielaborazioni contabili a chiusura competenza

La fase 1 con le relative sottofasi avviene ad ogni elaborazione (giornaliera, in linea di massima), la fase 2 dopo la chiusura della competenza annuale e comprende tutti i controlli e le procedure di abbattimento che discendono dalla normativa vigente al momento dell'elaborazione e che non possono essere eseguite giornalmente perché necessitano della disponibilità dell'intera base dati.

L'Assessorato alla Salute ha definito nella D.G.R. 13-6981 il calendario di invio delle SDO.

L'invio del flusso successivo alla scadenza mensile definita, ma non oltre la scadenza annuale, viene comunque accettato e valorizzato ma segnalato come «fuori tempo massimo»; tale flusso ha valore contabile.

L'invio del flusso successivo alla scadenza annuale è accettato e valorizzato in extracompetenza; tale flusso ha valore epidemiologico ma non contabile.

3.1 Elaborazione giornaliera

Sui record ricevuti si effettuano i controlli finalizzati ad evidenziare gli errori riscontrati nella imputazione delle informazioni:

- se non vengono riscontrati errori, i record sono avviati all'archivio delle SDO corrette e sottoposti ai successivi trattamenti per la valorizzazione e poi restituite al mittente già valorizzate;
- se si rilevano uno o più errori, le SDO errate vengono memorizzate in un archivio loro dedicato e restituite al mittente non valorizzate e con segnalazione del/degli errori riscontrati. Si evitano così le successive fasi di elaborazione di dati non trattabili.
- sui record ricevuti si effettua la verifica del codice fiscale (sia del paziente che dei medici, qualora presenti) con il servizio SOGEI (cfr. controllo logico LC6); poiché la disponibilità di tale servizio non è sempre garantita, in caso di indisponibilità la SDO, segnalata con il codice S17, verrà accettata (a meno di ulteriori errori) come corretta e valorizzata “provvisoriamente”. Mensilmente queste SDO, accettate “provvisoriamente”, verranno sottoposte nuovamente alla verifica del codice fiscale con il servizio SOGEI ed in caso di esito negativo verranno annullate e marcate con errore LC6; l’elenco delle SDO annullate verrà pubblicato su PADDI e verrà inviata comunicazione alle strutture invianti perché possano procedere alla correzione.

Quando, corretti gli errori, le SDO vengono rinviate al Sistema Centrale di Elaborazione, se superano il sistema dei controlli pre-valorizzazione, seguono l'iter normale di archiviazione e valorizzazione .

I controlli pre-valorizzazione, sono orientati a valutare la correttezza formale, logica e normativa.

3.1.1 CONTROLLI DI VALIDITÀ

I controlli di validità sono finalizzati a determinare se ogni singola SDO debba essere annoverata tra i record validi (eventualmente con una o più segnalazioni) o tra quelli errati.

I controlli di validità si articolano in bloccanti, formali e logici.

I **controlli bloccanti** scattano in presenza di record che non consentono in alcun modo l'elaborazione della SDO, cioè i successivi controlli formali e logici (si pensi ad esempio al caso del controllo bloccante N10 cioè di un record dotato di tracciato clinico ma privo della corrispondente parte anagrafica).

I controlli bloccanti restituiscono codici di errore di tipo Nxx (es. N01).

I **controlli formali** restituiscono codici di errore di tipo Fxx (es. F01) e comprendono i controlli finalizzati a verificare che:

- il dato introdotto sia del formato previsto per quel campo;
- il valore introdotto rispetti le regole di validità previste;
- siano rispettati i vincoli di obbligatorietà, qualora presenti

Ogni tracciato record contiene dati obbligatori e dati non obbligatori:

- Dati obbligatori:
l’omissione o l’errata digitazione di tali informazioni costituisce errore.

▪ Dati non obbligatori:

alcune informazioni possono essere introdotte solo se durante il ricovero si sono verificati determinati tipi di eventi (esempi: altre patologie, interventi chirurgici, codice protesi, quantità protesi, costo unitario).

I campi ad esse relative non sono obbligatori sotto l'aspetto informatico, ma, se compilati, devono contenere valori validi.

Eventuali anomalie riscontrate in questa fase costituiscono errore.

Tutti gli errori formali si traducono in codici Fxx che vengono comunicati all'utente tramite le restituzioni; la SDO contenente errori di tipo Fxx viene sempre memorizzata come "record errato".

I controlli formali applicati a ciascun campo sono contenuti nella sezione "Correttezza formale" presente in ciascuna Scheda campo.

Una volta controllati formalmente, i campi devono essere messi in relazione tra loro. Si individuano quindi gruppi logici di informazioni e si procede a controlli di congruenza, cosiddetti **controlli logici** che restituiscono codici di errore di tipo Lxx (es. L01).

Analogamente ai controlli formali, tutti gli errori logici si traducono in codici Lxx che vengono comunicati all'utente tramite le restituzioni; la SDO contenente errori di tipo Lxx viene sempre memorizzata come "record errato".

L'elenco **dei controlli logici applicati** a ciascun campo è contenuto nella sezione "Correttezza logica – Controlli applicati" presente in ciascuna Scheda campo.

La trattazione analitica del funzionamento di ciascun controllo logico è contenuta nel capitolo "Controlli".

3.1.2 CONTROLLI DI CONGRUITÀ NORMATIVA

I dati che hanno superato i controlli di validità e ricevuto la codificazione del DRG dal Gruper 3M vengono sottoposti ad ulteriori controlli cosiddetti di congruità normativa, preliminari alla fase di valorizzazione.

Scopo di tali controlli è la verifica del rispetto di precise indicazioni di legge o incontrovertibili regole di appropriatezza tecnico-scientifica sanitaria; tali controlli possono tradursi in scarti o in particolari adattamenti funzionali alla valorizzazione ed accompagnati da relativa segnalazione.

I controlli di congruità normativa applicati, riguardano:

□ Ricoveri in U.O. di Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF) non in diretta connessione con l'evento scatenante

I ricoveri in U.O. di RRF in connessione con un precedente ricovero in Acuzie (oppure, nel caso di DH in RRF di III° livello, in connessione con un precedente ricovero con un RO nella stessa disciplina) sono caratterizzati dal valore inserito nel campo Provenienza assistito (campo 41) che indica un trasferimento diretto (valori: 05, 06, 07, 08) oppure un accesso dal domicilio, ma preceduto dal ricovero connesso nell'intervallo di tempo stabilito (valore C); a fronte di questi valori del campo provenienza assistito deve essere valorizzato anche il campo Istituto di provenienza del paziente (campo 42) con il codice Hsp11-Bis (campo 43) dove si è svolto il ricovero precedente.

In relazione agli accessi in DH riabilitativo cod. 56 possono essere preceduti da un ricovero in acuzie e di riabilitazione (cod. 56, 75, 28); pertanto viene esclusa la continuità rispetto alla lungodegenza (cod. 60).

Nei casi in cui l'UO di ammissione è una UO di RRF, ma la provenienza dell'assistito non è un trasferimento e non è 'C', si verifica che il DRG attribuito dal Grouper sia il 462. Se così non è, il DRG viene "forzato" a 462, secondo quanto previsto dalla DGR 44-22844/1997.

Dell'incongruenza viene data notizia all'azienda inviante e, se entro i consueti quattro mesi dal mese di competenza, non verrà trasmessa opportuna correzione, la SDO resterà tariffata definitivamente secondo il DRG 462.

In sintesi per i ricoveri ordinari:

1) negli Istituti pubblici o equiparati:

se (UO AMMISSIONE) = 56 e (PROVENIENZA ASSISTITO ≠ 05 o 06 o 07 o 08 o C)

allora:

se DRG ≠ 462 sostituzione del valore del DRG con il valore 462 e MDC con il valore 23
(salvo correzione pervenuta entro i quattro mesi successivi al mese di competenza)

2) negli Istituti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati:

se UO AMMISSIONE = 56 di II livello e (PROVENIENZA ASSISTITO ≠ 05 o 06 o 07 o 08 o C o E)

allora:

se DRG ≠ 462

sostituzione del valore del DRG con il valore 462 e MDC con il valore 23

(salvo correzione pervenuta entro i quattro mesi successivi al mese di competenza)

Inoltre la DGR prevede un tetto massimo per i ricoveri di RRF non in connessione con un precedente ricovero in acuzie (o in RO nella disciplina, per quelli di DH di III° livello), la verifica di tale condizione è eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate.

□ Ricoveri in U.O. di Lungodegenza

Ogni ricovero effettuato in un reparto di lungodegenza (codice 60) è un episodio di ricovero e pertanto non è previsto il trasferimento da/a reparti di disciplina diversa, nell'ambito della stessa struttura. In caso di passaggio a disciplina 60 da altra disciplina o viceversa, si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

Per gli istituti pubblici, sono consentiti trasferimenti tra reparti della disciplina 60 della stessa struttura di ricovero (HSP11).

La DGR 14-6039 e s.m.i. indica che i ricoveri in Lungodegenza dovrebbero essere effettuati in continuità diretta (campo 41 Provenienza assistito = 05 o 06 o 07 o 08 o E) con ricoveri di acuzie o di postacuzie e fissa un tetto massimo del 20% per i ricoveri in Lungodegenza provenienti da domicilio riconosciuti economicamente dalla Regione; la verifica di tale condizione è eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate.

□ Ricoveri in Unità Stati Vegetativi

L'U.S.V è un particolare reparto della disciplina 60 (sottocodice 1), prevista dalla D.G.R. 13647-830 del 22.03.2010.

Per i ricoveri in questo reparto, analogamente a tutti quelli della disciplina 60, va compilata una specifica SDO e non sono permessi trasferimenti da reparti diversi (neanche da altri reparti di Lungodegenza), né viceversa.

A causa delle durate particolarmente lunghe di questi ricoveri (che possono essere a cavallo di due competenze), le strutture hanno facoltà di richiedere una valorizzazione annuale, chiudendo le SDO amministrativamente, al 31 dicembre di ogni anno pur proseguendo il ricovero nell'anno successivo, nei casi nei quali alla stessa data il ricovero abbia già avuto una durata superiore a 120 giorni.

Le SDO dovranno essere compilate nel seguente modo:

- a. se la SDO ha una decorrenza inferiore ai 120 giorni o se il ricovero si conclude nello stesso anno deve essere compilata normalmente
- b. Se la SDO eccede i 120 giorni e il ricovero continua nell'anno successivo
 - la prima SDO avrà le seguenti caratteristiche:
 - data di ricovero, corrispondente alla data di ingresso del paziente in U.S.V.;
 - data di dimissione, convenzionale, al 31 dicembre dell'anno di competenza;
 - il campo 74 Modalità di dimissione deve contenere il valore: "B" – Chiusura convenzionale di ricovero in U.S.V.;
 - la seconda SDO, che prosegue il ricovero, avrà le seguenti caratteristiche:
 - data di ricovero, convenzionale, al 31 dicembre dell'anno della SDO precedente (coincide con la data di dimissione della precedente);

- il campo 41, Provenienza assistito, valorizzato a "B" – Prosecuzione di ricovero in U.S.V.
- data di dimissione all'uscita del paziente dal reparto;

Le SDO, con Provenienza Assistito = "B", sebbene strettamente concatenate alle precedenti, non saranno considerate Ricoveri Ripetuti dalla procedura che calcola tali abbattimenti poiché a due SDO con stesso CF corrisponde agli atti documentali della struttura una unica cartella clinica.

□ Prestazioni di trapianto:

L'evento trapianto viene desunto dal codice ICD-9-CM in uno dei campi intervento.

Si controlla che l'istituto di cura erogante la prestazione di trapianto di cuore, polmone, fegato, pancreas, rene sia abilitato (rif. "Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina"); ad effettuare l'intervento, in ogni caso tali trapianti, compreso quello di midollo osseo, non possono essere effettuati in regime di "ricovero diurno".

Nel caso di "trapianto di cornea", si controlla l'esistenza di un'U.O. di oculistica (codice 34.xx, 67.xx o 98.xx) nell'ambito della struttura di ricovero e l'intervento può anche essere eseguito in ricovero diurno (rif. "Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina")

□ Ricoveri per Parto:

- *Se il DRG identifica una delle possibili modalità di parto (da 370 a 375) si verifica l'esistenza di un U.O. di ostetricia e ginecologia (cod. 37.xx).*
- *Se il DRG identifica una delle possibili modalità di parto (da 370 a 375) si verifica l'esistenza, in uno dei campi "diagnosi secondaria", dei codici relativi all'esito del parto (V27.x)*
- *Il regime di ricovero non può essere "diurno", ma può essere "di un giorno".*

□ Prestazioni in reparti di Neuroriabilitazione (cod. 75):

Ricoveri in unità gravi cerebrolesioni acquisite, codice 75: la scheda nosologica dovrà avere un DRG appartenente alla MDC 1.

Solo per l'Ospedale S. Luigi di Orbassano (HSP11 010904), in relazione alle specifiche attività svolte, sono riconosciute anche SDO con DRG appartenenti alla MDC 4 e 5.

□ DRG 469 o 470:

Nei casi in cui i codici ICD-9-CM apposti sulla SDO conducono il "Grouper" ad attribuire un DRG **469 o 470**, il record seguirà il destino delle Schede corrette, ma verrà fornita una segnalazione alla struttura di ricovero inviante, la quale potrà, pertanto, rinviare una nuova SDO, debitamente modificata, con il campo Tipo movimento valorizzato a "S" entro i due mesi successivi al mese di competenza.

3.1.3 CONTROLLI AUTOMATICI DI III LIVELLO

Nel corso del 2014 (a partire dalle SDO di competenza 2014) sono stati attivati i Controlli Automatici di III livello al fine di anticipare e dilazionare nel tempo l'elenco delle SDO che, per caratteristiche, rientrano nelle categorie di SDO da verificare.

I criteri dei Controlli Automatici di III livello che definiscono i parametri di individuazione delle SDO sono contenuti nell'allegato che costituisce parte integrante al presente documento.

I Controlli Automatici di III livello sono parte integrante della procedura di elaborazione – acquisizione, pertanto le SDO da verificare verranno restituite contestualmente all'elaborazione tramite il file dei *"Record Anomali"*. (Rif.: *Tracciati Record restituzione Flusso SDO*)

Sarà cura di ciascuna Struttura verificare e reinvia le SDO segnalate anche in caso di assenza di variazioni, confermando la SDO (la procedura NON replicherà la segnalazione in caso di reinvio).

Le modalità di restituzione dei Verbali di Accompagnamento delle SDO verranno definite da Regione Piemonte e comunicate secondo i canali consueti.

3.1.4 PRIMA VALORIZZAZIONE ECONOMICA (C.D. "LORDA")

Terminati i controlli di validità e quelli di congruità normativa i record validi sono memorizzati, in modo definitivo, nell'archivio "SDO corrette". A questo punto il Sistema passa ad elaborare la cosiddetta prima valorizzazione economica ("lorda"), per la quale si rimanda al documento specifico ospitato, come il resto della documentazione ufficiale, nella sezione SDO di Sistema Piemonte.

3.1.5 RESTITUZIONE

Completata la prima valorizzazione lorda, il Sistema passa alla fase di restituzione.

Per le specifiche relative alle restituzioni si rimanda al documento specifico ospitato, come il resto della documentazione ufficiale, nella sezione SDO di Sistema Piemonte.

3.2 Controlli differiti (post elaborazione giornaliera)

Ulteriori controlli non possono, per loro natura, essere eseguiti contestualmente all'elaborazione giornaliera.

La loro esecuzione avviene periodicamente, in taluni casi su espressa richiesta di Regione Piemonte. In conseguenza di tali controlli le valorizzazioni "lorde" SDO possono subire ulteriori abbattimenti o annullamenti.

3.2.1 RICOVERI CON CODICI FISCALI NON VALIDATI DAL SERVIZIO SOGEI

I codici fiscali dei pazienti, ordinariamente, sono sottoposti a verifica con il servizio SOGEI, durante i controlli logici pre-validazione. Purtroppo però non è sempre garantita la disponibilità del servizio SOGEI, nel caso in cui non sia possibile completare la verifica le SDO, accettate e valorizzate "provvisoriamente", vengono identificate con la segnalazione **S17**.

Le cartelle presenti in archivio con segnalazione **S17**, vengono periodicamente sottoposte a nuova verifica con il servizio SOGEI:

- in caso di validazione del codice fiscale, viene cancellata la segnalazione **S17**: la SDO diventa corretta a tutti gli effetti;
- se il codice fiscale risultasse non valido, la SDO viene annullata in quanto errata, con codice LC6.

L'elenco delle SDO annullate da questa procedura, viene pubblicato su Sistema Piemonte, servizio PADDI; le strutture invianti dovranno procedere alla correzione ed al rinvio, con tipo movimento 'S', come per le SDO errate respinte dall'elaborazione quotidiana del flusso dati.

La verifica con il servizio SOGEI si applica anche ai codici fiscali dei medici (anestesisti e chirurghi).

3.2.2 RICOVERI CONTEMPORANEI

Onde evitare l'evenienza che un paziente risulti contemporaneamente ricoverato nella stessa struttura od in diverse strutture di ricovero, Regione Piemonte può richiedere l'esecuzione del seguente controllo:

Se si trovano due, o più, SDO con
uguale codice fiscale,
o *uguali cognome, nome e data di nascita*
e se *la data di ricovero di una scheda è compresa tra le date di ricovero e di dimissione dell'altra,*
allora *si avrà la **segnalazione di doppio ricovero***

L'elenco delle SDO risultanti dalla esecuzione del presente controllo viene pubblicato su Sistema Piemonte, servizio PADDI.

3.3 Rielaborazioni contabili a chiusura competenza

Chiusa la competenza in base al calendario regionale di cui alla D.G.R n.13-6981 del 30.12.2013 il sistema esegue una serie di controlli che possono determinare una rimodulazione della valorizzazione economica (c.d. "lorda") delle SDO.

I controlli riguardano le seguenti casistiche:

- Ricoveri ripetuti
- Ricoveri con somministrazione di farmaci oncologici ad alto costo
- Verifiche sull'Appropriatezza (LEA)
- Continuità acuzie / post-acuzie dei ricoveri RRF
- Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF
- Continuità acuzie / post-acuzie dei ricoveri in Lungodegenza

Per il dettaglio di tali controlli si rimanda al documento relativo alle procedure di valorizzazione che costituisce il complemento al presente disciplinare.

4. TRACCIATI RECORD SDO

4.1 Premessa

Le informazioni contenute nella scheda SDO vengono inviate mediante 2 distinti tracciati record che riguardano essenzialmente:

- Record "anagrafico": l'accettazione del paziente (dati anagrafici, sociodemografici, residenza)
- Record "Dati clinici": l'anagrafica dell'Istituto erogante le prestazioni in regime di ricovero, movimenti del paziente (trasferimenti interni ed esterni), i dati clinici relativi al ricovero (diagnosi, interventi), i dati sanitari alla dimissione

I due record sono logicamente collegati dal numero di cartella: la numerazione delle cartelle deve essere gestita in modo univoco a livello di Struttura di ricovero (Hsp11).

Con la competenza 2016 i tracciati sono in formato XML.

Per le specifiche ufficiali dei tracciati XML e dei relativi schemi di validazione XSD si rimanda alla documentazione ufficiale (*Tracciati XML e schemi di validazione*) pubblicata su Sistema Piemonte.

Si rammenta che la SDO costituisce parte integrante della cartella clinica e ne assume la medesima valenza medico legale. (D.M. 28.12.1991 articolo 1)

4.2 Descrizione del tracciato

Le otto colonne della tabella riportano le seguenti informazioni:

- Numero Campo: indica il numero progressivo del campo. Nel caso di campi ripetitivi, cioè che possono essere presenti più di una volta per ciascuna SDO, il numero sarà seguito da un "punto" e da una "n" a significare la ripetibilità dell'elemento.
- Nome Campo: Termine ufficiale che identifica il campo.
- Lunghezza: numero massimo dei caratteri del campo.
- 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.
- Pubblici e privati accreditati: colonna che riporta l'eventuale obbligatorietà di compilazione del campo; i possibili valori sono i seguenti:
 - (vuoto): campo non obbligatorio
 - OBB: campo obbligatorio (da compilare con il valore corretto, scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE")
 - CON: campo ad obbligatorietà condizionata; il campo va compilato solo in presenza di alcune condizioni per il cui dettaglio si rimanda alle singole schede campo contenute nel Disciplinare tecnico flusso informativo ricoveri ospedalieri (Verdone).
- Privati non accreditati: "NR" in questa posizione indica che il campo non ha rilevanza per i soggetti privati non accreditati e che come tale non sarà oggetto di controlli.

Con il passaggio al formato XML se un evento previsto in un campo della SDO non si verifica, esso dovrà semplicemente essere lasciato vuoto nello schema XML.

4.3 Anagrafico (DIPX_S0003_AN.xml)

Per le specifiche ufficiali dei tracciati XML e dei relativi schemi di validazione XSD si rimanda alla documentazione ufficiale (*Tracciati XML e schemi di validazione*) pubblicata su Sistema Piemonte.

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
Sezione :		<scheda>				
01	<i>Codhsp11</i>	<codhsp11>	6	<i>Codice HSP11 della struttura di ricovero</i>	OBB	OBB
02	<i>Codbis</i>	<codbis>	2	<i>Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero</i>	OBB	OBB
03	<i>Anno Riferimento</i>	<anno Riferimento>	4	<i>Anno del ricovero (di ammissione al ricovero)</i>	OBB	OBB
04	<i>Numero progressivo SDO</i>	<numeroProgressivoSDO>	6	<i>Numero progressivo numerico della SDO che deve corrispondere a quello della cartella clinica</i>	OBB	OBB
05	<i>Tipo Movimento</i>	<tipo Movimento>	1	<i>Tipo di movimentazione del record</i>	OBB	OBB
Sezione :		<ANAGRAFICA>				
06	Cognome	<cognome>	50	Cognome del paziente	OBB	OBB
07	Nome	<nome>	50	Nome del paziente	OBB	OBB
08	Sesso	<sezzo>	1	Sesso del paziente	OBB	OBB
09	Data Nascita	<data Nascita>	8	Data di nascita del paziente	OBB	OBB
10	Comune o Provincia Nascita	<comuneProvinciaNascita>	6	Luogo di nascita del paziente	OBB	OBB
11	Codice Identificativo Paziente	<codiceIdentificativoPaziente>	20	Codice identificativo del paziente desumibile da C.F., TEAM, cod. STP, cod. ENI, ecc.	OBB	OBB
12	Tipo Identificativo Paziente	<tipoIdentificativoPaziente>	1	Tipo di codice indentificativo	OBB	OBB
13	Cittadinanza	<cittadinanza>	3	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero	OBB	OBB
14	Stato Civile	<stato Civile>	1	Stato Civile al momento del ricovero	OBB	OBB
15	Livello di Istruzione	<livelloDIistruzione>	1	Titolo di Studio al momento del ricovero	OBB	OBB
16	Condizione	<condizione Professionale	1	Condizione Professione al momento del	OBB	

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
	Professionale			ricovero		
17	Tipo di professione	<tipoDiProfessione>	2	Codice della posizione del soggetto nella professione esercitata al momento del ricovero	OBB	
18	Numero Scheda SDO della puerpera	<numeroSchedaSDODellapuerpera>	10	Numero della scheda SDO della puerpera relativa al parto. Da compilarsi solo nel caso sia presente contemporanea SDO di nuovo nato	CON	CON
Sezione : <RESIDENZA>						
19	Asl Residenza	<aslResidenza>	3	Asl che comprende il comune di residenza del paziente al momento del ricovero	OBB	OBB
20	Regione Residenza	<regioneResidenza>	3	Regione a cui appartiene il comune nella cui anagrafe è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, stato estero di residenza del paziente	OBB	OBB
21	Comune Residenza	<comuneResidenza>	6	Comune nella cui anagrafe è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, stato estero di residenza del paziente	OBB	OBB
Sezione : <TEAM>						
22	Data Scadenza TEAM	<dataScadenzaTEAM>	8	Data scadenza TEAM - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
136	Numero identificazione personale TEAM	<numeroIdentificazioneTEAM>	20	Numero identificazione personale TEAM - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
23	Codice Istituzione Competente TEAM	<codiceIstituzioneCompetenteTEAM>	28	Istituto Competente - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
24	Qualifica Beneficiario TEAM	<qualificaBeneficiarioTEAM>	1	Qualifica del beneficiario - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
25	Riferimento Normativo TEAM	<riferimentoNormativoTEAM>	4	Codice riferimento normativo - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
26	Attestato TEAM	<attestato TEAM>	4	Codice attestato - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
Sezione :		<ENI>				
27	Data Scadenza Tesserino ENI	<dataScadenzaTesserinoENI>	8	Data scadenza Tesserino ENI	CON	CON
28	Data Rilascio Tesserino ENI	<dataRilascioTesserinoENI>	8	Data rilascio Tesserino ENI	CON	CON
29	Codice Istituto Emittente ENI	<codiceIstitutoEmittenteENI>	3	Ente emittente Tesserino ENI	CON	CON
30	Riferimento Normativo ENI	<riferimentoNormativoENI>	4	Codice riferimento normativo ENI	CON	CON
Sezione :		<STP>				
31	Data Scadenza Tesserino STP	<dataScadenzaTesserinoSTP>	8	Data scadenza Tesserino STP	CON	CON
32	Data Rilascio Tesserino STP	<dataRilascioTesserinoSTP>	8	Data rilascio Tesserino STP	CON	CON
33	Codice Istituto Emittente STP	<codiceIstitutoEmittenteSTP>	3	Ente emittente Tesserino STP	CON	CON

4.4 Clinico (DIPX_S0003_CL.xml)

Per le specifiche ufficiali dei tracciati XML e dei relativi schemi di validazione XSD si rimanda alla documentazione ufficiale (*Tracciati XML e schemi di validazione*) pubblicata su Sistema Piemonte.

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
Sezione :		<scheda>				
01	<i>Codhsp11</i>	<codhsp11>	6	<i>Codice HSP11 della struttura di ricovero</i>	OBB	OBB
02	<i>Codbis</i>	<codbis>	2	<i>Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero</i>	OBB	OBB
03	<i>Anno Riferimento</i>	<anno Riferimento>	4	<i>Anno del ricovero (di ammissione al ricovero)</i>	OBB	OBB
04	<i>Numero progressivo SDO</i>	<numeroProgressivoSDO>	6	<i>Numero progressivo numerico della SDO che deve corrispondere a quello della cartella clinica</i>	OBB	OBB
05	<i>Tipo Movimento</i>	<tipo Movimento>	1	<i>Tipo di movimentazione del record</i>	OBB	OBB
Sezione :		<DATIISTITUTO>				
34	Asl Territoriale	<aslTerritoriale>	3	Azienda territoriale Sanitaria dove è ubicata la struttura erogante	OBB	OBB
35	Codice Istituto Erogante	<codiceIstitutoErogante>	3	Codice di istituto pubblico o privato che eroga la prestazione	OBB	OBB
Sezione :		<DATIRICOVERO>				
36	Regime Ricovero	<regime Ricovero>	1	Regime di ricovero (ordinario, diurno, one day surgery e ospedalizzazione a domicilio)	OBB	OBB
37	Onere Degenza	<onere Degenza>	1	Si deve specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere delle spese del ricovero	OBB	OBB
38	Data Prenotazione	<dataPrenotazione>	8	Indica la data in cui è pervenuta la richiesta di ricovero programmato all'addetto che deve essere registrata nella lista di attesa.	CON	CON
39	Classe Priorità	<classePriorita>	1	Classe di priorità del ricovero programmato	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
Sezione :	Rilevazione Dolore	<rilevazioneDolore>	1	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero secondo quanto previsto dalla Legge n° 38 del 15 marzo 2010	OBB	OBB
Sezione : <AMMISSIONE>						
41	Provenienza Assistito	<provenienza Assistito>	2	Indica l'istituzione da cui proviene il ricovero o il medico che lo ha proposto	OBB	OBB
42	Codhsp11 Provenienza	<codhsp11Provenienza>	6	Codice HSP11 dell'Istituto di ricovero di provenienza	CON	NR
43	Codbis Provenienza	<codbisProvenienza>	2	Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di provenienza	CON	NR
161	Numero Cartella Provenienza	<cartellaProvenienza>	10	Cartella dell'istituto di provenienza (da compilare solo per le SDO RRF)	CON	CON
44	Data Ricovero	<data Ricovero>	8	Data di ricovero nell'Istituto di cura	OBB	OBB
45	Ora Ricovero	<ora Ricovero>	4	Ora di accettazione: si intende l'ora in cui viene assegnato il letto e preso incarico il paziente	OBB	OBB
46	Disciplina UO di ammissione	<disciplinaUODiAmmissione>	2	Disciplina dell' UO di ammissione al ricovero. Individua l'Unità Operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra Unità Operativa	OBB	OBB
47	Progressivo UO di ammissione	<progressivoUODiAmmissione>	2	Progressivo di UO di ammissione al ricovero	OBB	OBB
48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva	<attivitàMultispecialisticoDisciplinaEffettiva>	2	Disciplina effettiva di presa in carico del paziente se il ricovero è in Reparto Multispecialistico	CON	CON
49	Attività svolta in Multispecialistico - Divisione Effettiva	<attivitàMultispecialisticoProgressivoEffettivo>	2	Progressivo di UO di presa in carico del paziente se il ricovero è in Reparto Multispecialistico	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
50	Matricola Ricovero	<matricola Ricovero>	6	Matricola dell'Unità Produttiva del ricovero	OBB	OBB
51	Codice MRA Ricovero	<codiceMRARicovero>	20	Nuovo codice ministeriale MRA di ricovero (ancora non definito)		
Sezione		<RO>				
52	Tipo Ricovero Ordinario	<tipoRicoveroOrdinario>	1	Tipo ricovero ordinario (programmato, d'urgenza, TSO, ecc.)	CON	CON
53	Giorni Permesso RO	<giorniPermessoRO>	2	Giorni di permesso nel Ricovero Ordinario		NR
Sezione		< trasferimentoInterno>				
54.n	Data Trasferimento Interno	<dataTrasferimentoInterno>	8	Data del trasferimento all'interno dello stesso istituto di Cura con medesimo codice HSP11		
55.n	Ora Trasferimento Interno	<oraTrasferimentoInterno>	4	Ora del trasferimento interno	CON	CON
56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno	<UOdisciplinaTrasferimentoInterno>	2	Disciplina dell' UO del trasferimento interno	CON	CON
57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno	<UOProgressivoTrasferimentoInterno>	2	Progressivo dell' UO del trasferimento interno	CON	CON
58.n	Matricola Trasferimento Interno	<matricolaTrasferimentoInterno>	6	Matricola Unità Produttiva dell' UO del trasferimento interno	CON	CON
59.n	Codice MRA Trasferimento Interno	<codiceMRATrasferimentoInterno>	20	Nuovo codice ministeriale MRA (ancora non definito)		
Sezione		< trasferimentoEsterno>				
60.n	Codhsp11 Esterno	<codhsp11TrasferimentoEsterno>	6	Codice HSP11 della struttura di ricovero		
61.n	Codbis Esterno	<cobisTrasferimentoEsterno>	2	Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di ricovero		
62.n	Data Trasferimento Esterno	<dataTrasferimentoEsterno>	8	Data del trasferimento all'esterno dell'Istituto di cura solo per l'effettuazione di procedura od intervento in modalità "in service"		
63.n	Ora Trasferimento Esterno	<OraTrasferimentoEsterno>	4	Ora del trasferimento esterno		
64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno	<UOdisciplinaTrasferimentoEsterno>	2	Disciplina dell' UO del trasferimento esterno		
65.n	Progressivo UO Trasferimento	<UOProgressivoTrasferimentoEsterno>	2	Progressivo dell' UO del trasferimento		

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
	Esterno			esterno		
66.n	Matricola Trasferimento Esterno	<matricolaTrasferimentoEsterno>	6	Matricola Unità Produttiva dell' UO del trasferimento esterno		
67.n	Codice MRA Trasferimento Esterno	<codiceMRATrasferimentoInterno>	20	Nuovo codice ministeriale MRA (ancora non definito)		
Sezione		<DH>				
68	Motivo Ricovero DH	<motivoRicoveroDH>	1	Motivo del ricovero in ricovero diurno (diagnostico, chirurgico, ecc.)	CON	CON
69	Numero Accessi DH	<numero Accessi DH>	3	Numero accessi in regime diurno per uno stesso ciclo assistenziale	CON	CON
Sezione		<accessoDH>				
70.n	Data accesso DH	<accessoDH>	8	Indica le date di tutti gli accessi in DH. La data di ricovero coincide quindi con la data del primo accesso e la data di dimissione coincide con la data dell'ultimo accesso	CON	NR
Sezione		<OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIO>				
71	Giorni Ricovero in Istituto	<giorniRicoveroInIstituto>	2	Ospedalizzazione a domicilio: numero giornate di interruzione del ricovero in Ospedalizzazione a domicilio a seguito di un ricovero presso un presidio	CON	NR
72	Numero Passaggi Personale non Medico	<numeroPassaggiPersonaleNonmedico>	3	Ospedalizzazione a domicilio: numero passaggi di personale sanitario non medico presso il domicilio	CON	NR
73	Numero Visite Mediche	<numeroVisiteMediche>	3	Ospedalizzazione a domicilio: numero visite mediche presso il domicilio	CON	NR
Sezione		<DIMISSIONE>				
74	Modalità Dimissione	<modalitaDimissione>	2	Indica la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso	OBB	OBB
75	Data Dimissione o morte	<dataDimissioneOMorte>	8	Data dimissione o morte del paziente	OBB	OBB

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
76	Ora Dimissione	<oraDimissione>	4	Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione oppure l'ora del decesso	OBB	OBB
77	Disciplina UO di Dimissione	<disciplinaUODimissione>	2	Disciplina dell' UO dimissione	OBB	OBB
78	Progressivo UO di Dimissione	<progressivoUODimissione>	2	Progressivo di UO dimissione	OBB	OBB
79	Matricola Dimissione	<matricolaDimissione>	6	Matricola Unità Produttiva di dimissione	OBB	OBB
80	Codice MRA Dimissione	<codiceMRADimissione>	20	Nuovo codice ministeriale MRA di dimissione (ancora non definito)		
81	Riscontro autoptico	<riscontroAutoptico>	1	Indica i pazienti deceduti per i quali è stata effettuata l'autopsia	CON	CON
82	Codhsp11 Destinazione	<codhsp11Destinazione>	6	Codice HSP11 della struttura di destinazione	CON	NR
83	Codbis Destinazione	<codbisDestinazione>	2	Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di destinazione	CON	NR
Sezione		<DIAGNOSIPRINCIPALE>				
84	Diagnosi Principale Dimissione	<DiagnosiPrincipaleDimissione>	5	Diagnosi principale di dimissione individuata con codici ICD9CM. Identifica la condizione che, a fine ricovero, risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Qualora, nel corso del ricovero, si evindenziassero più di una condizione con analoghe caratteristiche deve essere selezionata come principale la diagnosi responsabile del maggiore impiego di risorse	OBB	OBB
85	Flag Diagnosi Principale presente al Ricovero	<flagDiagnosiPrincipalePresenteAlRicovero>	1	Flag che indica se la diagnosi principale di dimissione era presente al momento del ricovero, comunque preesistente anche se rilevata successivamente all'ammissione e non insorta durante il ricovero.	OBB	OBB
130	Lateralità diagnosi Principale	<lateralitaDiagnosiPrincipale>	1	Ove applicabile, specifica se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro, o	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				è bilaterale		
Sezione		<diagnosiSecondaria>				
86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione	<diagnosiSecondariaDimissione>	5	Diagnosi secondaria di dimissione (max 5). Si intende qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: procedure diagnostiche eseguite, trattamento terapeutico, durata degenza, monitoraggio clinico. Si tratta di condizioni che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Si precisa che le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero in esame non devono essere segnalate		
87.n	Flag Diagnosi Secondaria presente al Ricovero	<flagDiagnosiSecondariaPresenteAlRicovero>	1	Flag che indica se la diagnosi secondaria di dimissione era presente al momento del ricovero e comunque preesistente al momento del ricovero anche se rilevata successivamente all'ammissione e non insorta durante il ricovero.	CON	CON
131.n	Lateralità Diagnosi Secondaria	<lateralitaDiagnosiSecondaria>	1	Ove applicabile, specifica se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale	CON	CON
132.n	Stadiazione Condensata Diagnosi Secondaria	<stadiazioneCondensataDiagnosiSecondaria>	1	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi secondaria. Il campo deve essere compilato in presenza di diagnosi di dimissione secondaria per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				Utilizzare la seguente codifica: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto		
139.n	Cardinalità Diagnosi Secondaria RRF	<posDSriab>	1	Indica la posizione della diagnosi secondaria nel caso di SDO RRF. Valori ammessi: E, M, C	CON	CON
Sezione		<TRAUMATISMI>				
88	Traumatismi o Intossicazioni	<traumatismiOIntossicazioni>	1	Informazione che caratterizza la causa del ricovero quando causato da trauma, incidente o intossicazione	CON	CON
89	Codice Causa esterna	<causa Esterna>	5	Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo, dell'incidente o dell'intossicazione e si identifica con un codice "E" di diagnosi per i ricoveri ordinari	CON	CON
Sezione		<INTERVENTOPRINCIPALE>				
90	Codice Intervento Principale	<codiceInterventoPrincipale>	4	Codice ICD9CM dell'intervento principale che è la procedura maggiormente correlata alla diagnosi principale		
91	Data Inizio Intervento Principale	<dataInizioInterventoPrincipale>	8	Data inizio intervento principale	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
92	Ora Inizio Intervento Principale	<oraInizioInterventoPrincipale>	4	Ora inizio intervento intesa come il momento dell'incisione della cute per l'intervento principale	CON	CON
93	Data Fine Intervento Principale	<dataFineInterventoPrincipale>	8	Data Fine intervento principale	CON	CON
94	Ora Fine Intervento Principale	<oraFineInterventoPrincipale>	4	Ora della fine dell'intervento principale da intendersi come il momento di completamento della sutura	CON	CON
95	Flag Intervento Principale "in service"	<flagInterventoPrincipaleInService>	1	Flag che indica se l' Intervento principale è "in service" in un istituto (CodHSP11) diverso da quello del ricovero del paziente		
96	Check list Sala Operatoria Intervento Principale	<checkListSalaOperatoriaInterventoPrincipale >	1	Flag che indica se è stata compilata ed è presente in cartella la check list per la sicurezza in Sala Operatoria per l'Intervento principale, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012. Non è necessario sia compilato per le procedure diagnostiche o terapeutiche	CON	CON
97	Uso Robot Intervento Principale	<usoRobotInterventoPrincipale>	1	Flag che indica se è stato usato un robot per l'effettuazione dell' Intervento principale	CON	NR
98	CF Anestesista Intervento Principale	<cfAnestesistaInterventoPrincipale>	20	Codice fiscale dell'Anestesista dell'intervento principale	CON	CON
99	CF Chirurgo A Intervento Principale	<cfChirurgoAInterventoPrincipale>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore A dell'intervento principale	CON	CON
100	CF Chirurgo B Intervento Principale	<cfChirurgoBInterventoPrincipale>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore B dell'intervento principale		
101	CF Chirurgo C Intervento Principale	<cfChirurgoCInterventoPrincipale>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore C dell'intervento principale		
133	Lateralità Intervento Principale	<lateralitaInterventoPrincipale>	1	Ove applicabile, specifica se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro, o	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				è bilaterale		
162	Matricola di Sala Operatoria Intervento Principale	<matricolaSalaOperIntPrinc>	6	Campo non attivo. Matricola relativa alla sala operatoria in cui si effettua l'intervento principale	CON	CON
Sezione		< interventoSecondario>				
102.n	Codice Intervento Secondario	<codiceInterventoSecondario>	4	Codice ICD9CM intervento secondario o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe minor quantità di risorse rispetto all'intervento principale, seguendo l'ordine previsto dalle linee guida per la corretta codificazione della SDO		
103.n	Data Inizio Intervento Secondario	<dataInizioInterventoSecondario>	8	Data inizio intervento secondario o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica	CON	CON
104.n	Ora Inizio Intervento Secondario	<oraInizioInterventoSecondario>	4	Ora dell' inizio intesa come momento dell'incisione della cute per l'intervento secondario	CON	CON
105.n	Data Fine Intervento Secondario	<dataFineInterventoSecondario>	8	Data fine intervento secondario	CON	CON
106.n	Ora Fine Intervento Secondario	<oraFineInterventoSecondario>	4	Ora della fine dell'intervento secondario da intendersi come il momento di completamento della sutura	CON	CON
107.n	Flag Intervento Secondario "in service"	<flagInterventoSecondarioInService>	1	Flag che indica se l' Intervento secondario è "in service" in un istituto (CodHSP11) diverso da quello del ricovero del paziente		

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
108.n	Check list Sala Operatoria Int. Sec.	<checkListSalaOperatoriaInterventoSecondario>	1	Flag che indica se è stata compilata ed è presente in cartella la check list per la sicurezza in Sala Operatoria per l'Intervento secondario come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012. Non è necessario sia compilato per le procedure diagnostiche o terapeutiche	CON	CON
109.n	Uso Robot Int. Sec.	<usoRobotInterventoSecondario>	1	Flag che indica se è stato usato un robot per l'effettuazione dell' Intervento secondario	CON	NR
110.n	CF Anestesista Intervento Secondario	<cfAnestesistaInterventoSecondario>	20	Codice fiscale dell'Anestesista dell'intervento secondario	CON	CON
111.n	CF Chirurgo A Intervento Secondario	<cfChirurgoAInterventoSecondario>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore A dell'intervento secondario	CON	CON
112.n	CF Chirurgo B Intervento Secondario	<cfChirurgoBInterventoSecondario>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore B dell'intervento secondario		
113.n	CF Chirurgo C Intervento Secondario	<cfChirurgoCInterventoSecondario>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore C dell'intervento secondario		
134.n	Lateralità Intervento Secondario	<lateralitaInterventoSecondario>	1	Ove applicabile, specifica se l'intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale	CON	CON
163.n	Matricola di Sala Operatoria Intervento Secondario	<matricolaSalaOperIntSec>	6	Campo non attivo. Matricola relativa alla sala operatoria in cui si effettua l'intervento secondario	CON	CON
Sezione		<PROTESI>				
114	Codice Protesi	<codiceProtesi>	3	Codice protesi utilizzata durante gli interventi		NR
115	Quantità Protesi	<quantitaProtesi>	1	Quantità protesi utilizzate durante gli interventi	CON	NR
Sezione		<NEONATO				

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
116	Peso alla Nascita	<pesoAllaNascita>	4	Peso alla nascita del neonato	CON	CON
117	Modalità Allattamento	<modalitaAllattamento>	2	Modalità allattamento del neonato	CON	
Sezione		<ALTRIDATICLINICI>				
118	Libera Professione	<liberaProfessione>	1	Indica se l'attività è stata effettuata in libera professione		NR
119	Ricovero Ripetuto	<ricoveroRipetuto>	1	Flag che indica che il ricovero è da considerarsi ripetuto (per medesimo paziente, stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione precedente nello stesso Istituto)		NR
120	Farmaco Oncologico	<farmacoOncologico>	1	Indica che durante il ricovero in DH è stato utilizzato un farmaco oncologico ad alto costo come indicato dalla normativa vigente	CON	NR
121	TSO durante il ricovero in disciplina 40	<TSODuranteRicoveroInDisciplina40>	1	Indica se durante il ricovero è stato effettuato il TSO nella Disciplina di Psichiatria	CON	NR
122	Numero scheda 118	<numeroScheda118>	13	Deve essere indicato il Codice Missione 118	CON	NR
123	Ricovero oltre 365	<ricoveroOltre365>	1	Flag per i ricoveri di oltre 365 gg		NR
124	Malattie Rare e Croniche	<malattieRareECroniche>	10	Indica che il paziente è affetto da una delle Malattie rare e croniche indicate nella relativa tabella		NR

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
125	Stadiazione Condensata	<stadiazioneCondensata>	1	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi principale. Il campo deve essere compilato in presenza di diagnosi di dimissione principale per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1 Utilizzare la seguente codifica: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto	CON	CON
126	Pressione Arteriosa Sistolica	<pressioneArteriosaSistolica>	3	Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx)	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
127	Creatinina Serica	<creatininaSerica>	4	Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL). Il campo deve essere compilato nei seguenti casi: 1) intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento; 2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx). Indicare il valore della creatinina sierica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; 3) intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
128	Frazione di Eiezione	<frazioneDiEiezione>	2	Indica la frazione di eiezione preoperatoria. Il campo deve essere compilato solo per gli interventi chirurgici principali o secondari di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o per quelli sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.	CON	CON
129	Euroscore	<euroscore>	2	Indica il valore dell'Euroscore per gli interventi cardiocirurgici solo nei reparti di CARDIOCHIRURGIA	CON	NR
137	Classe ASA	<classeASA>	1	Campo non attivo. Valuta il rischio anestesiológico in base alle condizioni del paziente: 1 = classe ASA I – paziente in buona salute 2 = classe ASA II – patologia sistemica di media entità 3 = classe ASA III – patologia sistemica di severa entità stabilizzata 4 = classe ASA IV – patologia sistemica di severa entità con rischio di vita costante 5 = classe ASA V – paziente moribondo con aspettativa di vita < 24h indipendentemente dall'intervento chirurgico	CON	CON
138	Tipo Anestesia	<tipoAnestesia>	1	Campo non attivo. Indica il tipo di anestesia praticata: 1 - anestesia generale	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				2 - anestesia spinale 3 - anestesia plessica 4 - anestesia locale		
Sezione		<POSTACUZIE>				
135	Numero Scheda SDO di postacuzie precedente	<numeroSchedaSDOPrecedente>	10	Numero della scheda SDO di postacuzie precedente. Da compilare nella SDO relativa al ricovero in postacuzie di prosecuzione del precedente nel caso di soggiorno in PS/DEA che duri meno di un giorno (un pernottamento) ed il paziente ritorni in postacuzie per ultimare il ciclo riabilitativo previsto. (rif. DRG 17-4167 del 07.11.2016)		
Sezione		<SDORRF>				
140	Provenienza paziente riabilitativo	<provAssRiab>	1	Indica la specifica modalità di provenienza per le SDO RRF. Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi) - 1, 2, 3 solo per le provenienze nel flusso ricoveri con valori '05','06','07','08' - 4, 5, 6, 7, 8 solo per le provenienze nel flusso ricoveri con valore '10', '20'	CON	CON
141	Modalità dimissione riabilitazione	<modDimRiab>	1	Indica la specifica modalità di dimissione per le SDO RRF. Valori ammessi: da 1 a 6 (estremi inclusi) - 1, 2, 3, 4 solo per le modalità di dimissione nel flusso ricoveri con valore '02' - 5,6 solo per le modalità di dimissione nel flusso ricoveri con valore '19'	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
142	Scala RANKIN	<rankin>	1	Scala di Rankin Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 5 (estremi inclusi)	CON	CON
143	Barthel Index Ingresso	<barthelE>	3	Indice di Barthel Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)	CON	CON
144	Barthel Index Uscita	<barthelU>	3	Indice di Barthel Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)	CON	CON
145	Scala Barthel Dispnea Ingresso	<barthelDE>	3	Scala Barthel – Dispnea Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)	CON	CON
146	Scala Barthel Dispnea Uscita	<barthelDU>	3	Scala Barthel – Dispnea Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)		
147	Test Cammino 6 Ingresso	<test6mE>	3	Test del cammino dei 6 minuti Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 999 (estremi inclusi)	CON	CON
148	Test Cammino 6 Uscita	<test6mU>	3	Test del cammino dei 6 minuti Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 999 (estremi inclusi)	CON	CON
149	Scala Glasgow Coma Ingresso	<glasgowComaE>	2	Glasgow Coma Scale Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 3 a 15 (estremi inclusi)	CON	CON
150	Scala Glasgow Coma Uscita	<glasgowComaU>	2	Glasgow Coma Scale Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 3 a 15 (estremi inclusi)	CON	CON
151	Scala Glasgow Coma Extended Ingresso	<glasgowComaExE>	1	Glasgow Coma Scale Extended Valore acquisito all'ingresso in reparto di	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi)		
152	Scala Glasgow Coma Extended Uscita	<glasgowComaExU>	1	Glasgow Coma Scale Extended Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi)	CON	CON
153	Scala Level of cognitive functioning Ingresso	<levelCognFuncE>	1	Scala Level of cognitive functioning Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi)	CON	CON
154	Scala Level of cognitive functioning Uscita	<levelCognFuncU>	1	Scala Level of cognitive functioning Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi)	CON	CON
155	ASIA Ingresso	<asiaE>	4	American Spinal Injury Association Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni Formato: XNNX	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				Livello Neurologico: Valori ammessi: alfabetici (C,T,L,S solo in prima posizione) numerici (01-12 nelle posizioni 2 e 3) Livello Completezza/Incompletezza: Valori ammessi: (A, B, C, D, E solo posizione 4)		
156	ASIA Uscita	<asiaU>	4	American Spinal Injury Association Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni Formato: XNNX Livello Neurologico: Valori ammessi: alfabetici (C,T,L,S solo in prima posizione) numerici (01-12 nelle posizioni 2 e 3) Livello Completezza/Incompletezza: Valori ammessi: (A, B, C, D, E solo posizione 4)	CON	CON
157	SCIM Ingresso	<scimE>	3	Spinal Cord Independence Measure Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)	CON	CON
158	SCIM Uscita	<scimU>	3	Spinal Cord Independence Measure Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione.	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				Compilazione obbligatoria per disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)		
159	RCS Ingresso	<rcsE>	2	Rehabilitation Complexity Scale Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 Valori ammessi: da 0 a 22 (estremi inclusi)	CON	CON
160	RCS Uscita	<rcsU>	2	Rehabilitation Complexity Scale Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 Valori ammessi: da 0 a 22 (estremi inclusi)	CON	CON

SCHEDE CAMPO

4.5 Premessa

Ogni scheda descrive un campo del tracciato

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

Nome del campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
Campo N°	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record.
Descrizione del campo	Attribuisce un significato univoco al nome del campo.

Sezione XML

Tag	indica il tag XML in cui è ospitato il campo
Sezione	indica il tag XML della sezione in cui è ospitato il tag del campo
Campo ripetibile	indica se il tag è o meno ripetibile

Sezione Obbligatorietà e tracciati

Obbligatorio	Può essere SI, o NO, o CON, a seconda di quanto indicato nella corrispondente colonna del tracciato record
Tracciato anagrafico	Indica se il campo fa parte del tracciato anagrafico
Tracciato clinico	Indica se il campo fa parte del tracciato clinico

Sezione Correttezza formale

Lunghezza	numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.
Formato	definisce il campo quale <i>alfabetico</i> , od <i>alfanumerico</i> , o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.
Valori ammessi	espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta per l'episodio di ricovero di cui tratta la SDO.
Tabella di riferimento	quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga. Tutte le tabelle, cui si fa riferimento, vengono allegate al documento, su supporto elettronico
Possibili errori	<i>riporta i codici degli errori formali che possono essere restituiti per il campo</i>
Correttezza logica	Riporta i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico.
Osservazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico della SDO.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Codhsp11 (*campo chiave)		01	
DESCRIZIONE			
Codice HSP11 della struttura di ricovero. Codice costituito dal codice Regione, o Provincia Autonoma + un progressivo numerico attribuito in ambito regionale) corrispondente al codice HSP.11 dei FIM.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codhsp11>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice della Struttura di ricovero		
TABELLE DI RIFERIMENTO	tabella HSP11 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L01	Esistenza della struttura e dell'Istituto di cura fra Data ricovero e Data dimissione		
L02	Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale		
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L51	Congruenza fra DRG di Parto ed U.P. collegata a U.O. 37.xx, nella Struttura di ricovero		
L59	Congruenza fra DRG di cardiocirurgia e Struttura di ricovero		
L72	Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza		
L73	Congruenza tra Struttura di ricovero e Onere di degenza		
L75	Congruenza tra Ricovero Ripetuto, Disciplina UO di Dimissione e Istituto di cura		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L77	Congruenza tra Istituto e Motivo del ricovero diurno		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L84	Congruenza tra Istituto e Matricola di dimissione		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Provenienza assistito		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
L92	Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo “C”		
L93	Congruenza tra Ist. Privato provv./definitivamente accreditato e Provenienza assistito		
L94	Congruenza tra Istituti privati non accreditati e Onere di degenza		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
LA2	Congruenza tra Istituti privati provv./definitivamente accreditati e Onere Degenza		
LB1	Congruenza tra Istituto e Codice Istituto Erogante		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza.		
LB6	Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery		
LB9	Congruenza fra UO e Provenienza assistito (010621)		
LC0	Congruenza fra Regime diricovero e Istituto di cura		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaeum Misericordiae”		
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
LF4	Coerenza tra onere di degenza e attività per le strutture private accreditate day surgery di tipo 'C'		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche		

N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali
N04	SDO non elaborata: Errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO
N10	SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica
N11	SDO non elaborata: Anagrafica senza Dati clinici
N12	SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata
N13	SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata
S01	Segnalazione DRG forzato a 462
S10	Segnalazione: DRG forzato a 462 - Riabilitazione di II livello
S15	I° Invio - Fuori Tempo Massimo
S16	Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Si ribadisce che, in conformità con la definizione data dal Decreto del Ministro della Sanità 23 Dicembre 1996, l'unità organizzativa ospedaliera deputata ai ricoveri è la STRUTTURA DI RICOVERO, eventualmente articolata in più ISTITUTI, purché dipendenti da un'unica direzione sanitaria di presidio.

Nel caso in cui la struttura di ricovero coincida con l'istituto, codificare il subcodice con "00" (010XXX00).

NB: Per Istituto di ammissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di ricovero e per Istituto di dimissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di dimissione.

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Codbis (*campo chiave)			02
DESCRIZIONE			
Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero. Codice indicato nel modello HSP.11bis attribuito anch'esso dalla Regione.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codbis>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Sub Codice Istituto		
TABELLE DI RIFERIMENTO	tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L01	Esistenza della struttura e dell'Istituto di cura fra Data ricovero e Data dimissione		
L02	Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L51	Congruenza fra DRG di Parto ed U.P. collegata a U.O. 37.xx, nella Struttura di ricovero		
L59	Congruenza fra DRG di cardiocirurgia e Struttura di ricovero		
L77	Congruenza tra Istituto e Motivo del ricovero diurno		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L84	Congruenza tra Istituto e Matricola di dimissione		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Provenienza assistito		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
L92	Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo “C”		
L93	Congruenza tra Ist. Privato provv./definitivamente accreditato e Provenienza assistito		
L94	Congruenza tra Istituti privati non accreditati e Onere di degenza		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
LA2	Congruenza tra Istituti privati provv./definitivamente accreditati e Onere Degenza		
LB1	Congruenza tra Istituto e Codice Istituto Erogante		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza.		
LB6	Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery		
LC0	Congruenza fra Regime diricovero e Istituto di cura		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaeum Misericordiae”		
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche		
N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali		
N04	SDO non elaborata: Errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella		
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO		
N10	SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica		
N11	SDO non elaborata:Anagrafica senza Dati clinici		
N12	SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata		
N13	SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata		
S15	I° Invio - Fuori Tempo Massimo		

S16	Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Si ribadisce che, in conformità con la definizione data dal Decreto del Ministro della Sanità 23 Dicembre 1996, l'unità organizzativa ospedaliera deputata ai ricoveri è la STRUTTURA DI RICOVERO, eventualmente articolata in più ISTITUTI , purché dipendenti da un'unica direzione sanitaria di presidio.

Nel caso in cui la struttura di ricovero coincida con l'istituto, codificare il subcodice con "00" (010XXX00).

NB: Per Istituto di ammissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di ricovero e per Istituto di dimissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di dimissione.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Anno Riferimento (*campo chiave)		03	
DESCRIZIONE			
Anno del ricovero (di ammissione al ricovero) Concorre con il campo "Numero progressivo SDO" (04) a definire il numero scheda, che deve essere univoco per Struttura di ricovero (Codhsp11).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<annoRiferimento>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	aaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L05	Corrispondenza fra l'anno di Data Ricovero e l'anno di riferimento della scheda		
N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali		
N04	Non elaborabile: errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella		
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO		
N10	SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica		
N11	SDO non elaborata: Anagrafica senza Dati clinici		
N12	SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata		
N13	SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata		
S15	I° Invio - Fuori Tempo Massimo		
S16	Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Per Struttura di ricovero si intende l'insieme degli Istituti aggregati, ovunque dislocati, purché dipendenti da un'unica direzione sanitaria di presidio. <u>Ordinariamente la numerazione delle cartelle è univoca per la Struttura di ricovero (Hsp11):</u> <u>non possono esistere due SDO con uguale numero di cartella , per ricoveri diversi in Istituti (Hsp11.Bis) appartenenti alla stessa Struttura (Hsp11).</u> Per conseguenza, è possibile trasferire un paziente tra Istituti (Hsp11.Bis) di una stessa Struttura (Hsp11) mantenendo aperta la cartella (la SDO viene inviata dall'Istituto che dimette il paziente al termine del ricovero). NB: il numero scheda NON può contenere alcuno spazio. Esempio valido: 1999000365 Esempi non validi: 1999 365 oppure 1999365			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Numero progressivo SDO (*campo chiave)		04	
DESCRIZIONE			
Numero progressivo numerico della SDO che deve corrispondere a quello della cartella clinica. Concorre con il campo "Anno di riferimento " (03) a definire il numero scheda, che deve essere univoco per Struttura di ricovero (Codhsp11).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroProgressivoSDO>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	progressivo numerico		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01 SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali N04 Non elaborabile: errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella N05 SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO N10 SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica N11 SDO non elaborata: Anagrafica senza Dati clinici N12 SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata N13 SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata S15 I° Invio - Fuori Tempo Massimo S16 Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Per Struttura di ricovero si intende l'insieme degli Istituti aggregati, ovunque dislocati, purché dipendenti da un'unica direzione sanitaria di presidio. Ordinariamente la numerazione delle cartelle è univoca per la Struttura di ricovero (Hsp11): <u>non possono esistere due SDO con uguale numero di cartella , per ricoveri diversi in Istituti (Hsp11.Bis) appartenenti alla stessa Struttura (Hsp11).</u> Per conseguenza, è possibile trasferire un paziente tra Istituti (Hsp11.Bis) di una stessa Struttura (Hsp11) mantenendo aperta la cartella (la SDO viene inviata dall'Istituto che dimette il paziente al termine del ricovero). NB: il numero scheda NON può contenere alcuno spazio. Esempio valido: 1999000365 Esempi non validi: 1999 365 oppure 1999365			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Tipo Movimento (* <i>campo chiave</i>)			05
DESCRIZIONE			
Tipo di movimentazione del record. Rappresenta la determinazione dell’Istituto di ricovero ad ottenere sul sistema centrale di archiviazione delle SDO un movimento di inserimento, sostituzione o cancellazione e serve quindi alla movimentazione dei record.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoMovimento>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	'I', 'S', 'C'		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali		
N04	Non elaborabile: errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella		
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO		
N10	SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica		
N11	SDO non elaborata:Anagrafica senza Dati clinici		
N12	SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata		
N13	SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata		
S15	I° Invio - Fuori Tempo Massimo		
S16	Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
"I" – inserimento (primo invio) "S" – sostituzione. "C" – cancellazione NB: 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” (errore Nxx)			
Le date limite entro cui le cartelle devono essere inviate, sono fissate dall’Assessorato secondo un calendario definito nella D.G.R. 13-6981 del 30.12.2013.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
COGNOME		06	
DESCRIZIONE			
Cognome del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cognome>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	50		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F08		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD6 Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica 'ANONIMO'			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NOME		07	
DESCRIZIONE			
Nome del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<nome>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	50		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F08		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD6 Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica 'ANONIMO'			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SESSO		08	
DESCRIZIONE			
Sesso del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< Sesso >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	< ANAGRAFICA >	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = maschio 2 = femmina Nei rari casi in cui, per un neonato, il sesso risulti ancora indeterminato, all'atto della dimissione, si attenderanno i referti degli accertamenti diagnostici dirimenti, prima di compilare il campo e di inviare la SDO. NB: Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA NASCITA		09	
DESCRIZIONE			
Data di nascita del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataNascita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L07	Congruenza fra data di ricovero e data di nascita		
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita		
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
L36	Compilazione campo Numero scheda della puerpera		
L37	Compilazione campo Modalità di Allattamento		
L52	Compatibilità fra età della puerpera e DRG di Parto		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L96	Congruenza tra Data di nascita e Data prenotazione		
LA3	Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di ricovero		
LC5	Congruenza età del paziente		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LR1	Coerenza scala RANKIN		
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA		
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6		
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA		
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED		
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning		
LR8	Coerenza scala ASIA		
LR9	Coerenza scala SCIM		
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: per i nuovi nati, la data di nascita coincide con la data di ricovero			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
COMUNE O PROVINCIA NASCITA		10	
DESCRIZIONE			
Luogo di nascita del paziente Per i nati in Italia viene usato il codice ISTAT indicante il comune.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<comuneProvinciaNascita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici ISTAT di Comuni d'Italia; oppure 999 + Stato estero; oppure 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabelle Codici ISTAT di Comuni e Stati Esteri sovrani		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice indicato deve risultare valido alla data di nascita, nelle Tabelle di riferimento. Per i nati all'estero si indica genericamente il codice dello "Stato Estero" preceduto da "999". Se la Nazione è sconosciuta si indicano sei "9". NB: dal momento che esistono numerose omonimie di Comuni, allocati in Province diverse, è importante, in fase di accettazione del ricoverando, verificare che il codice Provincia rilevato (prime tre cifre) indichi l'effettiva Provincia di nascita.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE IDENTIFICATIVO PAZIENTE		11	
DESCRIZIONE			
Codice identificativo del paziente desumibile da Codice Fiscale, TEAM, cod. STP, cod. ENI, ecc.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIdentificativoPaziente>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice Fiscale, Tessera TEAM, Tesserino STP, Tesserino ENI, venti '0', venti '9'		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
LC4	Congruenza fra Codice identificativo paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione		
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LD2	Congruenza fra Data dimissione ed eventuale Data decesso su AURA		
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaum Misericordiae"		
LF8	Coerenza tra ricovero/prestazione rispetto alla Banca Dati Centi ISI		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente		
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
L'informazione relativa al Codice fiscale deve essere verificato direttamente dalla Tessera Sanitaria (inviata all'Agenzia delle Entrate) al momento dell'accettazione del ricovero; pertanto se il campo contiene un Codice fiscale certificato (da AURA o dal MEF), non vengono eseguiti controlli formali sul codice indicato. Per tipologie particolari di pazienti, nel campo possono essere inseriti <u>altri codici che non sono Codici fiscali</u>, come indicato nella Tabella "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica" degli allegati. - per i <u>neonati</u> – non ancora in possesso di Codice fiscale – si utilizza la codifica di venti "0" - per i <u>cittadini stranieri residenti in Italia</u> – si utilizza il Codice fiscale - per i <u>cittadini stranieri richiedenti la protezione internazionale</u> – si utilizza il Codice fiscale provvisorio (numerico di lunghezza 11) - per i <u>cittadini stranieri UE, Svizzera, SEE</u> – si utilizza la tessera TEAM (codice numerico di 20 caratteri di cui campo n°8), - per i <u>cittadini stranieri iscritti ai centri ISI: ENI</u>– si utilizza il codice ISI aventi la seguente struttura: • "ENI + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche" dove per codice ASL deve essere usata la codifica (201-213, 301), valida fino dal 2008 <u>A partire dalla competenza 2020 il codice ENI sarà verificato rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale.</u> - per i <u>cittadini stranieri iscritti ai centri ISI: STP</u>– si utilizza il codice ISI aventi la seguente struttura: • "STP + codice regione + codice ASL + 7 cifre numeriche" dove per codice ASL, per la Regione Piemonte, deve essere usata la codifica (201-213, 301), valida fino dal 2008. <u>A partire dalla competenza 2019 verranno accettati anche i codici STP emessi da altre Regioni.</u>			

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

- per i cittadini stranieri non residenti in Italia – si utilizza la codifica di venti '9'
- per i cittadini stranieri in possesso del tesserino del "First aid pass – Iubilaeum Misericordiae"
(in caso di ricovero urgente come stabilito dal D.L. n°78 del 19.06.2015 convertito con modificazioni della legge n°125 del 06.08.2015 e con data di ricovero compresa tra il 07.12.2015 ed il 20.11.2016) – si utilizza il codice del tesserino che ha la seguente struttura:
 - "GIU + 13 cifre numeriche"
- per i cittadini italiani residenti all'estero AIRE – si utilizza il Codice fiscale oppure la codifica di venti '9'
- in caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) – si utilizza la codifica di venti '9'

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO IDENTIFICATIVO PAZIENTE		12	
DESCRIZIONE			
Tipo di codice indentificativo			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoidentificativoPaziente>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0,1,2,3,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L28	Congruenza fra Provincia / Comune di residenza e la data di dimissione		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
L40	Congruenza fra Tipo Identificativo Paziente e Regione di residenza		
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LA5	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale		
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
LD5	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero, apolide / ANONIMO, AIRE		
LD6	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = Codice fiscale 1 = Codice STP 2 = Codice ENI 3 = Codice TEAM 9 = Codice non presente in banca dati NB: nel caso di SDO di nuovo nato il valore è quello legato alla SDO della puerpera. Ad esempio: - se la madre è ENI la SDO del nuovo nato presenterà tipo identificativo paziente = 2 Unica eccezione <u>in caso di mancato riconoscimento</u> (num scheda puerpera = 9999999999) il tipo identificativo paziente = 0 NB: nel caso di AIRE (Anagrafe Italiani Residenti Estero) il codice da usare 9 anche in corrispondenza di un Codice Fiscale nel campo 11 – Identificativo paziente.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CITTADINANZA		13	
DESCRIZIONE			
Cittadinanza del paziente al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cittadinanza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	100 (Italiana); oppure codice Stato estero; oppure 999 per Apolide e/o Non identificabile		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabelle Codici Stati Esteri sovrani		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
LD5	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero, apolide / ANONIMO, AIRE		
LF5	Coerenza tra cittadinanza e data di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella “Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica” degli allegati. NB: a partire dai dimessi dal 01.01.2018 è stato necessario verificare la coerenza della cittadinanza alla data di ricovero.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
STATO CIVILE		14	
DESCRIZIONE			
Stato Civile al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<statoCivile>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 6		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LIVELLO DI ISTRUZIONE		15	
DESCRIZIONE			
Titolo di Studio al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<livelloDiIstruzione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 5, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = Nessun titolo 1 = Licenza elementare 2 = Diploma di Scuola media inferiore 3 = Diploma di Scuola media superiore 4 = Diploma universitario o Laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = Non dichiarato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CONDIZIONE PROFESSIONALE		16	
DESCRIZIONE			
Condizione Professione al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<condizioneProfessionale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 7, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = occupato 2 = disoccupato 3 = in cerca di prima occupazione 4 = casalinga 5 = studente 6 = ritirato dal lavoro 7 = non dichiarato 9 = altro Per «disoccupato» (codice 2) si intende un soggetto che in passato ha esercitato un'attività lavorativa e risulta attualmente senza lavoro. Per «soggetto in cerca di prima occupazione» (codice 3) si intende un soggetto che non ha mai esercitato alcuna attività lavorativa stabile. <u>NB: per gli istituti privati non accreditati questo campo può non essere compilato.</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO DI PROFESSIONE		17	
DESCRIZIONE			
Codice della posizione del soggetto nella professione esercitata al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoDiProfessione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
01 = dipendente 02 = imprenditore 03 = libero professionista 04 = lavoratore in proprio 05 = coadiuvante familiare 06 = socio di cooperativa 07 = parasubordinato 08 = altro 09 = non indicato NB: per gli istituti privati non accreditati questo campo può non essere compilato.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO SCHEDA SDO DELLA PUERPERA		18	
DESCRIZIONE			
Numero della scheda SDO della puerpera relativa al parto.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroSchedaSDODellaPuerpera>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	10		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Numero cartella della puerpera; dieci '9'		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L36 Compilazione campo Numero scheda della puerpera			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo serve a collegare l'evento nascita del bambino, all'evento parto della madre; anche al fine di attivare tutta una serie di controlli e di indicatori sui DRG utilizzati nelle due schede. <u>OBBLIGATORIO</u>: solo se "data di nascita" = "data di ricovero" e "provenienza assistito" = "01" negli altri casi non deve essere valorizzato. In caso di mancato riconoscimento da parte della madre, inserire dieci "9".			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ASL RESIDENZA		19	
DESCRIZIONE			
Asl che comprende il comune di residenza del paziente al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<aslResidenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<RESIDENZA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	codici regionali delle ASL d'Italia		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L09	Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza		
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
LB9	Congruenza fra UO e Provenienza assistito (010621)		
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
S14	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA)		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori per i residenti nella Regione Piemonte: 201 (competenza 2016), 202 (competenza 2016), 301 (a partire dalla competenza 2017), 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213 Per le altre Regioni/Province Autonome: da 001 a 998 Per i residenti all'estero e/o Anonimo: 999			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
REGIONE RESIDENZA		20	
DESCRIZIONE			
Regione a cui appartiene il comune nella cui anagrafe è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, stato estero di residenza del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<regioneResidenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<RESIDENZA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici delle Regioni italiane, o codici Stati esteri sovrani, o "999"		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L09	Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza		
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
L40	Congruenza fra Tipo Identificativo Paziente e Regione di residenza		
LC1	Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza		
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche		
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Per le Regioni italiane si usa il codice ISTAT delle Regioni. Nel caso di cittadini stranieri NON RESIDENTI o italiani RESIDENTI ALL'ESTERO, si usa il codice dello stato estero di residenza. Se si tratta di APOLIDE / ANONIMO, o se lo Stato di residenza non sia identificabile, si digita "999". I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica" degli allegati.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
COMUNE RESIDENZA		21	
DESCRIZIONE			
Comune nella cui anagrafe è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, stato estero di residenza del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<comuneResidenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<RESIDENZA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	codici ISTAT di Province / Comuni italiani; codici degli esteri sovrani		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
L28	Congruenza fra Provincia / Comune di residenza e la data di dimissione		
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaem Misericordiae"		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune. Per i <u>residenti in Italia</u>, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza. Per i <u>residenti all'estero</u>, si indica 999 seguito dal codice dello Stato estero sovrano, se provvisoriamente presenti ENI " " " stato UE / Romania / Bulgaria o STP " " " di altro stato. Per i <u>neonati</u> si indica la residenza della madre, salvo quanto previsto dalla L. 127 del 15 Maggio 1997. Per <u>apolidi / ANONIMO</u> si indica '999999'. NB: Il Comune di residenza è quello nel quale risiede il paziente nell'anno del ricovero ed il codice istat da utilizzare è quello valido alla data di dimissione. I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica" degli allegati.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA SCADENZA TEAM		22	
DESCRIZIONE			
Data scadenza TEAM - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia (campo n°9)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataScadenzaTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti presenti sulla tessera della <u>Madre</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM		23	
DESCRIZIONE			
Istituto Competente - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia (campo n° 7)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIstituzioneCompetenteTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	28		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4 Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
QUALIFICA BENEFICIARIO TEAM		24	
DESCRIZIONE			
Qualifica del beneficiario - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<qualificaBeneficiarioTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	A, B, C, D, E		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA5 Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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 NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RIFERIMENTO NORMATIVO TEAM		25	
DESCRIZIONE			
Codice riferimento normativo - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<referimentoNormativoTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	221A		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA5 Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ATTESTATO TEAM		26	
DESCRIZIONE			
Codice attestato - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<attestatoTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	TEAM		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA5 Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA SCADENZA TESSERINO ENI		27	
DESCRIZIONE			
Data scadenza Tesserino ENI			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataScadenzaTesserinoENI>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ENI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA RILASCIO TESSERINO ENI		28	
DESCRIZIONE			
Data rilascio Tesserino ENI			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataRilascioTesserinoENI>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ENI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
CODICE ISTITUTO EMITTENTE ENI			29
DESCRIZIONE			
Ente emittente Tesserino ENI			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIstituitoEmittenteENI>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ENI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 201 a 213, 301		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
RIFERIMENTO NORMATIVO ENI			30
DESCRIZIONE			
Codice riferimento normativo ENI			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<referimentoNormativoENI>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ENI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	221R		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA5 Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA SCADENZA TESSERINO STP		31	
DESCRIZIONE			
Data scadenza Tesserino STP			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataScadenzaTesserinoSTP>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<STP>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA RILASCIO TESSERINO STP		32	
DESCRIZIONE			
Data rilascio Tesserino STP			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataRilascioTesserinoSTP>	OBBLIGATORIO	con
SEZIONE	<STP>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE ISTITUTO EMITTENTE STP		33	
DESCRIZIONE			
Ente emittente Tesserino STP			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIstituitoEmittenteSTP>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<STP>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 201 a 213, 301		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ASL TERRITORIALE		34	
DESCRIZIONE			
Azienda territoriale Sanitaria dove è ubicata la struttura erogante			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<aslTerritoriale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIISTITUTO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 201 a 213, 301		
TABELLE DI RIFERIMENTO	codici delle ASL della Regione Piemonte		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L02 Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE ISTITUTO EROGANTE		35	
DESCRIZIONE			
Codice di istituto pubblico o privato che eroga la prestazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIstitutoErogante>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIISTITUTO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici delle Aziende e degli Istituti Eroganti		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabella delle Aziende e degli Istituti Eroganti di ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LB1 Congruenza tra Istituto e Codice Istituto Erogante			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice è quello della Azienda o Istituto Erogante presente in ARPE: ad esempio: - ASL = 203 - ASO = 909 - Presidi o Privati equiparati = 920 - Istituti Privati = 620			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
REGIME RICOVERO		36	
DESCRIZIONE			
Regime di ricovero (ordinario o diurno)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<regimeRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,Z		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01,F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L03	Congruenza fra Regime di ricovero e Tipo di ricovero ordinario		
L04	Congruenza fra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno		
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione		
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
L11	Congruenza tra Regime di ricovero e trasferimenti		
L12	Congruenza tra Regime di ricovero e matricola di ammissione e matricola di dimissione		
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH		
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L22	Congruenza durata massima consentita di un ricovero		
L30	Congruenza Regime ricovero diurno e Giorni Permesso RO		
L31	Congruenza Regime ricovero e Numero Accessi DH		
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L47	Incompatibilità fra DRG e ricovero in DH per parto		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L49	Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L79	Congruenza tra regime di ricovero, campo traumi o intossicazioni e diagnosi principale		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e Data prenotazione ricovero		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
L92	Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo "C"		
LA3	Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di ricovero		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG		
LC0	Congruenza fra Regime diricovero e Istituto di cura		
LC1	Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza		
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non		

	medico e N. visite mediche
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale
LD1	Congruenza tra Regime di ricovero Provenienza Assistito e Tipo Ricovero ordinario(nuovo nato)
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaeum Misericordiae"
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)
S01	Segnalazione DRG forzato a 462
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente
S20	Accessi DH per RRF non valorizzabili
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	
1 = ricovero ordinario 2 = day hospital (compreso day surgery senza pernottamento) 3 = one day surgery Z = ospedalizzazione a domicilio	

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ONERE DEGENZA		37	
DESCRIZIONE			
Si deve specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere delle spese del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<onereDegenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 9, A, C		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L72	Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza		
L73	Congruenza tra Struttura di ricovero e Onere di degenza		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
L94	Congruenza tra Istituti privati non accreditati e Onere di degenza		
LA2	Congruenza tra Istituti privati provv./definitivamente accreditati e Onere Degenza		
LA8	Congruenza tra DRG, Codici diagnosi, Interventi ed Onere degenza		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaeum Misericordiae"		
LF4	Coerenza tra onere di degenza e attività per le strutture private accreditate day surgery di tipo 'C'		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = ricovero a totale carico SSN 2 = ricovero a prevalente carico SSN. La differenza alberghiera è a carico del ricoverato 4 = ricovero a totale carico del ricoverato 5 = ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (libera professione) 6 = ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (libera professione + differenza alberghiera) 7 = ricovero a carico del SSN di stranieri di Paesi convenzionati con il SSN 8 = ricovero a carico del SSN di stranieri con dichiarazione di indigenza 9 = altro A = Prestazioni necessarie e urgenti - L.96 del 21/06/17 a carico MdS (ex fatturazione Prefettura) C = ricovero per cittadini italiani residenti all'estero temporaneamente presenti in Italia (AIRE) I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica" degli allegati. <u>Il codice 9 non viene accettato per gli istituti privati</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA PRENOTAZIONE		38	
DESCRIZIONE			
Indica la data in cui è pervenuta la richiesta di ricovero programmato all'addetto che deve essere registrata nella lista di attesa.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataPrenotazione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L85	Congruenza tra Data prenotazione e Data ricovero		
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e Data prenotazione ricovero		
L96	Congruenza tra Data di nascita e Data prenotazione		
L97	Congruenza tra Data Prenotazione e Data di ricovero (massima differenza pari a 1460 giorni)		
LA0	Congruenza tra Data prenotazione e Classe Priorità		
S11	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 365 giorni		
S12	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 90 giorni con Diagnosi principale tra 140 e 239		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Indicare il giorno nel quale il paziente viene inserito nel registro di prenotazione per il ricovero ai sensi dell'art. 3, comma 8 della L. 724/1994 ed alla DGR 14-10073/2003			
Solo per RO: il campo è obbligatorio nel caso in cui il campo tipo ricovero ordinario sia uguale ad 1 o 4.			
Solo per DH/One Day Surgery: il campo deve essere sempre compilato.			
NB: in tutti gli altri casi il campo non deve essere compilato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CLASSE PRIORITÀ		39	
DESCRIZIONE			
Classe di priorità del ricovero programmato			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<classePriorita>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	A, B, C, D, (1, 2, 3 solo per particolare gestione a partire dal giugno 2021 al 31.12.2022)		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA0	Congruenza tra Data prenotazione e Classe Priorità		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
S38	Ricovero con Classe Priorità particolare e DRG medico		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Indicare il codice della classe di priorità assegnata alla prenotazione del ricovero utilizzando i seguenti codici: • A = classe A: Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi; • B = classe B: Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi; • C = classe C: Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione, o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi; • D = classe D: Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione, o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi Classi particolari attivate a partire dai dimessi dal 18.06.2021 ai dimessi al 31.12.2023. utilizzabili da tutte le strutture (pubbliche e private) per la riduzione delle Liste di Attesa (rif. Nota Regionale n.25925 del 16.07.2021, DGR 22-3690 del 06.08.2021, Nota Regionale n.33547 del 24.09.2021, Nota Regionale n.1137 del 13.01.2022, Nota Regionale n.28712 del 16.05.2023): • 1 = classe A: Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi; • 2 = classe B: Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi; • 3 = classe C: Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione, o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi; NB: il campo deve essere compilato congiuntamente al campo Data Prenotazione			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RILEVAZIONE DOLORE		40	
DESCRIZIONE			
Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero secondo quanto previsto dalla Legge n° 38 del 15 marzo 2010			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<rilevazioneDolore>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si Si precisa che: - il valore 1 – SI indica che è stata effettuata, durante il ricovero, una rilevazione del dolore e che questa è presente in cartella - il valore 0 – NO indica che non è stata effettuata, durante tutto il ricovero, nessuna rilevazione del dolore			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROVENIENZA ASSISTITO		41	
DESCRIZIONE			
Indica l'istituzione da cui proviene il ricovero o il medico che lo ha proposto			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<provenienzaAssistito>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita		
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L36	Compilazione campo Numero scheda della puerpera		
L37	Compilazione campo Modalità di Allattamento		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L83	Congruenza tra Provenienza assistito e Numero scheda 118		
L87	Congruenza tra Provenienza assistito e Codhsp11 Provenienza		
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Provenienza assistito		
L93	Congruenza tra Ist. Privato provv./definitivamente accreditato e Provenienza assistito		
LC4	Congruenza fra Codice identificativo paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione		
LD0	Congruenza tra Provenienza Assistito e Disciplina UO di Dimissione RRF		
LD1	Congruenza tra Regime di ricovero Provenienza Assistito e Tipo Ricovero ordinario(nuovo nato)		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaeum Misericordiae"		
LG6	Appropriatezza di codifica della Diagnosi Principale nella SDO del Neonato		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF		
S01	Segnalazione DRG forzato a 462		
S10	Segnalazione: DRG forzato a 462 - Riabilitazione di II livello		
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente		
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie		
S32	Coerenza dati SDO del Neonato		
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
01 = Ricovero al momento della nascita 02 = Pronto soccorso 03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico 04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura 09 = Carcere			

10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)

11 = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata dal medico e non proviene dal Pronto Soccorso

12 = provenienza OBI (Osservazione Breve Intensiva)

20 = provenienza CAVS

22 = Pronto soccorso pervenuto con 118

99 = Altro

B = Prosecuzione ricovero in U.S.V. (Unità Stati Vegetativi)

C = Ricovero in post-acuzie in continuità assistenziale - ricovero in RFF proveniente dal domicilio di paziente, connesso a precedente ricovero in acuzie (o in RO, se DH di III°liv.) con dimissione effettuata entro l'intervallo massimo consentito tra i due ricoveri, con relativo PPRI.

PC = Particolari Contratti - ricoveri effettuati a supporto di altre aziende

NB: il valore PC è previsto a partire dalla competenza 2021, prevede l'inserimento dell'istituto di provenienza (campi 42 e 43) e deve essere utilizzato solo nella gestione dei ricoveri, effettuati a supporto di altre strutture, di pazienti No COVID-19.

Tale modalità di gestione viene sospesa a partire dai dimessi dal 21.03.2022.

NB: il valore E NON è più utilizzabile per i dimessi a partire dal 01.01.2023.

il valore E è previsto a partire dalla competenza 2020, prevede l'inserimento dell'istituto di provenienza (campi 42 e 43) e deve essere utilizzato solo nella gestione delle seguenti situazioni:

- ricovero di paziente affetto da COVID-19 proveniente da altra struttura
- ricovero di paziente non affetto da COVID-19 proveniente da altra struttura di ricovero, trasferito per sgravare il carico di lavoro della struttura di ricovero inviante a causa dell'emergenza COVID-19

La nuova opzione 'E' non deve essere usata a seguito di un 'normale' trasferimento da una struttura di ricovero all'altra.

NB: il valore 20 è previsto a partire dalla competenza 2017

NB: il codice da utilizzare nella SDO di postacuzie in prosecuzione è 99.

Nell'ambito dello stesso episodio di ricovero sono ammessi solo trasferimenti tra discipline di acuzie; il codice 07 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati.

Il codice 03 va utilizzato in tutti i casi che giungono alla struttura con richiesta del MMG e del PdLS

NB: la locuzione "regime di ricovero" utilizzata al codice 08, ha un significato estensivo rispetto alla stessa usata nel campo 36 dove indica esclusivamente ricovero ordinario o ricovero diurno.

Il codice 08 non prevede l'inserimento dell'istituto di provenienza.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODHSP11 PROVENIENZA		42	
DESCRIZIONE			
Codice HSP11 dell'Istituto di ricovero di provenienza			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codhsp11Provenienza>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Per gli Istituti del Piemonte - tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F02, F03, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L87	Congruenza tra Provenienza assistito e Codhsp11 Provenienza		
LB9	Congruenza fra UO e Provenienza assistito (010621)		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente		
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Se l'istituto di provenienza svolge attività di tipo extra-ospedaliero (Istituti ex-articolo 26, Hospice, Stati vegetativi permanenti) indicare il codice STS11 e omettere il campo Codbis Provenienza, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero. Nel caso di <u>istituto fuori regione</u>, il Codbis Provenienza, se non rilevabile, va compilato con "00". Nel caso di <u>istituti di cura non italiani</u> 99999999. Nel caso di ricoveri di RRF I, II o di III livello (solo DH) il campo indica l'istituto dove si è svolto il precedente ricovero in connessione.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODBIS PROVENIENZA		43	
DESCRIZIONE			
Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di provenienza			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codbisProvenienza>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Per gli Istituti del Piemonte - tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L87	Congruenza tra Provenienza assistito e Codhsp11 Provenienza		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Se l'istituto di provenienza svolge attività di tipo extra-ospedaliero (Istituti ex-articolo 26, Hospice, Stati vegetativi permanenti) indicare il codice STS11 e omettere il campo Codbis Provenienza, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero. Nel caso di <u>istituto fuori regione</u>, il Codbis Provenienza, se non rilevabile, va compilato con "00". Nel caso di <u>istituti di cura non italiani</u> 99999999. Nel caso di ricoveri di RRF I, II o di III livello (solo DH) il campo indica l'istituto dove si è svolto il precedente ricovero in connessione.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA RICOVERO			44
DESCRIZIONE			
Data di ricovero nell'Istituto di cura			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L01	Esistenza della struttura e dell'Istituto di cura fra Data ricovero e Data dimissione		
L05	Corrispondenza fra l'anno di Data Ricovero e l'anno di riferimento della scheda		
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione		
L07	Congruenza fra data di ricovero e data di nascita		
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L22	Congruenza durata massima consentita di un ricovero		
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita		
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
L36	Compilazione campo Numero scheda della puerpera		
L37	Compilazione campo Modalità di Allattamento		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L52	Compatibilità fra età della puerpera e DRG di Parto		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari		
L85	Congruenza tra Data prenotazione e Data ricovero		
L97	Congruenza tra Data Prenotazione e Data di ricovero (massima differenza pari a 1460 giorni)		
LA3	Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di ricovero		
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto		
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza		
LC4	Congruenza fra Codice identificativo paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione		
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaeum Misericordiae”		
LF5	Coerenza tra cittadinanza e data di ricovero		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento		
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche		
LRA	Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF		
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF		
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF		
LRO	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR1	Coerenza scala RANKIN		

LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning
LR8	Coerenza scala ASIA
LR9	Coerenza scala SCIM
LRD	Coerenza scala RCS
LRE	Coerenza cartella di provenienza
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria
S11	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 365 giorni
S12	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 90 giorni con Diagnosi principale tra 140 e 239
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	
NB: per i nuovi nati, la data di nascita coincide con la data di ricovero. NB: si puntualizza che nel caso di ricovero per parto la data di ricovero del neonato (coincidente con quella di nascita) non può essere precedente alla data di ricovero della puerpera. NB: <u>si puntualizza che nel caso di ricoveri urgenti chirurgici o procedure invasive, es. angioplastica, l'ora del ricovero coincide con l'ora di inizio intervento qualora sia eseguito prima dell'assegnazione del letto.</u> NB: per i ricoveri urgenti NON può coincidere con il momento di arrivo oin DEA/PS (si veda nota 11483/A1403A del 25.05.2016)	

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA RICOVERO		45	
DESCRIZIONE			
Ora di accettazione: si intende l'ora in cui viene assegnato il letto e preso in carico il paziente oppure l'ora di inizio dell'intervento, qualora sia eseguito prima dell'assegnazione del letto.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: si puntualizza che nel caso di ricoveri urgenti chirurgici l'ora del ricovero coincide con l'ora di inizio intervento qualora sia eseguito prima dell'assegnazione del letto NB: per i ricoveri urgenti NON può coincidere con il momento di arrivo oin DEA/PS (si veda nota 11483/A1403A del 25.05.2016)			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DISCIPLINA UO DI AMMISSIONE		46	
DESCRIZIONE			
Disciplina dell' UO di ammissione al ricovero. Il campo UO di ammissione identifica, infatti, l'unità operativa presso la quale viene ricoverato il paziente all'accettazione, anche qualora l'assistenza sia prevalentemente in carico ad altra unità operativa.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<disciplinaUODiAmmissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di Neuroriabilitazione (UO 75xx)		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LB6	Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery		
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto		
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
S01	Segnalazione DRG forzato a 462		
S10	Segnalazione: DRG forzato a 462 - Riabilitazione di II livello		
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente		
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
L'U.O. di ammissione del nuovo nato è sempre e comunque il nido (codice 31) dal quale il neonato può essere trasferito, anche immediatamente, in caso di necessità clinica. Per "Grandi Ustioni Pediatriche" utilizzare il codice disciplina 46			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROGRESSIVO UO DI AMMISSIONE		47	
DESCRIZIONE			
Progressivo di UO di ammissione al ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<progressivoUODiAmmissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 01 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ATTIVITÀ SVOLTA IN MULTISPECIALISTICO - DISCIPLINA EFFETTIVA		48	
DESCRIZIONE			
Disciplina effettiva di presa in carico del paziente se il ricovero è in Reparto Multispecialistico			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<attivitMultispecialisticoDisciplinaEffettiva>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	diversi da: '02', '04', '67', '97', '98'		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F04, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH		
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
I codici 02, 04, 67, 97 e 98 (reparti multifunzionali) non possono essere utilizzati per la compilazione del campo, nel quale devono essere indicati i codici delle discipline effettivamente erogate. Nel caso di reparto definito, in ARPE, come “non ospedaliero” le due cifre corrispondenti al progressivo di divisione devono essere valorizzate con ‘00’			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ATTIVITÀ SVOLTA IN MULTISPECIALISTICO - DIVISIONE EFFETTIVA		49	
DESCRIZIONE			
Progressivo di UO di presa in carico del paziente se il ricovero è in Reparto Multispecialistico			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<attivitMultispecialisticoProgressivoEffettivo>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 00 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
I codici 02, 04, 67, 97 e 98 (reparti multifunzionali) non possono essere utilizzati per la compilazione del campo, nel quale devono essere indicati i codici delle discipline effettivamente erogate. Nel caso di reparto definito, in ARPE, come “non ospedaliero” le due cifre corrispondenti al progressivo di divisione devono essere valorizzate con ‘00’			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MATRICOLA RICOVERO		50	
DESCRIZIONE			
Matricola dell'Unità Produttiva del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE MRA RICOVERO		51	
DESCRIZIONE			
Nuovo codice ministeriale MRA di ricovero (ancora non definito)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceMRARicovero>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO RICOVERO ORDINARIO		52	
DESCRIZIONE			
Tipo ricovero ordinario (programmato, d'urgenza, TSO, ecc.)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoRicoveroOrdinario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L03	Congruenza fra Regime di ricovero e Tipo di ricovero ordinario		
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e Data prenotazione ricovero		
LA3	Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di ricovero		
LD1	Congruenza tra Regime di ricovero Provenienza Assistito e Tipo Ricovero ordinario(nuovo nato)		
LE1	Coerenza fra Tipo Ricovero Ordinario e DRG di parto		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaeum Misericordiae"		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = ricovero programmato, non urgente 2 = ricovero urgente (non è stata possibile la programmazione del ricovero) 3 = TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) 4 = ricovero programmato, con preospedalizzazione 5 = ricovero non programmato, per parto NB: nel caso di NUOVO NATO IL CAMPO NON DEVE ESSERE COMPILATO sotto sono riportate le condizioni: • <u>Data nascita = Data Ricovero</u> • <u>Provenienza Assistito = 01 Ricovero al momento della nascita</u> NB: nel caso di SDO DI PARTO (sdo della partoriente) • nel caso di <u>parto a termine non programmato</u> utilizzare il codice 5 = ricovero non programmato per parto • nel caso di <u>parto urgente</u> utilizzare il codice 2=ricovero urgente (non è stata possibile la programmazione del ricovero) • nel caso di parto programmato utilizzare il codice 1= = ricovero per programmato, non urgente NB: i codici 1 e 4 vanno utilizzati sempre quando vi è una prenotazione anche se la data di prenotazione e data di ricovero coincidono NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
GIORNI PERMESSO RO		53	
DESCRIZIONE			
Giorni di permesso nel Ricovero Ordinario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<giorniPermessoRO>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<RO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L30	Congruenza Regime ricovero diurno e Giorni Permesso RO		
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
E' doveroso rilevare il numero di eventuali giorni di permesso, in tutti i casi in cui venga riconosciuto un rimborso "a giornata" per la prestazione di ricovero; per gli Istituti Privati provvisoriamente accreditati le giornate di permesso vengono rimborsate al 50%. Nei casi di rimborso "a DRG" il dato assume rilevanza in caso di superamento della soglia (trim point) e, comunque, a fini statistici. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA TRASFERIMENTO INTERNO			54.n
DESCRIZIONE			
Data del trasferimento all'interno dello stesso istituto di Cura con medesimo codice HSP11			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LB6	Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery		
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
ORA TRASFERIMENTO INTERNO			55.n
DESCRIZIONE			
Ora del trasferimento interno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DISCIPLINA UO TRASFERIMENTO INTERNO			56.n
DESCRIZIONE			
Disciplina dell' UO del trasferimento interno. Il campo UO di trasferimento identifica l'unità operativa presso la quale il paziente viene fisicamente trasferito, anche qualora l'assistenza sia prevalentemente in carico ad altra unità operativa.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<UODisciplinaTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L11	Congruenza tra Regime di ricovero e trasferimenti		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di Neuroriabilitazione (UO 75xx)		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LB8	Incompatibilità tra week-surgery e trasferimenti da altri reparti		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
PROGRESSIVO UO TRASFERIMENTO INTERNO			57.n
DESCRIZIONE			
Progressivo dell' UO del trasferimento interno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<UOProgressivoTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 01 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
MATRICOLA TRASFERIMENTO INTERNO			58.n
DESCRIZIONE			
Matricola Unità Produttiva dell' UO del trasferimento interno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE		TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
CODICE MRA TRASFERIMENTO INTERNO			59.n
DESCRIZIONE			
Nuovo codice ministeriale MRA (ancora non definito)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceMRATrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODHSP11 ESTERNO		60.n	
DESCRIZIONE			
Codice HSP11 della struttura di ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codhsp11Esterno>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	tabella HSP11 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14 Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte <u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u> NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODBIS ESTERNO		61.n	
DESCRIZIONE			
Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codbisEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	tabella HSP11 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14 Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte <u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u> NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA TRASFERIMENTO ESTERNO			62.n
DESCRIZIONE			
Data del trasferimento all'esterno dell'Istituto di cura solo per l'effettuazione di procedura od intervento in modalità "in service"			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte</u>			
<u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u>			
NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
ORA TRASFERIMENTO ESTERNO			63.n
DESCRIZIONE			
Ora del trasferimento esterno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte			
<u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u>			
NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DISCIPLINA UO TRASFERIMENTO ESTERNO			64.n
DESCRIZIONE			
Disciplina dell' UO del trasferimento esterno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<UODisciplinTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L11	Congruenza tra Regime di ricovero e trasferimenti		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte</u>			
<u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u>			
NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
PROGRESSIVO UO TRASFERIMENTO ESTERNO			65.n
DESCRIZIONE			
Progressivo dell' UO del trasferimento esterno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<UOProgressivoTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 01 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte</u>			
<u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u>			
NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MATRICOLA TRASFERIMENTO ESTERNO		66.n	
DESCRIZIONE			
Matricola Unità Produttiva dell' UO del trasferimento esterno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE MRA TRASFERIMENTO ESTERNO		67.n	
DESCRIZIONE			
Nuovo codice ministeriale MRA (ancora non definito)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceMRATrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte <u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u> NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MOTIVO RICOVERO DH		68	
DESCRIZIONE			
Motivo del ricovero in ricovero diurno (diagnostico, chirurgico, ecc.)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<motivoRicoveroDH>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DH>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 3, 4, 5, 6		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L04	Congruenza fra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno		
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione		
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH		
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L57	Congruenza fra Motivo Ricovero DH, Diagnosi Principale Dimissione e Codice Intervento Principale		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
L77	Congruenza tra Istituto e Motivo del ricovero diurno		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
LA9	Congruenza tra Motivo Ricovero DH, Drg e Diagnosi Principale Dimissione		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1= ricovero diurno diagnostico (compreso il follow up) 3= ricovero diurno terapeutico 4= ricovero diurno riabilitativo 5= day surgery senza pernottamento 6= day surgery con pernottamento (one day surgery)			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO ACCESSI DH		69	
DESCRIZIONE			
Numero accessi in regime diurno per uno stesso ciclo assistenziale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroAccessiDH>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DH>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 365		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L31	Congruenza Regime ricovero e Numero Accessi DH		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
S20	Accessi DH per RRF non valorizzabili		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si rammenta che un ciclo di DH, ancorché non terminato nel corso di un anno solare, deve comunque essere chiuso il 31 Dicembre dell'anno stesso. Se il numero di accessi è pari a 1 non devono essere riportate le date di accesso DH e data dimissione = data ricovero ad eccezione del regime di ricovero è 3 (one day surgery) che prevede data dimissione = data ricovero + 1. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA ACCESSO DH		70.n	
DESCRIZIONE			
Indica le date di tutti gli accessi in DH . La data di ricovero coincide quindi con la data del primo accesso e la data di dimissione coincide con la data dell'ultimo accesso			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataAccessoDH>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<accessoDH>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per ricoveri in DH con numero di accessi superiore ad 1 la data di ricovero è la data del I accesso e quella di dimissione è la data dell'ultimo accesso. NB: Se il numero di accessi è pari a 1 non devono essere riportate le date di accesso DH NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
GIORNI RICOVERO IN ISTITUTO		71	
DESCRIZIONE			
Ospedalizzazione a domicilio: numero giornate di interruzione del ricovero in Ospedalizzazione a domicilio a seguito di un ricovero presso un presidio			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<giorniRicoveroInIstituto>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<OSPEDALIZZAZIONEADOMICILIO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Il campo permette di inviare le giornate di interruzione dell'Ospedalizzazione a domicilio per ricovero in presidio.</u> <u>In assenza di interruzione indicare 0.</u> NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO PASSAGGI PERSONALE NON MEDICO		72	
DESCRIZIONE			
Ospedalizzazione a domicilio: numero passaggi di personale sanitario non medico presso il domicilio			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroPassaggiPersonaleNonMedico>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<OSPEDALIZZAZIONEADOMICILIO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO VISITE MEDICHE		73	
DESCRIZIONE			
Ospedalizzazione a domicilio: numero visite mediche presso il domicilio			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroVisiteMediche>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<OSPEDALIZZAZIONEADOMICILIO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MODALITÀ DIMISSIONE		74	
DESCRIZIONE			
Indica la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<modalitaDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	01, 02, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 13, 19, B		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L25	Congruenza fra Modalità di dimissione e Riconcontro autoptico		
L88	Congruenza tra Modalità di dimissione ed Codhsp11 Destinazione		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità di dimissione e durata della degenza		
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto 02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente 03 = dimissione ordinaria presso una struttura residenziale territoriale (es. RSA) 04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare 05 = dimissione volontaria 06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti 07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (DH o RO) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura 08 = trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione o di altra postacuzie, o in reparto pediatrico a minor intensità 09 = CAVS (struttura di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria) 13 = Dimissione presso Istituti di attività extra-ospedaliera (Hospice, Riabilitazione extraospedaliera ex art.26, Assistenza soggetti in stato vegetativo permanente) 19 = Dimissione ordinaria con attivazione ADI. B = chiusura convenzionale della SDO per ricoveri in U.S.V. (Unità Stati Vegetativi) NB: i valori 13 e 19 sono previsti a partire dalla competenza 2017. <u>Il codice 06 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati.</u>			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA DIMISSIONE O MORTE			75
DESCRIZIONE			
Data dimissione o morte del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataDimissioneOMorte>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L01	Esistenza della struttura e dell'Istituto di cura fra Data ricovero e Data dimissione		
L02	Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale		
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione		
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L09	Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza		
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L22	Congruenza durata massima consentita di un ricovero		
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L25	Congruenza fra Modalita' di dimissione e Riscontro autoptico		
L28	Congruenza fra Provincia / Comune di residenza e la data di dimissione		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
L43	Congruenza fra Data dimissione e Data elaborazione		
L51	Congruenza fra DRG di Parto ed U.P. collegata a U.O. 37.xx, nella Struttura di ricovero		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari		
L77	Congruenza tra Istituto e Motivo del ricovero diurno		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L79	Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e diagnosi principale		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L84	Congruenza tra Istituto e Matricola di dimissione		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LB6	Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery		
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto		
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalita' dimissione e durata della degenza		
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale		
LD2	Congruenza fra Data dimissione ed eventuale Data decesso su AURA		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaum Misericordiae”		
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
LF6	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
LF8	Coerenza tra ricovero/prestazione rispetto alla Banca Dati Centi ISI		
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		

LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità
LG6	Appropriatezza di codifica della Diagnosi Principale nella SDO del Neonato
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato
LG8	Appropriatezza di codifica delle diagnosi nella SDO materna
LG9	Coerenza codifica Malattia Covid
LH0	Coerenza codifica Paziente Covid
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid
LH2	Coerenza utilizzo nuove codifiche diagnosi (DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021))
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche
LRA	Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF
LR1	Coerenza scala RANKIN
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning
LR8	Coerenza scala ASIA
LR9	Coerenza scala SCIM
LRD	Coerenza scala RCS
LRE	Coerenza cartella di provenienza
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria
N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali
N02	SDO non elaborata: Anno di competenza inesistente
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO
N06	SDO non elaborata: SDO pervenuta dopo la chiusura definitiva dell'anno di competenza
N07	SDO non elaborata: SDO in sostituzione pervenuta dopo la chiusura definitiva dell'anno di competenza
N08	SDO non elaborata: Anno contabile chiuso, cancellazione SDO non ammessa
N14	SDO non elaborata: Tracciato record obsoleto, incompatibile con l'anno di competenza
S14	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA
S15	I° Invio - Fuori Tempo Massimo
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S24	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità
S31	Correttezza di codifica di Malattia infettiva di classe prima
S32	Coerenza dati SDO del Neonato
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA
S34	Coerenza fra Intervento Principale e Interventi Secondari rispetto all'effettiva rilevanza nel ricovero (rif. Grouper)
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello
S37	Ricovero di paziente Covid con codifica Virus non identificato
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

In caso di decesso del paziente, la data di dimissione coincide con quella della morte (anche nel caso si compiano atti diagnostici sul cadavere nei giorni successivi).

NB: per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 Dicembre, la cartella deve essere comunque chiusa il 31 Dicembre di ogni anno.

Nell'anno successivo verrà aperta una nuova cartella, con il suo nuovo numero, nella data del primo accesso.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA DIMISSIONE		76	
DESCRIZIONE			
Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione oppure l'ora del decesso			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
In caso di decesso del paziente, <u>l'ora di dimissione coincide con quella della morte</u> (anche nel caso si compiano atti diagnostici sul cadavere nei giorni successivi).			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DISCIPLINA UO DI DIMISSIONE			77
DESCRIZIONE			
Disciplina dell' UO dimissione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<disciplinaUODiDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di Neuroriabilitazione (UO 75xx)		
L75	Congruenza tra Ricovero Ripetuto, Disciplina UO di Dimissione e Istituto di cura		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza		
LD0	Congruenza tra Provenienza Assistito e Disciplina UO di Dimissione RRF		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaeum Misericordiae”		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LRA	Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF		
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF		
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF		
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR1	Coerenza scala RANKIN		
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA		
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6		
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA		
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED		
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning		
LR8	Coerenza scala ASIA		
LR9	Coerenza scala SCIM		
LRD	Coerenza scala RCS		
LRE	Coerenza cartella di provenienza		
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale		
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria		
S20	Accessi DH per RRF non valorizzabili		
S32	Coerenza dati SDO del Neonato		
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			



NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROGRESSIVO UO DI DIMISSIONE		78	
DESCRIZIONE			
Progressivo di UO dimissione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<progressivoUODiDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 01 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MATRICOLA DIMISSIONE		79	
DESCRIZIONE			
Matricola Unità Produttiva di dimissione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L84	Congruenza tra Istituto e Matricola di dimissione		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LB9	Congruenza fra UO e Provenienza assistito (010621)		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalita' dimissione e durata della degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE MRA DIMISSIONE		80	
DESCRIZIONE			
Nuovo codice ministeriale MRA di dimissione (ancora non definito)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceMRADimissione>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RISCONTRO AUTOPTICO		81	
DESCRIZIONE			
Indica i pazienti deceduti per i quali è stata effettuata l'autopsia			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<riscontroAutoptico>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L25 Congruenza fra Modalita' di dimissione e Riscontro autoptico			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = eseguita autopsia 2 = non eseguita autopsia NB: Il campo va compilato solo in caso di avvenuto decesso durante il ricovero. NB: a partire dai dimessi dal 01.01.2018 è necessario compilare sempre il campo nel caso di modalità dimissione 01 - deceduto			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODHSP11 DESTINAZIONE		82	
DESCRIZIONE			
Codice HSP11 della struttura di destinazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codhsp11Destinazione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Per gli Istituti del Piemonte - tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F02, F03, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L88 Congruenza tra Modalità di dimissione ed Codhsp11 Destinazione			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Se l'istituto di destinazione svolge attività di tipo extra-ospedaliero (Istituti ex-articolo 26, Hospice, Stati vegetativi permanenti) indicare il codice STS11 e omettere il campo Codbis Destinazione, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero. Nel caso di <u>istituto fuori regione</u>, il Codbis Destinazione, se non rilevabile, va compilato con "00". Nel caso di <u>istituti di cura non italiani</u> 99999999.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODBIS DESTINAZIONE		83	
DESCRIZIONE			
Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di destinazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codbisDestinazione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Per gli Istituti del Piemonte - tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L88 Congruenza tra Modalità di dimissione ed Codhsp11 Destinazione			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Se l'istituto di destinazione svolge attività di tipo extra-ospedaliero (Istituti ex-articolo 26, Hospice, Stati vegetativi permanenti) indicare il codice STS11 e omettere il campo Codbis Destinazione, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero. Nel caso di <u>istituto fuori regione</u>, il Codbis Destinazione, se non rilevabile, va compilato con "00". Nel caso di <u>istituti di cura non italiani</u> 99999999.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DIAGNOSI PRINCIPALE DIMISSIONE		84	
DESCRIZIONE			
Diagnosi principale di dimissione individuata con codici ICD9CM. Identifica la condizione che, a fine ricovero, risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Qualora, nel corso del ricovero, si evindenziassero più di una condizione con analoghe caratteristiche deve essere selezionata come principale la diagnosi responsabile del maggiore impiego di risorse			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<diagnosiPrincipaleDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIAGNOSIPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici diagnosi ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute. Usata dal GROUPER della 3M		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L57	Congruenza fra Motivo Ricovero DH, Diagnosi Principale Dimissione e Codice Intervento Principale		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L79	Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e diagnosi principale		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
LA9	Congruenza tra Motivo Ricovero DH, Drg e Diagnosi Principale Dimissione		
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG		
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale		
LE8	Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente		
LE9	Coerenza fra Diagnosi e Pressione arteriosa sistolica		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
LG6	Appropriatezza di codifica della Diagnosi Principale nella SDO del Neonato		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
LG8	Appropriatezza di codifica delle diagnosi nella SDO materna		
LG9	Coerenza codifica Malattia Covid		
LH0	Coerenza codifica Paziente Covid		
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid		
LH2	Coerenza utilizzo nuove codifiche diagnosi (DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021))		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale		
S12	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 90 giorni con Diagnosi principale tra 140 e 239		
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
S31	Correttezza di codifica di Malattia infettiva di classe prima		

S32	Coerenza dati SDO del Neonato
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello
S37	Ricovero di paziente Covid con codifica Virus non identificato

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, modalità di dimissione intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

In ottemperanza alla D.G.R n. 12-5131 del 05.06.2017 in materia di ricoveri riabilitativi in disciplina 56 dai ricoverati dal 15.06.2017 pertanto il controllo, sotto descritto, è limitato alle discipline 28 e 75:

Nelle strutture pubbliche o equiparate:

- In caso di trasferimento da acuti a RRF ([provenienza assistito] = 05, 06, 07 o C o E) il campo [diagnosi principale] deve presentare un codice ICD-9-CM diverso da V57.x.

Nelle strutture private definitivamente e/o provvisoriamente accreditate:

- In caso di trasferimento da acuti a RRF ([provenienza assistito] = 05, 06, 07 o C o E) il campo [diagnosi principale] deve presentare un codice ICD-9-CM diverso da V57.x.

Pertanto per i ricoveri riabilitati in disciplina 56 con data ricovero a partire dal 15.06.2017 è possibile utilizzare codice ICD-9-CM V57.x in diagnosi principale anche per ricoveri in connessione con ricovero in acuzie.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
FLAG DIAGNOSI PRINCIPALE PRESENTE AL RICOVERO		85	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se la diagnosi principale di dimissione era presente al momento del ricovero, comunque preesistente anche se rilevata successivamente all'ammissione e non insorta durante il ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<flagDiagnosiPrincipalePresenteAlRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIAGNOSIPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si Si precisa che: - il valore 1 – SI indica una condizione preesistente e non insorta durante il ricovero anche se non diagnosticata / diagnosticabile al momento dell'ammissione - il valore 0 – NO indica, invece, diagnosi relativa a complicanze insorte durante il ricovero e non preesistenti			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DIAGNOSI SECONDARIA DIMISSIONE			86.n
DESCRIZIONE			
Diagnosi secondaria di dimissione (max 5). Si intende qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l’assistenza erogata al paziente in termini di: procedure diagnostiche eseguite, trattamento terapeutico, durata degenza, monitoraggio clinico. Si tratta di condizioni che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Si precisa che le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero in esame non devono essere segnalate			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<diagnosiSecondariaDimissione>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<diagnosiSecondaria>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici diagnosi ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute. Usata dal GROUPER della 3M		
POSSIBILI ERRORI	F05, F07, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L54	Compatibilità fra diagnosi secondaria e DRG di parto (370-375)		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
LE8	Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente		
LE9	Coerenza fra Diagnosi e Pressione arteriosa sistolica		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
LG8	Appropriatezza di codifica delle diagnosi nella SDO materna		
LG9	Coerenza codifica Malattia Covid		
LH0	Coerenza codifica Paziente Covid		
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid		
LH2	Coerenza utilizzo nuove codifiche diagnosi (DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021))		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria		
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
S31	Correttezza di codifica di Malattia infettiva di classe prima		
S32	Coerenza dati SDO del Neonato		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
S37	Ricovero di paziente Covid con codifica Virus non identificato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il “Grouper” esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, modalità di dimissione intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 5.			

NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
FLAG DIAGNOSI SECONDARIA PRESENTE AL RICOVERO			87.n
DESCRIZIONE			
Flag che indica se la diagnosi secondaria di dimissione era presente al momento del ricovero e comunque preesistente al momento del ricovero anche se rilevata successivamente all'ammissione e non insorta durante il ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<flagDiagnosiSecondariaPresenteAlRicovero>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<diagnosiSecondaria>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02, F07, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 5.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			
Si precisa che:			
- il valore 1 – SI indica una condizione preesistente e non insorta durante il ricovero anche se non diagnosticata / diagnosticabile al momento dell'ammissione - il valore 0 – NO indica, invece, diagnosi relativa a complicanze insorte durante il ricovero e non preesistenti			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TRAUMATISMI O INTOSSICAZIONI		88	
DESCRIZIONE			
Informazione che caratterizza la causa del ricovero quando causato da trauma, incidente o intossicazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<traumatismiOIntossicazioni>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TRAUMATISMI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L79 Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e diagnosi principale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = infortunio sul lavoro 2 = infortunio in ambiente domestico 3 = incidente stradale 4 = violenza altrui 5 = autolesione o tentato suicidio 9 = altro tipo di incidente o intossicazione NB: il campo deve essere compilato, per i ricoveri ordinari e (a partire dai dimessi dal 01.01.2018) anche per i ricoveri di OneDaySurgery, se nei primi tre caratteri del campo diagnosi principale, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995.89 NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE CAUSA ESTERNA		89	
DESCRIZIONE			
Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo, dell'incidente o dell'intossicazione e si identifica con un codice 'E' di diagnosi per i ricoveri ordinari			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<causaEsterna>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TRAUMATISMI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici E (E800-E999) della classificazione ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC9 Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo deve essere compilato, per i ricoveri ordinari e (a partire dai dimessi dal 01.01.2018) anche per i ricoveri di OneDaySurgery, se nei primi tre caratteri del campo diagnosi principale, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995.89 NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE INTERVENTO PRINCIPALE		90	
DESCRIZIONE			
Codice ICD9CM dell'intervento principale che è la procedura maggiormente correlata alla diagnosi principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici interventi ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute. Usata dal GROUPER della 3M		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L49	Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH		
L57	Congruenza fra Motivo Ricovero DH, Diagnosi Principale Dimissione e Codice Intervento Principale		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento		
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG		
LD7	Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE6	Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF1	Coerenza fra Interventi e Frazione eiezione		
LF6	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento		
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente		
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista		
S24	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
S34	Coerenza fra Intervento Principale e Interventi Secondari rispetto all'effettiva rilevanza nel ricovero (rif. Grouper)		
S35	Congruenza dell'intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, modalità di dimissione intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure. NB: per la competenza 2017 viene attivata la segnalazione S24 che evidenzia le SDO con Intervento Secondario valorizzato in assenza di Intervento Principale. La segnalazione S24 anticipa il controllo LF6 (attivato dalla competenza 2018) che non permetterà l'acquisizione di SDO con Intervento Secondario valorizzato in assenza di Intervento Principale.			

NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA INIZIO INTERVENTO PRINCIPALE		91	
DESCRIZIONE			
Data inizio intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataInizioInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA INIZIO INTERVENTO PRINCIPALE		92	
DESCRIZIONE			
Ora inizio intervento intesa come il momento dell'incisione della cute per l'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oralnizioInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA FINE INTERVENTO PRINCIPALE		93	
DESCRIZIONE			
Data Fine intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataFineInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA FINE INTERVENTO PRINCIPALE		94	
DESCRIZIONE			
Ora della fine dell'intervento principale da intendersi come il momento di completamento della sutura			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraFineInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
FLAG INTERVENTO PRINCIPALE “IN SERVICE”		95	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se l’Intervento principale è “in service” in un istituto diverso da quello del ricovero del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<flagInterventoPrincipaleInService>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE5 Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si <u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u> <u>NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CHECK LIST SALA OPERATORIA INT. PRINC.		96	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se è stata compilata ed è presente in cartella la check list per la sicurezza in Sala Operatoria per l'Intervento principale, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<checkListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE6 Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si 9 = Non applicabile Per gli interventi (di cui alla tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati") si precisa che: - il valore 1 – SI indica che la check list è stata compilata ed è presente in cartella - il valore 0 – NO indica, invece, la check list o non è stata compilata o non è presente in cartella - il valore 9 – non applicabile è unicamente riferibile alle sole procedure che non richiedono l'uso di sala operatoria (attivato dalla competenza 2017) Per gli interventi NON eseguiti in sala operatoria e NON PRESENTI nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati" sulla SDO la registrazione è sempre: - campo NON compilato 0 = No salvo che sia prevista all'interno delle strutture di ricovero una procedura per prevede una check-list anche per tale tipologia di interventi. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Uso ROBOT INT. PRINC.		97	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se è stato usato un robot per l'effettuazione dell'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<usoRobotInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD7 Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
S = l'intervento è stato eseguito con l'ausilio del robot			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF ANESTESISTA INTERVENTO PRINCIPALE		98	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale dell'Anestesista dell'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfAnestesistaInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO A INTERVENTO PRINCIPALE		99	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore A dell'intervento principale. Il termine "Chirurgo" deve essere inteso in senso lato come "Medico che esegue l'intervento". Se il medico che esegue l'intervento è un anestesista il suo codice fiscale deve essere inserito in questo campo e non nel campo 98. (rif. Nota Regionale protocollo 11483/A1403A del 25.05.2016)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoAInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO B INTERVENTO PRINCIPALE		100	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore B dell'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoBInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO C INTERVENTO PRINCIPALE		101	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore C dell'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoCInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
CODICE INTERVENTO SECONDARIO			102.n
DESCRIZIONE			
Codice ICD9CM intervento secondario o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe minor quantità di risorse rispetto all'intervento principale, seguendo l'ordine previsto dalle linee guida per la corretta codificazione della SDO			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici interventi ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute. Usata dal GROUPER della 3M		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L49	Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento		
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG		
LD7	Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE6	Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF1	Coerenza fra Interventi e Frazione eiezione		
LF6	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento		
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente		
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista		
S24	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
S34	Coerenza fra Intervento Principale e Interventi Secondari rispetto all'effettiva rilevanza nel ricovero (rif. Grouper)		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il “Grouper” esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, modalità di dimissione intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016.			
NB: per la competenza 2017 viene attivata la segnalazione S24 che evidenzia le SDO con Intervento Secondario valorizzato in assenza di Intervento Principale.			
La segnalazione S24 anticipa il controllo LF6 (attivato dalla competenza 2018) che non permetterà l’acquisizione di SDO con			

Intervento Secondario valorizzato in assenza di Intervento Principale.

NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA INIZIO INTERVENTO SECONDARIO			103.n
DESCRIZIONE			
Data inizio intervento secondario o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataInizioInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA — CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA INIZIO INTERVENTO SECONDARIO		104.n	
DESCRIZIONE			
Ora dell' inizio intesa come momento dell'incisione della cute per l' intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oralnizioInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA FINE INTERVENTO SECONDARIO		105.n	
DESCRIZIONE			
Data fine intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataFineInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA FINE INTERVENTO SECONDARIO		106.n	
DESCRIZIONE			
Ora della fine dell' intervento secondario da intendersi come il momento di completamento della sutura			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraFineInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
FLAG INTERVENTO SECONDARIO “IN SERVICE”			107.n
DESCRIZIONE			
Flag che indica se l’Intervento secondario è “in service” in un istituto diverso da quello del ricovero del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<flagInterventoSecondarioInService>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si			
<u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u>			
<u>NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.</u>			
<u>NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CHECK LIST SALA OPERATORIA INT. SEC.		108.n	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se è stata compilata ed è presente in cartella la check list per la sicurezza in Sala Operatoria per l'Intervento secondario come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<checkListDalaOperatoriaInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE6 Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si 9 = Non applicabile Per gli interventi (di cui alla tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati") si precisa che: - il valore 1 – SI indica che la check list è stata compilata ed è presente in cartella - il valore 0 – NO indica, invece, la check list o non è stata compilata o non è presente in cartella - il valore 9 – non applicabile è unicamente riferibile alle sole procedure che non richiedono l'uso di sala operatoria (attivato dalla competenza 2017) Per gli interventi NON eseguiti in sala operatoria e NON PRESENTI nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati" sulla SDO la registrazione è sempre: - campo NON compilato 0 = No salvo che sia prevista all'interno delle strutture di ricovero una procedura per prevede una check-list anche per tale tipologia di interventi. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Uso ROBOT INT. SEC.			109.n
DESCRIZIONE			
Flag che indica se è stato usato un robot per l’effettuazione dell’ Intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<usoRobotInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD7 Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
S = l'intervento è stato eseguito con l’ausilio del robot			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF ANESTESISTA INTERVENTO SECONDARIO		110.n	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale dell'Anestesista dell'intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfAnestesistaInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO A INTERVENTO SECONDARIO		111.n	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore A dell'intervento secondario. Il termine "Chirurgo" deve essere inteso in senso lato come "Medico che esegue l'intervento". Se il medico che esegue l'intervento è un anestesista il suo codice fiscale deve essere inserito in questo campo e non nel campo 110.n. (rif. Nota Regionale protocollo 11483/A1403A del 25.05.2016)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoAInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO B INTERVENTO SECONDARIO		112.n	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore B dell'intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoBInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO C INTERVENTO SECONDARIO		113.n	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore C dell'intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoCInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE PROTESI		114	
DESCRIZIONE			
Codice protesi utilizzata durante gli interventi			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceProtesi>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<PROTESI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici endoprotesi		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L26	Congruenza fra i campi inerenti una protesi		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: i codici accettati sono quelli presenti nella “Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive / o sostitutive in Istituti / Reparti autorizzati”. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
QUANTITÀ PROTESI		115	
DESCRIZIONE			
Quantità protesi utilizzate durante gli interventi			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<quantitaProtesi>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<PROTESI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L26 Congruenza fra i campi inerenti una protesi			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il valore 2 è possibile solo in presenza di impianto doppio di Protesi Cocleare. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PESO ALLA NASCITA		116	
DESCRIZIONE			
Peso alla nascita del neonato espresso in grammi			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<pesoAllaNascita>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<NEONATO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	20-9999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
S32	Coerenza dati SDO del Neonato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il valore del campo NON può essere minore di 100g a partire dalla competenza 2017; resta inalterato il valore di 20g per la competenza 2016. Il campo è OBBLIGATORIO se: - Provenienza assistito è 01, 02, 11, 03, 22, 99 e - Data ricovero = Data nascita NB: il campo NON va compilato se il paziente ha più di 1 anno NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MODALITÀ ALLATTAMENTO		117	
DESCRIZIONE			
Modalità allattamento del neonato			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<modalitaAllattamento>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<NEONATO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	11, 12, 13, 21, 22, 23, 24, 31		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L37 Compilazione campo Modalità di Allattamento			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
11 = allattamento al seno, esclusivo 12 = allattamento al seno, prevalente 13 = allattamento al seno, parziale 21 = allattamento artificiale per agalattia 22 = allattamento artificiale per blocco iatrogeno della montata lattea 23 = allattamento artificiale per blocco intenzionale prenatale 24 = allattamento artificiale per blocco intenzionale postnatale 31 = impossibilità a reperire il dato <u>Il campo è OBBLIGATORIO se Provenienza assistito è 01.</u> NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LIBERA PROFESSIONE		118	
DESCRIZIONE			
Indica se l'attività è stata effettuata in libera professione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<liberaProfessione>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3 oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L72 Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) = SDO non in libera professione 1 = ricovero con quota a carico del SSN del 50% 2 = ricovero con quota a carico del SSN del 25% 3 = ricovero a totale carico del paziente <u>Il campo ha valore solo per gli Istituti pubblici ed equiparati.</u> NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RICOVERO RIPETUTO		119	
DESCRIZIONE			
Flag che indica che il ricovero è da considerarsi ripetuto (per medesimo paziente, uguale MDC entro 30 giorni dalla dimissione precedente nello stesso Istituto)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<ricoveroRipetuto>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	R, N oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L75 Congruenza tra Ricovero Ripetuto, Disciplina UO di Dimissione e Istituto di cura			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) R = ricovero ripetuto N = solo dalle case di cura private provvisoriamente accreditate che operano in regime di post-acuzie Dal momento che può risultare obiettivamente difficile soddisfare la condizione “uguale MDC” da parte di Aziende non provviste del programma “grouper” per il calcolo immediato del DRG, la Regione ha approntato un controllo “post-valorizzazione”, al fine di consentire il calcolo automatico dell’abbattimento previsto dalle D.G.R. di riferimento, in caso di ricovero ripetuto entro 30 giorni dalla precedente dimissione, dalla stessa Struttura di Ricovero, con MDC uguale. Il campo può essere valorizzato a «N» solo dalle case di cura private provvisoriamente accreditate che operano in regime di post-acuzie, nel caso di rientro del paziente a seguito di ricovero in struttura pubblica uguale o maggiore di 1 giorno. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
FARMACO ONCOLOGICO		120	
DESCRIZIONE			
Indica che durante il ricovero in DH è stato utilizzato un farmaco oncologico ad alto costo come indicato dalla normativa vigente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<farmacoOncologico>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S, N oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LB5 Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) S = indica che il farmaco somministrato è stato rilevato ed addebitato mediante il flusso F N = comporta che la SDO verrà valorizzata, in prima istanza, senza abbattimento. Il campo deve essere valorizzato solo nel caso di <u>SDO di chemioterapia (DRG 410)</u>, in tutti gli altri casi deve essere lasciato a spazio. Il valore 'S' indica che il farmaco somministrato è stato rilevato ed addebitato mediante il flusso F, pertanto il costo del farmaco non deve essere addebitato al ricovero, l'importo riconosciuto al ricovero verrà quindi abbattuto del 90%. Il valore 'N' comporta che la SDO verrà valorizzata, in prima istanza, senza abbattimento. A posteriori un'apposita procedura verificherà periodicamente l'eventuale addebito del farmaco oncologico ad alto costo sul flusso F ed in caso di riscontro positivo abatterà l'importo della cartella. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TSO DURANTE IL RICOVERO IN DISCIPLINA 40		121	
DESCRIZIONE			
Indica se durante il ricovero è stato effettuato il TSO nella Disciplina di Psichiatria			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<TSODuranteRicoveroInDisciplina40>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S, N oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L86 Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) S = Si N = No Il campo è stato introdotto per rilevare l'esecuzione di un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) intervenuto durante l'episodio di ricovero. Pertanto, tale campo, <u>deve essere compilato esclusivamente dalle strutture pubbliche ed equiparate</u>, nel caso in cui il campo tipo del ricovero ordinario sia diverso da 3 (TSO – trattamento sanitario obbligatorio) Se durante il ricovero è stato eseguito un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) indicare "S"; altrimenti il campo deve essere compilato con "N". NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO SCHEDA 118		122	
DESCRIZIONE			
Deve essere indicato il Codice Missione 118. Il Codice Missione 118 è il codice alfanumerico univoco presente sulla Scheda Ambulanza dell'assistito trasportato presso un Pronto Soccorso (PS), compilata e lasciata dagli operatori dei mezzi di soccorso del 118 Piemonte al Triage dello stesso PS. Identifica la missione di trasporto dell'assistito effettuata dallo specifico mezzo di soccorso giunto in ospedale.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroScheda118>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	13		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L83 Congruenza tra Provenienza assistito e Numero scheda 118			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve contenere il Codice Missione 118 per i ricoveri con Provenienza assistito = 22 (Pronto soccorso pervenuto con 118) <u>A partire dalla competenza 2019</u> il campo verrà formalmente verificato. Si ricorda che il Codice Missione 118 si presenta con queste caratteristiche: - lunghezza di 10 caratteri alfanumerici - i caratteri nelle posizioni 1 e 2 sono numerici: identificano la Centrale Operativa (01, 02, 03, 04 con possibilità di usare il numero 99 per identificare le sole missioni pervenute da fuori Regione Piemonte) - i caratteri nelle posizioni 3 e 4 'lettere maiuscole' + i caratteri nelle posizioni 5,6,7,8 numerici: identificano l'intervento di soccorso originato dalla segnalazione al 118 (con possibilità di usare un codice progressivo alfanumerico arbitrario per identificare i soli interventi relativi a missioni pervenute da fuori Regione Piemonte, fermo restando l'obbligo di usare 2 lettere maiuscole + 4 caratteri numerici) - i caratteri nelle posizioni 9 e 10 sono numerici: identificano il numero progressivo dei mezzi intervenuti nella missione di soccorso (es: 01, 02, 03 ... con zero iniziale significativo e obbligatorio per le missioni inferiori alla decima) NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RICOVERO OLTRE 365		123	
DESCRIZIONE			
Flag per i ricoveri di oltre 365 gg			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<ricoveroOltre365>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L22 Congruenza durata massima consentita di un ricovero			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) S = Si Se il campo viene compilato con il valore "S" è necessario produrre della documentazione in merito all'appropriatezza della durata del ricovero. La documentazione deve essere inoltrata all'Assessorato Sanità al Settore Controllo dell'attività Ospedaliera e al Settore Gestione Risorse Finanziarie. Sarà facoltà dell'Assessorato Sanità valutare, in base alla documentazioni prodotta, se riconoscere il valore del ricovero. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MALATTIE RARE E CRONICHE		124	
DESCRIZIONE			
Indica che il paziente è affetto da una delle Malattie rare e croniche indicate nella relativa tabella			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<malattieRareECroniche>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	10		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare – presente su Sistema Piemonte (PADDI)		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L55 Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
STADIAZIONE CONDENSATA		125	
DESCRIZIONE			
Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi principale.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<stadiazioneCondensata>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE8 Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve essere compilato in presenza di <u>diagnosi principale di dimissione</u> per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA		126	
DESCRIZIONE			
Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<pressioneArteriosaSistolica>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 30 a 300		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE9 Coerenza fra Diagnosi e Pressione arteriosa sistolica			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx). Il campo deve essere compilato in presenza di Diagnosi 410.xx in qualsiasi posizione. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CREATININA SERICA		127	
DESCRIZIONE			
Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<creatininaSerica>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LFO Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL). Il campo deve essere compilato nei seguenti casi: • intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento; • diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) <u>NON vale per la post-acuzie e nel caso di paziente con età inferiore a 16 anni</u> Indicare il valore della creatinina sierica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; • intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). <u>NON vale nel caso di paziente con età inferiore a 16 anni</u> Indicare il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento. NB: il presente campo può ospitare fino a 4 cifre numeriche; non è quindi possibile inserire i caratteri '.' oppure ','. - i primi 2 caratteri (posizione 1 e 2) rappresentano la parte intera del valore - i secondi 2 caratteri (posizione 3 e 4) rappresentano la parte decimale del valore - in caso di compilazione non completa (4 cifre numeriche) il sistema interpreterà le cifre indicate come da esempi: - o 1 viene interpretato come 0001, cioè un valore di creatinina pari a 0,01 - o 16 viene interpretato come 0016, cioè un valore di creatinina pari a 0,16 - o 160 viene interpretato come 0160, cioè un valore di creatinina pari a 1,60 - o 1600 viene interpretato come 1600, cioè un valore di creatinina pari a 16,00 Quindi per le regole sopra riportate vi indichiamo 2 esempi di compilazione del campo: - creatinina serica= 0,89 valori ammissibili 0089 oppure 089 oppure 89 - creatinina serica = 1,7 valori ammissibili 0170 oppure 170 NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene..			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
FRAZIONE DI EIEZIONE		128	
DESCRIZIONE			
Indica la frazione di eiezione preoperatoria.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<frazioneDiEiezione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LF1 Coerenza fra Interventi e Frazione eiezione			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve essere compilato solo per • interventi chirurgici principali o secondari di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) • interventi chirurgici principali o secondari sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
EUROSCORE		129	
DESCRIZIONE			
Indica il valore dell'Euroscore per gli interventi cardiocirurgici solo nei reparti di CARDIOCHIRURGIA			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<euroscore>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 44		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L99 Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo Euroscore deve essere compilato per le SDO di cardiocirurgia (discipline: 06, 07) ed in presenza degli interventi riportati nella "Tabella Interventi che richiedono la compilazione del punteggio EUROSCORE" NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LATERALITA' DIAGNOSI PRINCIPALE		130	
DESCRIZIONE			
Ove applicabile, specifica se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<lateralitaDiagnosiPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DIAGNOSIPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale			

*

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LATERALITA' DIAGNOSI SECONDARIA		131.n	
DESCRIZIONE			
Ove applicabile, specifica se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<lateralitaDiagnosiSecondaria>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<diagnosiSecondaria>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 5. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
STADIAZIONE CONDENSATA DIAGNOSI SECONDARIA		132.n	
DESCRIZIONE			
Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi secondaria			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<stadiazioneCondensataDiagnosiSecondaria>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<diagnosiSecondaria>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE8 Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve essere compilato in presenza di <u>diagnosi secondaria</u> per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 5. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LATERALITA' INTERVENTO PRINCIPALE		133	
DESCRIZIONE			
Ove applicabile, specifica se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<lateralitaInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LATERALITA' INTERVENTO SECONDARIO		134.n	
DESCRIZIONE			
Ove applicabile, specifica se l'intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<lateralitaInterventoSecondario >	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO SCHEDA SDO DI POSTACUZIE PRECEDENTE		135	
DESCRIZIONE			
Numero della scheda SDO di postacuzie precedente. Da compilare nella SDO relativa al ricovero in postacuzie di prosecuzione del precedente nel caso di soggiorno in PS/DEA che duri meno di un giorno (un pernottamento) ed il paziente ritorni in postacuzie per ultimare il ciclo riabilitativo previsto. (rif. DRG 17-4167 del 07.11.2016)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroSchedaSDOPrecedente>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<POSTACUZIE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	10		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Numero cartella di postacuzie precedente		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo viene previsto a partire <u>dalla competenza 2017</u> per la gestione corretta del ricovero in postacuzie di presecuzione nel caso di soggiorno in PS/DEA che duri meno di un giorno(un pernottamento) ed il ritorno del paziente in post acuzie per ultimare il ciclo riabilitativo previsto. Il campo deve contenere il numero di cartella della SDO di postacuzie precedente al trasferimento in PS/DEA. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE TEAM		136	
DESCRIZIONE			
Numero identificazione personale - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia (campo n°6)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroIdentificazioneTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4 Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo viene previsto a partire <u>dalla competenza 2019</u>. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti presenti sulla tessera della <u>Madre</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CLASSE ASA		137	
DESCRIZIONE			
Numero che valuta il rischio anestesilogico			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<classeASA>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03, F10		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LH6 Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato. Valuta il rischio anestesilogico in base alle condizioni del paziente: • 1 = classe ASA I – paziente in buona salute • 2 = classe ASA II – patologia sistemica di media entità • 3 = classe ASA III – patologia sistemica di severa entità stabilizzata • 4 = classe ASA IV – patologia sistemica di severa entità con rischio di vita costante • 5 = classe ASA V – paziente moribondo con aspettativa di vita < 24h indipendentemente dall'intervento chirurgico			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO ANESTESIA		138	
DESCRIZIONE			
Indica il tipo di anestesia praticata			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoAnestesia>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03, F10		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LH6 Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato.</u>			
Indica il tipo di anestesia praticata: • 1 - anestesia generale • 2 - anestesia spinale • 3 - anestesia plessica • 4 - anestesia locale Qualora siano presenti più interventi con tipi di anestesia differenti deve esser fornito il valore relativa all'anestesia più "pesante" in quanto assorbe maggiori risorse ed è più impegnativa per l'anestesista ed il paziente Ad esempio: se è stata fatta una anestesia spinale per un intervento e poi una locale per un altro intervento, si segnala l'anestesia spinale (perdurale).			

NOME DEL CAMPO										CAMPO N°						
CARDINALITÀ DIAGNOSI SECONDARIA RRF										139.n						
DESCRIZIONE																
In riferimento ai criteri di codifica posizionale delle diagnosi: indica la posizione assegnata alla diagnosi secondaria trasmessa																
XML										OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI						
TAG		<posDSriab>								OBBLIGATORIO		CON				
SEZIONE		<diagnosiSecondaria>								TRACCIATO ANAGRAFICO		NO				
CAMPO RIPETIBILE		SI								TRACCIATO CLINICO		SI				
CORRETTEZZA FORMALE																
LUNGHEZZA		1														
FORMATO		AN														
VALORI AMMESSI		E, M, C														
TABELLE DI RIFERIMENTO																
POSSIBILI ERRORI		F02														
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI																
LRA Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF																
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI																
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.																
Indica la posizione della diagnosi secondaria nel caso di SDO RRF.																
Valori ammessi:																
- E: diagnosi eziologica - M: Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione - C: Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa																
Numero Diagnosi secondarie compilate	una diagnosi secondaria compilata			due diagnosi secondarie compilate					tre diagnosi secondarie compilate					quattro diagnosi secondarie compilate		cinque diagnosi secondarie compilate
Posizione DS 1	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	
Posizione DS 2	---	---	---	M	C	M	C	C	M	M	C	M	C	M	C	
Posizione DS 3	---	---	---	---	---	---	---	---	C	M	C	C	C	M	C	
Posizione DS 4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	C	C	
Posizione DS 5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	C	
Si precisa che è obbligatorio rispettare la sequenza, così come indicata nello schema fornito dal Ministero, nell'invio informatico della cardinalità delle diagnosi secondarie per le SDO RRF.																
N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica																

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROVENIENZA PAZIENTE RIABILITATIVO		140	
DESCRIZIONE			
Indica la specifica modalità di provenienza per le SDO RRF.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<provAssRiab>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF		
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 e per tutte le età.			
Il campo 140 - Provenienza paziente riabilitativo DEVE essere compilato solo se il campo 41 - Provenienza assistito presenta i seguenti valori: '05', '06', '07', '08', '10', '20'.			
<u>Regole di compilazione:</u>			
- nel caso di provenienza assistito : '05' (da istituto pubblico), '06' (da struttura privata accreditata), '07' (da struttura privata non accreditata), '08 (passaggio di regime o attività nell'ambito della stessa struttura di ricovero) 1 = Acuti 2 = Riabilitazione 3 = Lungodegenza - nel caso di provenienza assistito: '10' (da struttura residenziale territoriale), '20' (provenienza CAVS) 4 = Residenze socio-assistenziali 5 = Hospice 6 = Strutture psichiatriche 7 = Strutture residenziali di riabilitazione (compreso ex art 26) 8 = Altro			
<u>N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MODALITÀ DIMISSIONE RIABILITAZIONE		141	
DESCRIZIONE			
Indica la specifica modalità di dimissione per le SDO RRF.			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<modDimRiab>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 6 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF		
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 e per tutte le età.			
Il campo 141 – Modalità dimissione riabilitazione DEVE essere compilato solo se il campo 74 – Modalità dimissione presenta i seguenti valori: '02','19'.			
<u>Regole di compilazione:</u>			
• nel caso di modalità dimissione: '02' (dimissione a domicilio) ○ 1 = Senza prosecuzione riabilitazione ○ 2 = Con attivazione di riabilitazione ambulatoriale ○ 3 = Con attivazione di riabilitazione domiciliare ○ 4 = Con attivazione di DH riabilitativo • nel caso di modalità dimissione: '19' (dimissione ordinaria con attivazione ADI) ○ 5 = Senza riabilitazione domiciliare ○ 6 = Con riabilitazione domiciliare			
<u>N.B.:</u> tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA RANKIN		142	
DESCRIZIONE			
Scala di Rankin - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<rankin>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 5 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR1	Coerenza scala RANKIN		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 ed età del paziente >= 18 anni 0 = Nessun sintomo 1 = Nessuna disabilità significativa malgrado i sintomi: è in grado di svolgere tutte le attività quotidiane e i compiti abituali 2 = Disabilità lieve: non riesce più di svolgere tutte le attività precedenti, ma è autonomo/a nel camminare e nelle attività della vita quotidiana senza assistenza 3 = Disabilità moderata: richiede qualche aiuto nelle attività della vita quotidiana, ma cammina senza assistenza 4 = Disabilità moderatamente grave: non è più in grado di camminare senza assistenza né di badare alle proprie necessità corporee senza assistenza 5 = Disabilità grave: costretto/a a letto, incontinente e bisognoso/a di assistenza infermieristica e di attenzione costante <u>N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
BARTHEL INDEX INGRESSO		143	
DESCRIZIONE			
Indice di Barthel - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<bartheIE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 ed età del paziente >= 18 anni			

INDICE di BARTHEL	SCORE
Alimentazione 0 = non in grado di alimentarsi 5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida-liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.) 10 = in grado di alimentarsi	
Capacità di farsi il bagno o la doccia 0 = non in grado di lavarsi autonomamente 5 = in grado di lavarsi autonomamente	
Cura dell'aspetto esteriore 0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = in grado di levarsi le faccie, pettinarsi, levarsi i denti, radersi	
Capacità di vestirsi 0 = non in grado di vestirsi autonomamente 5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)	
Transito intestinale 0 = non in grado di controllare l'alvo 5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = in grado di controllare l'alvo	
Vescica 0 = non in grado di controllare la minzione 5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = in grado di controllare la minzione	
Utilizzo del wc (sedersi, alzarsi, pulirsi, rivestirsi) 0 = non in grado di controllare il wc 5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza 10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente	
Trasferimenti (dalla posizione seduta sul letto alla sedia e viceversa) 0 = non in grado di effettuare trasferimenti 5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisica) 15 = è in grado di effettuare trasferimenti	
Mobilità (su superfici piane) 0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri 10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri	
Scale 0 = non in grado di salire e scendere le scale 5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza 10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente	
Totale (0-100)	

N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
BARTHEL INDEX USCITA		144	
DESCRIZIONE			
Indice di Barthel - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<barthelU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 ed età del paziente >= 18 anni			
<u>N.B.:</u> in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

INDICE di BARTHEL	SCORE
Alimentazione 0 = non in grado di alimentarsi 5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida-liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.) 10 = in grado di alimentarsi	
Capacità di farsi il bagno o la doccia 0 = non in grado di lavarsi autonomamente 5 = in grado di lavarsi autonomamente	
Cura dell'aspetto esteriore 0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = in grado di levarsi le faccie, pettinarsi, levarsi i denti, radersi	
Capacità di vestirsi 0 = non in grado di vestirsi autonomamente 5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)	
Transito intestinale 0 = non in grado di controllare l'alvo 5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = in grado di controllare l'alvo	
Vescica 0 = non in grado di controllare la minzione 5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = in grado di controllare la minzione	
Utilizzo del wc (sedersi, alzarsi, pulirsi, rivestirsi) 0 = non in grado di controllare il wc 5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza 10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente	
Trasferimenti (dalla posizione seduta sul letto alla sedia e viceversa) 0 = non in grado di effettuare trasferimenti 5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisica) 15 = è in grado di effettuare trasferimenti	
Mobilità (su superfici piane) 0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri 10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri	
Scale 0 = non in grado di salire e scendere le scale 5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza 10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente	
Totale (0-100)	

N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA BARTHEL DISPNEA INGRESSO		145	
DESCRIZIONE			
Scala Barthel – Dispnea - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<barthelDE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> N.B.: in presenza di "paziente allettato, impossibilitato ad alzarsi o in presenza di una severa limitazione funzionale motoria post-acuta" il valore della scala è '100'. Obbligatorio per la disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni in presenza di MDC 04 Apparato respiratorio e MDC 05 Apparato cardiocircolatorio.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA BARTHEL DISPNEA USCITA		146	
DESCRIZIONE			
Scala Barthel – Dispnea - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<barthelDU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni in presenza di MDC 04 Apparato respiratorio e MDC 05 Apparato cardiocircolatorio.			
N.B.: in presenza di "paziente allettato, impossibilitato ad alzarsi o in presenza di una severa limitazione funzionale motoria post-acuta" il valore della scala è '100'.			
N.B.: in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

ITEMS	VALORIZZAZIONE					SCORE	NOTE
	0	1	2	3	4		
Igiene personale	0	1	3	4	5		
Fare il bagno	0	1	3	4	5		
Mangiare	0	2	5	8	10		
Usare il WC	0	2	5	8	10		
Fare le scale	0	2	5	8	10		
Vestirsi	0	2	5	8	10		
Controllo urine	0	2	5	8	10		
Controllo alvo	0	2	5	8	10		
Camminare	0	3	8	12	15		
Carrozzina*	0	1	3	4	5		
Trasferimenti* (letto-sedia e viceversa)	0	3	8	12	15		
						TOTALE [0-100]	

* non compilare se il paziente è in grado di deambulare

Opzioni di risposta:

0= nessun segno di dispnea durante l'esecuzione delle ADLs

1= leggera dispnea che non impedisce o rallenta lo svolgimento delle ADLs

2= moderata dispnea, che può rallentare lo svolgimento delle ADLs

3= dispnea grave, che può rallentare notevolmente lo svolgimento delle ADLs

4= dispnea estremamente grave, tale da impedire o ridurre quasi sempre lo svolgimento delle ADLs
(necessità sempre di supporto)

Sigle: ADLs, activities of daily living (attività della vita quotidiana)

N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TEST CAMMINO 6 INGRESSO		147	
DESCRIZIONE			
Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione. Si tratta dei metri percorsi in 6 minuti.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<test6mE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 999 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024. Obbligatorio per la disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni in presenza di MDC 04 Apparato respiratorio e MDC 05 Apparato cardiocircolatorio. N.B.: in presenza di "paziente allettato, impossibilitato ad alzarsi o in presenza di una severa limitazione funzionale motoria post-acuta" il valore della scala è '0'. N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TEST CAMMINO 6 USCITA		148	
DESCRIZIONE			
Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Si tratta dei metri percorsi in 6 minuti.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<test6mU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 999 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.			
Obbligatorio per la disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni in presenza di MDC 04 Apparato respiratorio e MDC 05 Apparato cardiocircolatorio.			
N.B.: in presenza di "paziente allettato, impossibilitato ad alzarsi o in presenza di una severa limitazione funzionale motoria post-acuta" il valore della scala è '0'.			
N.B.: in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			
N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°																																					
SCALA GLASGOW COMA INGRESSO		149																																					
DESCRIZIONE																																							
Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione																																							
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI																																					
TAG	<glasgowComaE>	OBBLIGATORIO	CON																																				
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO																																				
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI																																				
CORRETTEZZA FORMALE																																							
LUNGHEZZA	2																																						
FORMATO	AN																																						
VALORI AMMESSI	da 3 a 15 (estremi inclusi)																																						
TABELLE DI RIFERIMENTO																																							
POSSIBILI ERRORI	F02, F03																																						
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI																																							
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF																																						
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA																																						
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI																																							
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>																																							
Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Descrizione</th> <th>Punteggio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Apertura occhi</td> <td>Spontanea</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Allo stimolo verbale</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Allo stimolo doloroso</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessuna</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Risposta verbale</td> <td>Paziente orientato, conversazione appropriata</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Confusione, Frasi sconnesse</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Parla e pronuncia parole, ma incoerenti</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Suoni incomprensibili</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessun suono emesso</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Risposta motoria</td> <td>Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Localizzazione dello stimolo doloroso</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Retrazione allo stimolo doloroso</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Flessione allo stimolo doloroso</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Estensione allo stimolo doloroso</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessuna risposta</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>					Descrizione	Punteggio	Apertura occhi	Spontanea	4	Allo stimolo verbale	3	Allo stimolo doloroso	2	Nessuna	1	Risposta verbale	Paziente orientato, conversazione appropriata	5	Confusione, Frasi sconnesse	4	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3	Suoni incomprensibili	2	Nessun suono emesso	1	Risposta motoria	Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici	6	Localizzazione dello stimolo doloroso	5	Retrazione allo stimolo doloroso	4	Flessione allo stimolo doloroso	3	Estensione allo stimolo doloroso	2	Nessuna risposta	1
	Descrizione	Punteggio																																					
Apertura occhi	Spontanea	4																																					
	Allo stimolo verbale	3																																					
	Allo stimolo doloroso	2																																					
	Nessuna	1																																					
Risposta verbale	Paziente orientato, conversazione appropriata	5																																					
	Confusione, Frasi sconnesse	4																																					
	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3																																					
	Suoni incomprensibili	2																																					
	Nessun suono emesso	1																																					
Risposta motoria	Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici	6																																					
	Localizzazione dello stimolo doloroso	5																																					
	Retrazione allo stimolo doloroso	4																																					
	Flessione allo stimolo doloroso	3																																					
	Estensione allo stimolo doloroso	2																																					
	Nessuna risposta	1																																					

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°																																					
SCALA GLASGOW COMA USCITA		150																																					
DESCRIZIONE																																							
Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione																																							
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI																																					
TAG	<glasgowComaU>	OBBLIGATORIO	CON																																				
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO																																				
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI																																				
CORRETTEZZA FORMALE																																							
LUNGHEZZA	2																																						
FORMATO	AN																																						
VALORI AMMESSI	da 3 a 15 (estremi inclusi)																																						
TABELLE DI RIFERIMENTO																																							
POSSIBILI ERRORI	F02, F03																																						
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI																																							
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF																																						
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA																																						
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI																																							
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.																																							
Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni																																							
N.B.: in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Descrizione</th> <th>Punteggio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Apertura occhi</td> <td>Spontanea</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Allo stimolo verbale</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Allo stimolo doloroso</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessuna</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Risposta verbale</td> <td>Paziente orientato, conversazione appropriata</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Confusione, Frasi sconnesse</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Parla e pronuncia parole, ma incoerenti</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Suoni incomprensibili</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessun suono emesso</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Risposta motoria</td> <td>Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Localizzazione dello stimolo doloroso</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Retrazione allo stimolo doloroso</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Flessione allo stimolo doloroso</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Estensione allo stimolo doloroso</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessuna risposta</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>					Descrizione	Punteggio	Apertura occhi	Spontanea	4	Allo stimolo verbale	3	Allo stimolo doloroso	2	Nessuna	1	Risposta verbale	Paziente orientato, conversazione appropriata	5	Confusione, Frasi sconnesse	4	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3	Suoni incomprensibili	2	Nessun suono emesso	1	Risposta motoria	Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici	6	Localizzazione dello stimolo doloroso	5	Retrazione allo stimolo doloroso	4	Flessione allo stimolo doloroso	3	Estensione allo stimolo doloroso	2	Nessuna risposta	1
	Descrizione	Punteggio																																					
Apertura occhi	Spontanea	4																																					
	Allo stimolo verbale	3																																					
	Allo stimolo doloroso	2																																					
	Nessuna	1																																					
Risposta verbale	Paziente orientato, conversazione appropriata	5																																					
	Confusione, Frasi sconnesse	4																																					
	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3																																					
	Suoni incomprensibili	2																																					
	Nessun suono emesso	1																																					
Risposta motoria	Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici	6																																					
	Localizzazione dello stimolo doloroso	5																																					
	Retrazione allo stimolo doloroso	4																																					
	Flessione allo stimolo doloroso	3																																					
	Estensione allo stimolo doloroso	2																																					
	Nessuna risposta	1																																					

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA GLASGOW COMA EXTENDED INGRESSO		151	
DESCRIZIONE			
Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<glasgowComaExE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni 1 = morte 2 = stato vegetativo 3 = disabilità grave, completamente dipendente dagli altri 4 = disabilità grave, dipendente dagli altri per alcune attività 5 = disabilità moderata, lavoro ad un livello inferiore di performance 6 = disabilità moderata, ritorno alla precedente attività con adattamenti 7 = buon recupero con deficit fisici o mentali minori 8 = buon recupero			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA GLASGOW COMA EXTENDED USCITA		152	
DESCRIZIONE			
Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<glasgowComaExU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni 1 = morte 2 = stato vegetativo 3 = disabilità grave, completamente dipendente dagli altri 4 = disabilità grave, dipendente dagli altri per alcune attività 5 = disabilità moderata, lavoro ad un livello inferiore di performance 6 = disabilità moderata, ritorno alla precedente attività con adattamenti 7 = buon recupero con deficit fisici o mentali minori 8 = buon recupero <u>N.B.:</u> in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA LEVEL OF COGNITIVE FUNCTIONING INGRESSO		153	
DESCRIZIONE			
Scala Level of cognitive functioning - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<levelCognFuncE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni 1 = nessuna reazione 2 = reazione generalizzata 3 = reazione limitata/localizzata 4 = confuso ed agitato 5 = confuso e inappropriato 6 = confuso e appropriato 7 = automatico ed appropriato 8 = consapevole ed appropriato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA LEVEL OF COGNITIVE FUNCTIONING USCITA		154	
DESCRIZIONE			
Scala Level of cognitive functioning - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<levelCognFuncU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni 1 = nessuna reazione 2 = reazione generalizzata 3 = reazione limitata/localizzata 4 = confuso ed agitato 5 = confuso e inappropriato 6 = confuso e appropriato 7 = automatico ed appropriato 8 = consapevole ed appropriato <u>N.B.:</u> in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ASIA INGRESSO		155	
DESCRIZIONE			
American Spinal Injury Association - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<asiaE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	alfabetici in posizione 1: C, T, L, S numerici in posizione 2 e 3: valori da 01 a 12 alfabetici in posizione 4: A, B, C, D, E		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR8	Coerenza scala ASIA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ASIA USCITA		156	
DESCRIZIONE			
American Spinal Injury Association - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<asiaU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	alfabetici in posizione 1: C, T, L, S numerici in posizione 2 e 3: valori da 01 a 12 alfabetici in posizione 4: A, B, C, D, E		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR8	Coerenza scala ASIA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni			
<u>N.B.:</u> in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCIM INGRESSO		157	
DESCRIZIONE			
Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<scimE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR9	Coerenza scala SCIM		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCIM USCITA		158	
DESCRIZIONE			
Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<scimU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR9	Coerenza scala SCIM		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni N.B.: in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RCS INGRESSO		159	
DESCRIZIONE			
Rehabilitation Complexity Scale - Valore acquisito all'ingresso nell reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<rcsE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 22 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LRD	Coerenza scala RCS		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per discipline 56, 75 e 28 e per tutte le fasce di età <u>N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RCS USCITA		160	
DESCRIZIONE			
Rehabilitation Complexity Scale - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<rcsU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 22 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LRD	Coerenza scala RCS		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per discipline 56, 75 e 28 e per tutte le fasce di età <u>N.B.:</u> in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso. <u>N.B.:</u> tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO CARTELLA PROVENIENZA		161	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di cartella di ricovero nell'Istituto di provenienza indicato (solo per le SDO RRF)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cartellaProvenienza>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	10		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LRO	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LRE	Coerenza cartella di provenienza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per discipline 56, 75 e 28 e per tutte le fasce di età in presenza di provenienza assistito trasferimento ('05','06','07','08','C'). Nel caso di <u>istituto di provenienza fuori regione</u> e di <u>istituti di cura non italiani</u> il numero di cartella dovrà riportare il valore: 9999999999. <u>N.B.:</u> tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MATRICOLA SALA OPERATORIA INTERVENTO PRINCIPALE		162	
DESCRIZIONE			
Matricola Sala Operatoria Intervento Principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaSalaOperIntPrinc>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F05, F10		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato.</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MATRICOLA SALA OPERATORIA INTERVENTO SECONDARIO		163.n	
DESCRIZIONE			
Matricola Sala Operatoria Intervento Secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< matricolaSalaOperIntSec>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F05, F10		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato.</u>			

5. CONTROLLI

Il presente capitolo riporta le specifiche dei controlli eseguiti dal sistema centralizzato di controllo sulle SDO.

Per i controlli formali è riportata la semplice descrizione del controllo.

Per tutti gli altri controlli le tabelle che seguono riportano il codice del controllo, la sua descrizione sintetica (presente anche nelle restituzioni) e i campi interessati dall'algoritmo di controllo (numero e nome).

5.1 I controlli

5.1.1 I CONTROLLI FORMALI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI ERRORI FORMALI
F01	Campo Obbligatorio Non Valorizzato
F02	Valore Non Accettabile
F03	Valore Non Numerico
F04	Valore Non Valido
F05	Valore non presente in tabella
F06	Data Non Valida
F07	Campo Formalmente Errato
F08	Valore Non Alfabetico
F09	Superato il numero di occorrenze massimo consentito
F10	Campo Non attivo Valorizzato

5.1.2 I CONTROLLI BLOCCANTI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
N01	SDO non elaborata Errori formali sui campi fondamentali	01	Codhsp11
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
N02	SDO non elaborata Anno di competenza inesistente	75	Data Dimissione o morte
N03	SDO non elaborata Supporto scartato per errata quadratura sul numero dei record		
N04	SDO non elaborata Errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N05	SDO non elaborata Se <u>Tipo movimento = I</u> (I invio), allora non deve esistere nel DataBase una SDO, già elaborata come corretta o errata, con uguale numero scheda, inviata da un Istituto (Hsp11.Bis) della stessa Struttura di ricovero (Hsp11), o solo dall'Istituto, se è abilitato alla 'numerazione cartelle indipendente'. Se <u>Tipo movimento = C</u> (cancellazione), allora deve esistere nel DataBase una SDO, già elaborata come corretta o errata, con lo stesso numero scheda, da un Istituto (Hsp11.Bis) della stessa Struttura di ricovero (Hsp11), o solo dall'Istituto, se è abilitato alla 'numerazione cartelle indipendente'. Se <u>Tipo movimento = S</u> , non è obbligatorio che esista una SDO precedente (può essere un I° invio)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N06	SDO non elaborata SDO pervenuta dopo la <u>chiusura definitiva</u> dell'anno di competenza. ad esempio: SDO competenza 2000 dimissioni pervenute dopo il 31.12.2001	75	Data Dimissione o morte
N07	SDO non elaborata SDO in sostituzione pervenuta dopo la <u>chiusura definitiva</u> dell'anno di competenza	75	Data Dimissione o morte
N08	SDO non elaborata Anno contabile chiuso, cancellazione SDO non ammessa <u>Si ricorda che NON è possibile cancellare una SDO attiva di un anno contabile chiuso</u>	75	Data Dimissione o morte
N10	SDO non elaborata	01	Codhsp11

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>Dati clinici senza Anagrafica</u> Non è possibile abbinare, in base alla chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento), alcun record anagrafico a questo record di dati clinici.	02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N11	SDO non elaborata <u>Anagrafica senza Dati clinici</u> Non è possibile abbinare, in base alla chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento), alcun record di dati clinici a questo record anagrafico.	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N12	SDO non elaborata Anagrafica con chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento) duplicata	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N13	SDO non elaborata Dati clinici con chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento) duplicata	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N14	SDO non elaborata Tracciato record obsoleto, incompatibile con l'anno di competenza Cartella di competenza 2007 o successiva inviata con record singolo (valido solo fino alla competenza 2006).	75	Data Dimissione o morte

5.1.3 I CONTROLLI LOGICI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
L01	Esistenza della struttura e dell'Istituto di cura fra Data ricovero e Data dimissione La data di ricovero e la data di dimissione devono essere comprese nel periodo di esistenza della Struttura di ricovero (HSP11, HSP11.Bis)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
L02	Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale L'Istituto di Cura ((HSP11, HSP11.Bis) deve appartenere all'Azienda Sanitaria territoriale al momento della dimissione	01	Codhsp11
		02	Codbis
		34	ASL territoriale
		75	Data Dimissione o morte
L03	Congruenza fra Regime di ricovero e Tipo di ricovero ordinario Se Regime di ricovero: 2 (Day Hospital), 3 (One Day Surgery) o Z (A Domicilio) allora: - Tipo di ricovero ordinario non valorizzato	36	Regime Ricovero
		52	Tipo Ricovero Ordinario
L04	Congruenza fra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno Se Regime di ricovero: 1(Ricovero Ordinario) o Z(A Domicilio) allora: • Motivo Ricovero DH non valorizzato	36	Regime Ricovero
		68	Motivo Ricovero DH
L05	Corrispondenza fra l'anno di Data Ricovero e l'anno di riferimento della scheda Verifica la corrispondenza tra l'anno di ricovero e l'anno di riferimento	03	Anno Riferimento
		44	Data Ricovero
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione - -Regime di ricovero = 2 (DH) il Motivo Ricovero DH può assumere i seguenti valori: 1, 3, 4, 5 - Regime di ricovero = 3 (one day surgery) il Motivo Ricovero DH può assumere i seguenti valori: 6 L'anno della data ricovero deve corrispondere con l'anno della data di dimissione. UNICA ECCEZIONE: <u>SDO di OneDaySurgery (regime 3) a cavaliere di 2 anni:</u> è possibile inviare una SDO con anni di ricovero e dimissione diversi solo se: 1. Regime di ricovero = 3 (one day surgery) 2. Data di ricovero = 31.12.anno(X) 3. Data di dimissione= 01.01.anno(X+1)	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		68	Motivo Ricovero DH
		75	Data Dimissione o morte
L07	Congruenza fra data di ricovero e data di nascita La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	ricovero		
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione Per <u>pazienti residenti in Italia</u> se Provincia e Comune di Residenza sono italiani (cioè le prime tre posizioni sono diverse da `999' / 'STP' / `ENI') - devono essere situati nella Regione di Residenza indicata. Per <u>pazienti residenti all'estero</u> : 'TEAM' / 'STP' / `ENI' / `999': - nel campo "Regione Residenza" deve essere indicato il codice dello stato estero, valido alla data di dimissione;- lo stesso codice deve trovarsi nella seconda parte (ultimi 3 caratteri) del campo "Comune Residenza"; inoltre, - sempre alla data di dimissione: • nel caso STP, lo stato estero non può appartenere all'UE, né alla SEE, né essere la Svizzera; • nel caso ENI, lo stato estero deve essere Romania, Bulgaria o UE (NO CH, SEE) Per pazienti <u>apolidi / ANONIMO</u> : - i campi Comune Residenza e 1 Regione Residenza devono essere valorizzati con `tutti 9'	12	Tipo Identificativo Paziente
		20	Regione Residenza
		21	Comune Residenza
		75	Data Dimissione o morte
L09	Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza Se Provincia e Comune di residenza sono italiani (cioè le prime tre posizioni sono diverse da 999 / STP / ENI) - devono essere situati nell'ambito territoriale dell'ASL di residenza indicata, alla data di dimissione. Per pazienti residenti all'estero / ENI / STP/ apolidi / ANONIMO: - il campo Asl Residenza deve essere valorizzato a `999'	19	Asl Residenza
		21	Comune Residenza
		75	Data Dimissione o morte
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici L'onere di degenza deve essere congruente con Provincia e Comune di residenza, Regione di residenza, ASL di residenza. Per la corretta attribuzione dei campi correlati consultare la tabella: "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica"	19	Asl Residenza
		20	Regione Residenza
		21	Comune Residenza
		36	Regime Ricovero
		37	Onere Degenza
L11	Congruenza tra Regime di ricovero e trasferimenti Per regime di ricovero diverso da 1 (ricovero ordinario) non possono esistere trasferimenti	36	Regime Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
L12	Congruenza tra Regime di ricovero e matricola di ammissione e matricola di dimissione Per regime di ricovero: 2 (DH) o 3 (One Day Surgery):	36	Regime Ricovero
		50	Matricola Ricovero
		79	Matricola Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Matricola di dimissione = Matricola di ammissione		
L13	Congruenza tra le date- ore nel ricovero ordinario Se Regime di ricovero è 1 (RO): <u>le date di accesso nelle U.O. devono essere correttamente correlate nel tempo.</u> Data ora trasferimento 1° > Data ora ricovero Data ora trasferimento n > Data ora trasferimento n-1 Data ora dimissione > Data ora ricovero Data ora dimissione > Data ora ultimo trasferimento Data elaborazione (con ora) > Data ora dimissione	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		45	Ora Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		55.n	Ora trasferimento Interno
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		63.n	Ora trasferimento Esterno
		75	Data Dimissione o morte
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni Per Regime di ricovero ordinario, nel caso di trasferimenti: - se è valorizzato un campo Data trasferimento, devono essere valorizzati tutti i campi del trasferimento corrispondente, e viceversa	36	Regime Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		55.n	Ora Trasferimento Interno
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		60.n	Codhsp11 Esterno
		61.n	Codbis Esterno
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		63.n	Ora Trasferimento Esterno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
		65.n	Progressivo UO Trasferimento Esterno
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole Per <u>Regime di ricovero ordinario</u> Se non sono avvenuti trasferimenti: - U.O. e Matricola U.P. di dimissione devono coincidere con U.O. e Matricola U.P. di ammissione altrimenti: - per ogni traferimento interno la Matricola U.P. deve essere diversa dalla Matricola U.P. precedente e - U.O. e Matricola U.P. di dimissione devono coincidere con U.O. e Matricola U.P. in cui è avvenuto l'ultimo trasferimento interno.	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
		65.n	Progressivo UO Trasferimento Esterno
		66.n	Matricola Trasferimento Esterno
		77	Disciplina UO di dimissione
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale	78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione
		01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		46	Disciplina UO di ammissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Per <u>gli Istituti pubblici o equiparati</u>, se il regime di ricovero è ordinario, se: - Disciplina UO di ammissione è di RRF (28, 56, 75) - Provenienza assistito è: 05, 06, 07, 08, C - Tipo ricovero ordinario è: 1 (programmato) allora <u>il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57.x</u> In ottemperanza alla D.G.R n. 12-5131 del 05.06.2017 in materia di ricoveri riabilitativi in disciplina 56 <u>dai ricoverati dal 15.06.2017 pertanto il controllo è limitato alle discipline 28 e 75:</u> Per <u>gli Istituti pubblici o equiparati</u>, se il regime di ricovero è ordinario, se: - Disciplina UO di ammissione è di RRF (28, 75) - Provenienza assistito è: 05, 06, 07, 08, C, E - Tipo ricovero ordinario è: 1 (programmato) allora <u>il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57.x</u>	52	Tipo Ricovero Ordinario
		84	Diagnosi Principale Dimissione
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie Per <u>Regime di ricovero ordinario</u> - se la disciplina, dell'U.O. di ammissione, è di acuzie allora non sono possibili trasferimenti e dimissioni in U.O. di RRF (28, 56, 75) o lungodegenza (60)	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
		65.n	Progressivo UO Trasferimento Esterno
		66.n	Matricola Trasferimento Esterno
		77	Disciplina UO di dimissione
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF Per <u>Regime di ricovero ordinario</u> Per le SDO di RO, con discipline RRF (28,56,75) - la disciplina della Matricola . di ammissione deve essere uguale alla disciplina della Matricola di dimissione. Per istituti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati: - non sono ammessi neppure i cambi di livello all'interno della disciplina 56.	78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione
		36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
		65.n	Progressivo UO Trasferimento Esterno
		66.n	Matricola Trasferimento Esterno

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	NB solo per la competenza 2016 Per istituti privati accreditati, Istituti Classificati ed IRCCS sono ammessi <u>trasferimenti brevi in Pronto Soccorso</u> (Matricola 'PRSOCC') di Istituti pubblici	77	Disciplina UO di dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH Se Regime Ricovero = 2 (DH) e Motivo del ricovero diurno = 4 allora: - Disciplina UO di ammissione deve essere di RRF (28, 56 o 75) oppure, se Disciplina UO di ammissione è multispecialistica (02) allora - Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva deve contenere il codice di una disciplina di RRF (28, 56, 75); Viceversa: - se Disciplina UO di ammissione è 56, Motivo del ricovero diurno deve essere 4; non sono ammessi valori diversi; - se Disciplina UO di ammissione è 28, o 75, Motivo del ricovero diurno può essere 4, oppure 3; non sono ammessi altri valori	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		68	Motivo Ricovero DH
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza Per il ricovero in regime diurno: 2 o 3 - devono essere riportate le informazioni relative ai campi Motivo del ricovero diurno e Numero Accessi DH. - motivo di ricovero 6 (day surgery con pernottamento) associato a: - regime di ricovero = 3 (One Day Surgery) - numero accessi DH = 1 - data dimissione = data ricovero + 1 - motivo di ricovero 5 (day surgery senza pernottamento) associato a: - regime di ricovero = 2 (Day Hospital) - numero accessi DH = 1 - data dimissione = data ricovero - se numero accessi DH = 1 - la lista Date accesso DH deve essere vuota; altrimenti - numero accessi DH = numero Date accesso DH.	68	Motivo Ricovero DH
		36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		69	Numero Accessi DH
		70.n	Data accesso DH
		75	Data Dimissione o morte
L22	Congruenza durata massima consentita di un ricovero	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Se Regime di ricovero è 1 (RO) - la durata massima della degenza è di un anno, ad eccezione delle richieste opportunamente documentate e contrassegnate con il flag 'ricovero oltre 365 gg'. Se il campo 'Ricovero oltre 365 giorni' non è compilato - allora Data dimissione - Data ricovero deve essere minore o uguale a 365	75	Data Dimissione o morte
		123	Ricovero oltre 365
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero Le date – ore dell'intervento principale e degli eventuali altri interventi -procedure devono essere comprese tra la data – ora di ricovero e la data – ora di dimissione. Inoltre <u>se è valorizzato il campo codice intervento</u> deve essere indicata la data inizio, nel campo data inizio intervento corrispondente. Gli interventi pre e/o post ricovero non devono essere inviati	44	Data Ricovero
		45	Ora Ricovero
		90	Codice Intervento Principale
		91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
		105.n	Data Fine Intervento Secondario
		106.n	Ora Fine Intervento Secondario
L25	Congruenza fra Modalità di dimissione e Riscontro autoptico Se Riscontro autoptico = 1 (eseguita autopsia) - allora Modalità dimissione = 01 (deceduto) <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2018:</u> Se Modalità dimissione = 01(deceduto) - allora Riscontro autoptico deve sempre valorizzato con : - 1 = eseguita autopsia - 2 = non eseguita autopsia	74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		81	Riscontro autoptico
L26	Congruenza fra i campi inerenti una protesi Per la 'protesi' se è valorizzato il campo codice allora deve essere valorizzato il campo quantità (= 1) e viceversa. L'unico caso in cui la quantità può essere 2 è quello di 'impianto doppio di Protesi Cocleare'	114	Codice Protesi
		115	Quantità Protesi
L28	Congruenza fra Provincia / Comune di residenza e la data di dimissione Se Tipo Identificativo Paziente = 0 (CF) allora Il Comune di residenza deve essere esistente nell'anno di ricovero. <u>NB il codice istat da utilizzare è quello valido alla data di dimissione</u>	12	Tipo Identificativo Paziente
		21	Comune Residenza
		75	Data Dimissione o morte

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. Esistenza e validità delle Matricole ed delle UO, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. Le Matricole di tutte le U.P., in cui è avvenuto il ricovero, devono risultare attive, in ARPE, alla data di ingresso nell'U.P. (ricovero o trasferimento da altra U.P.) ed alla data di uscita dall'U.P. (dimissione o trasferimento ad altra U.P.)	44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione
L30	Congruenza Regime ricovero diurno e Giorni Permesso RO Se Regime di Ricovero è: 2, 3, Z allora - Giorni Permesso RO non devono essere valorizzati	36	Regime Ricovero
		53	Giorni Permesso RO
L31	Congruenza Regime ricovero e Numero Accessi DH Se Regime di ricovero è: 1, Z allora - Numero Accessi DH non devono essere valorizzati se Regime di ricovero è: 2 allora - Numero Accessi DH diverso da 0 se Regime di ricovero è: 3 allora - Numero Accessi DH =1	36	Regime Ricovero
		69	Numero Accessi DH
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita Peso alla nascita deve essere valorizzato e > 100 gr se - data di ricovero = data di nascita e - provenienza assistito = 01, 02, 11, 03, 22, 99 E viceversa. E' possibile compilare il campo Peso alla nascita per pazienti con età inferiore ad 1 anno alla data di ricovero <u>NB: il valore minimo consentito è 20gr per la competenza 2016</u>	09	Data Nascita
		116	Peso alla Nascita
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 01, allora: U.O. di ammissione = 31.xx (nido)	09	Data Nascita
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato	09	Data Nascita
		11	Codice Identificativo Paziente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Se data di dimissione nel mese successivo alla data di nascita, allora: - Codice Identificativo Paziente = venti zeri (con Tipo Identificativo Paziente qualsiasi) oppure - Tipo Identificativo Paziente = '9' e Codice Identificativo Paziente = venti nove (stranieri) oppure - Tipo Identificativo Paziente = '0' e Codice Identificativo Paziente = CF se disponibile Viceversa, se data di ricovero > data di nascita, non è ammesso Codice Identificativo Paziente = venti zeri	12	Tipo Identificativo Paziente
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
L36	Compilazione campo Numero scheda della puerpera Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 01, allora: Numero scheda della puerpera deve essere valorizzato; in caso di mancato riconoscimento inserire dice '9'	09	Data Nascita
		18	Numero Scheda SDO della puerpera
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
L37	Compilazione campo Modalità di Allattamento Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 01, allora: Modalità di allattamento deve essere valorizzato	09	Data Nascita
		117	Modalità Allattamento
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH Se la Struttura è privata e il regime ricovero: 2, 3 allora: la disciplina dell'UO di ricovero deve essere diversa da 40.	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
L40	Congruenza fra Tipo Identificativo Paziente e Regione di residenza Se Regione di residenza è una regione italiana allora tipo identificativo paziente è 0 e viceversa	12	Tipo Identificativo Paziente
		20	Regione Residenza
L43	Congruenza fra Data dimissione e Data elaborazione Deve essere: - data dimissione < data del giorno di elaborazione	75	Data Dimissione o morte
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso. Per case di cura private, istituti classificati o IRCCS se uno dei campi di trasferimento è codificato a 9999 l'U.O. di ammissione deve essere 56.xx, o 60.xx, 28.xx o 75.xx e deve esistere un successivo trasferimento nella stessa U.O. entro due giorni NB solo per la competenza 2016	01	Codhsp11
		02	Codbis
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		54.n	Data Trasferimento Interno
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O. Se uno dei Codici intervento è un trapianto di cornea - la SDO deve avere ricovero/trasferimento, in un U.O.	57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		01	Codhsp11
		02	Codbis
		102.n	Codice Intervento Secondario
		36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	della disciplina 34, oppure in un U.O. multispecialistica 67 o 98, in questo caso la disciplina 34 deve essere indicata come disciplina dell'attività effettiva (campo 48). se altro il trapianto - Regime di ricovero deve essere RO; - deve esserci compatibilità con l'Istituto di cura (HSP11.Bis) come indicato nelle tabelle: - "Tabella Interventi / Procedure NON eseguibili in DH / One Day Surgery" - "Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina"	48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		90	Codice Intervento Principale
L47	Incompatibilità fra DRG e ricovero in DH per parto Se DRG da 370 a 375 (SDO di parto), non possono essere fatti in regime DH e One Day Surgery	36	Regime Ricovero
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati <u>Solo per gli Istituti privati</u> Se Regime di ricovero è pari a 2, 3: - se Regime =2 e Motivo del ricovero diurno = 1 / 3 / 4 allora l'U.P. di ammissione deve avere posti letto di day hospital accreditati o autorizzati; - se Regime = 2 e Motivo del ricovero diurno = 5 allora l'U.P. di ammissione deve avere posti letto di day hospital accreditati; - se Regime = 3 e Motivo del ricovero diurno = 6 (con pernottamento) e l'U.P. di ammissione è multispecialistica (discipline 02, 67, 97, 98), allora la Struttura deve avere posti letto di ricovero ordinario (autorizzati o accreditati) per la disciplina effettiva, indicata nel campo Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva / Attività svolta in Multispecialistico – Divisione Effettiva	01	Codhsp11
		02	Codbis
		36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		37	Onere Degenza
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		49	Attività svolta in Multispecialistico – Divisione Effettiva
L49	Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH Gli interventi elencati nella tabella "Tabella Interventi / Procedure NON eseguibili in DH / One Day Surgery"	36	Regime Ricovero
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
L51	Congruenza fra DRG di Parto ed U.P. collegata a U.O. 37.xx, nella Struttura di ricovero Per i DRG di parto (da 370 a 375) - nella Struttura di Ricovero (HSP11) deve esistere una U.P. appartenente ad una U.O. della disciplina 37,oppure una U.P. definita per la disciplina 37, all'interno di una U.O. multispecialistica (67, 97)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		75	Data Dimissione o morte
L52	Compatibilità fra età della puerpera e DRG di Parto Per i DRG da 370 a 375 deve essere verificata che l'età calcolata rispetto alla data di ricovero sia compresa fra 10 e 60 anni	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di	46	Disciplina UO di ammissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Neuroriabilitazione (UO 75xx) Se U.O. della disciplina 75 (Neuroriabilitazione) il DRG attribuito alla SDO deve appartenere alla MDC = 1. Unica eccezione l'Ospedale S. Luigi di Orbassano può avere anche delle SDO per ricoveri nella disciplina 75 con DRG della MDC = 4 o 5	56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		77	Disciplina UO di Dimissione
L54	Compatibilità fra diagnosi secondaria e DRG di parto (370-375) Per i DRG da 370 a 375 deve essere verificata l'esistenza, in uno dei campi "diagnosi secondaria", dei codici relativi all'esito del parto (V27.x)	86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato Se esiste un UO 39xx (Pediatria) allora deve essere verificato che l'età calcolata rispetto alla data di ricovero non sia maggiore di 18 anni. Sono previste eccezioni se vale una delle seguenti condizioni: - Presenza di codici malattie croniche/invalidanti e rare compreso tra RAXxxx e RQxxxxx. - Codice diagnosi principale o secondaria valorizzato con un codice ICDIXCM compreso tra 140xx e 239xx. - Codice DRG: 299 'Difetti congeniti del metabolismo' oppure 395 'Anomalie dei globuli rossi, età >17'	09	Data Nascita
		124	Malattie Rare e Croniche
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		84	Diagnosi Principale Dimissione
L57	Congruenza fra Motivo Ricovero DH, Diagnosi Principale Dimissione e Codice Intervento Principale <u>Valido fino alla competenza 2017</u> Nel caso di Motivo Ricovero DH è: 5, 6: se Diagnosi Principale Dimissione è: V641, V643 - Codice Intervento Principale non deve essere valorizzato se Diagnosi Principale Dimissione è diversa : V641, V643 - Codice Intervento Principale deve essere valorizzato	68	Motivo Ricovero DH
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH Se Regime di ricovero è 2, 3 allora: - Giorni presenza = < (Data dimissione - Data ricovero) + 1 Se Numero Accessi DH è 1 allora: - Data dimissione = Data ricovero - Regime di ricovero=2 - Motivo Ricovero DH è 1,3, 4, 5 Oppure	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		68	Motivo Ricovero DH
		69	Numero Accessi DH
		75	Data Dimissione o morte

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Data dimissione = Data ricovero + 1 - Regime di ricovero=3 - Motivo Ricovero DH è 6		
L59	Congruenza fra DRG di cardiocirurgia e Struttura di ricovero Strutture private definitivamente accreditate abilitate a ricoveri di cardiocirurgia Se DRG è uno dei seguenti: 547 ' 548 ' 549 ' 550 allora la Struttura privata deve essere abilitata per la cardiocirurgia: 010628, 010611, 010643, 010666	01	Codhsp11
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari Le giornate di permesso non possono essere uguali o superiori alle giornate di degenza	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		53	Giorni Permesso RO
		75	Data Dimissione o morte
L72	Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza <u>Per strutture pubbliche:</u> - se Libera professione = 1 o 2, allora Onere degenza deve essere 5 o 6 e viceversa; - se Libera professione = 3, allora Onere degenza deve essere 4. <u>Per strutture private:</u> non sono ammessi ricoveri in Libera Professione	01	Codhsp11
		118	Libera Professione
		37	Onere Degenza
L73	Congruenza tra Struttura di ricovero e Onere di degenza <u>Per strutture private:</u> non sono ammessi gli oneri 5 e 6	01	Codhsp11
		37	Onere Degenza
L75	Congruenza tra Ricovero Ripetuto, Disciplina UO di Dimissione e Istituto di cura Se Ricovero Ripetuto = N allora la SDO deve provenire da un reparto di post-acuzie di una Struttura privata	01	Codhsp11
		119	Ricovero Ripetuto
		77	Disciplina UO di Dimissione
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati) Per <u>gli Istituti privati accreditati</u> , se il regime di ricovero è ordinario, se: - Disciplina UO di ammissione è di RRF di II livello (56 codice 1) - Provenienza assistito è: 05, 06, 08, C - Tipo ricovero ordinario è: 1 (programmato) allora <u>il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57</u> In ottemperanza alla D.G.R n. 12-5131 del 05.06.2017 in materia di ricoveri riabilitativi in disciplina 56 dai ricoverati	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		46	Disciplina UO di ammissione
		52	Tipo Ricovero Ordinario
		84	Diagnosi Principale Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>dal 15.06.2017 il controllo non è più attivo.</u>		
L77	Congruenza tra Struttura di ricovero e motivo del ricovero diurno Il codice 1 non è accettato per le Strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate. Il codice 3 è ammesso per le Strutture private solo se il reparto è 64. Il codice 4 è accettato per le Strutture private a partire dalla competenza 2025.	01	Codhsp11
		75	Data Dimissione o morte
		68	Motivo Ricovero DH
L78	Congruenza tra motivo del ricovero diurno (Day Surgery), DRG e codice procedura Se la Struttura è provvisoriamente/definitivamente accreditata (non Day Surgery tipo 'C') Allora : il DRG assegnato dal Grouper deve essere : - DRG di tipo chirurgico, oppure - Motivo Ricovero DH è:5,6 - DRG 124 / 125, oppure - DRG 323, con presenza della procedura 98.51 - altri DRG (di tipo non chirurgico) sono accettaibili solo se • Diagnosi Principale Dimissione è V64.1 o V64.3 oppure è presente una procedura dell'elenco: 31.43 ' 34.23 ' 34.24 ' 34.25 ' 48.31 ' 48.34 ' 56.91 ' 57.17 ' 58.31 ' 58.39	01	Codhsp11
		75	Data Dimissione o morte
		102.n	Codice Intervento Secondario
		68	Motivo Ricovero DH
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
L79	Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e diagnosi principale Se Regime Ricovero=1 (RO) , 3 (ODS) <u>partire dai dimessi dal 01.01.2018:</u> - il campo Traumatismi/intossicazioni deve essere compilato se: nei primi tre caratteri della Diagnosi Principale Dimissione, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995.89 In tutti gli altri casi, il campo Traumatismi/intossicazioni deve essere nullo. <u>Per le competenza 2016 e 2017 il controllo è limitato al regime di ricovero ordinario.</u>	36	Regime Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		88	Traumatismi o Intossicazioni
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente In presenza di un codice intervento deve essere presente la relativa data e viceversa	102.n	Codice Intervento Secondario
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		90	Codice Intervento Principale
		91	Data Inizio Intervento Principale

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico Se l'UO di dimissione è un reparto multispecialistico (disciplina 02, 04, 67, 97, 98), allora i campi 48 e 49 devono essere valorizzati. Nel caso di week-surgery (disc. 04) il controllo si sposta sulla UO di ricovero, perché l'UO di dimissione può essere diversa da 04. Viceversa, se l'UO di dimissione (o di ricovero, per il week-surgery) non è un reparto multispecialistico allora • i campi 48 e 49 devono essere nulli	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		46	Disciplina UO di ammissione
		48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		49	Attività svolta in Multispecialistico – Divisione Effettiva
		68	Motivo Ricovero DH
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza <u>Per Regime Ricovero: 1</u> se Disciplina UO di dimissione è di lungodegenza (60-0), U.S.V (60-1), o lungodegenza N.P. (60-4) - anche Disciplina UO di ammissione deve essere della disciplina 60 e avere lo stesso subcodice; - non sono ammessi eventuali trasferimenti, in U.O. di altre discipline, o con sub codice diverso. NB <u>solo per la competenza 2016</u> Per istituti privati accreditati, Istituti Classificati ed IRCCS - sono ammessi trasferimenti brevi in Pronto Soccorso (Matricola 'PRSOCC') di Istituti pubblici	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		77	Disciplina UO di dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione
L83	Congruenza tra Provenienza assistito e Numero scheda 118 Se Provenienza Assistito è: 22 allora Numero scheda 118 deve essere compilato e viceversa	122	Numero scheda 118
		41	Provenienza Assistito
L84	Congruenza tra Istituto di cura e Matricola di dimissione La Matricola di dimissione deve esistere nell'ambito dell'Istituto di cura (HSP11.Bis), alla data di dimissione	01	Codhsp11
		02	Codbis
		75	Data Dimissione o morte
		79	Matricola Dimissione
L85	Congruenza tra Data prenotazione e Data ricovero La data di prenotazione deve essere minore o uguale della data del ricovero; indipendentemente dal regime di ricovero	38	Data Prenotazione
		44	Data Ricovero
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC Il <u>TSO durante il ricovero in disciplina 40</u> deve essere compilato (S o N) se: - Struttura di ricovero è pubblica	01	Codhsp11
		75	Data Dimissione o morte
		121	TSO durante il ricovero in disciplina 40
		46	Disciplina UO di ammissione
		52	Tipo Ricovero Ordinario

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Disciplina UO di ammissione è: 40 - Tipo Ricovero Ordinario è <u>diverso da 3</u> (TSO).		
L87	Congruenza tra Provenienza assistito e Codhsp11 Provenienza Se Provenienza Assistito indica: - un trasferimento diretto (05, 06 o 07) oppure - un ricovero precedente in connessione (C) - un trasferimento per Emergenza COVID – 19 (E) - ricovero per Contratto Particolare - PC allora <u>Codhsp11 Provenienza deve essere valorizzato e viceversa.</u> Se provenienza assistito 08: allora <u>Codhsp11 Provenienza non deve essere compilato</u>	41	Provenienza Assistito
		42	Codhsp11 Provenienza
		43	Codbis Provenienza
L88	Congruenza tra Modalità di dimissione ed Codhsp11 Destinazione Per tutti gli istituti: se modalità dimissione è: - 06 (trasferimento ad altra struttura di ricovero, pubblica o privata., per acuti) - 08 (trasferimento ad istituto, pubblico o privato, di riabilitazione o postacuzie) - 13 (dimissioni presso Istituto di attività extra ospedaliera) allora il Codhsp11 Destinazione (e Codbis Destinazione qualora previsto) devono essere valorizzati e viceversa. Inoltre per gli istituti piemontesi: - se modalità di dimissione: 06, l'istituto deve avere un reparto di acuzie; - se modalità di dimissione: 08, l'istituto deve avere un reparto di postacuzie; - se modalità di dimissione: 13 l'istituto deve essere un Istituto di attività extra ospedaliera; Nel caso di dimissioni da reparti 73 (Terapia Intensiva Neonatale) si indica modalità di dimissione = 08, per trasferimenti ad istituti con reparti infantili di minor intensità: 31 Nido / 39 Pediatria.	74	Modalità Dimissione
		82	Codhsp11 Destinazione
		83	Codbis Destinazione
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Provenienza assistito Se Provenienza Assistito è: -02 Pronto Soccorso -22 Pervenuto da 118 Il ricovero è ammesso solo per le ASL, ASO, Gradenigo e COQ Non è ammesso per Strutture private. ECCEZIONE per i pazienti COVID: a partire dalla competenza 2020 ed unicamente per i	01	Codhsp11
		41	Provenienza Assistito

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	pazienti COVID (individuati tramite la codifica prevista) è ammesso il ricovero con provenienza assistito 02 – Pronto Soccorso e 22 – Pervenuto da 118 Tale eccezione NON è attiva a partire dai dimessi dal 01.02.2023.		
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e Data prenotazione ricovero Se regime di ricovero: 1(RO) e Tipo Ricovero Ordinario:1,4 allora - Data Prenotazione deve essere sempre compilato Se regime di ricovero: 2,3 allora - Data Prenotazione deve essere sempre compilato. Se regime di ricovero = Z il campo non deve essere compilato	36	Regime Ricovero
		38	Data Prenotazione
		52	Tipo Ricovero Ordinario
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione) Per ciascuna matricola di trasferimento e dimissione della SDO in ARPE, devono esistere Posti letto; tale verifica viene fatta alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento ad altra U.P. o dimissione). <u>La regola vuole che non si può “uscire” da una matricola UP chiusa dalla data di uscita.</u> Pertanto la verifica è: - se Regime Ricovero: 1 (RO) posti letto ordinari - se Regime Ricovero:2, 3 (DH e One Day Surgery)posti letto DH; Solo per le <u>Strutture private</u>: - se onere degenza: 1, 2: i letti devono essere accreditati e contrattati; - se onere degenza:4 i letti devono essere autorizzati e possono essere non accreditati o accreditati	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		37	Onere Degenza
		50	Matricola Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
		79	Matricola Dimissione
L92	Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo 'C' Se il DRG è di tipo medico (escluso DRG 323 con presenza della procedura 98.51) e il codice del motivo ricovero diurno uguale 5 allora il codice intervento principale deve essere compreso nell'elenco: 31.43 ' 34.23 ' 34.24 48.31 ' 48.34 ' 56.91 ' 57.17 ' 58.31 ' 58.39	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		68	Motivo Ricovero DH
L93	Congruenza tra Ist. Privato provv./defin. Accreditato e Provenienza Assistito Per Strutture private provv./definitivamente accreditate <u>non è ammesso</u> il codice provenienza 07 'trasferito da istituto privato non accreditato'	01	Codhsp11
		41	Provenienza Assistito

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
L94	Congruenza tra Strutture private non accreditate ed Onere degenza Se la <u>Struttura</u> è privata non accreditata Onere Degenza deve essere 4	01	Codhsp11
		37	Onere Degenza
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto Nel campo 'codice protesi' sono accettati i codici delle endoprotesi elencate della tabella “Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive / o sostitutive in Istituti / Reparti autorizzati” e sussistono le condizioni accessorie indicate nella stessa tabella: - nei campi codici intervento esiste uno dei codici elencati; - nei campi diagnosi esiste uno degli eventuali codici elencati; - il DRG della SDO è uno di quelli eventualmente richiesti; - nella Struttura di ricovero è presente un reparto con una delle discipline autorizzate. NB: in mancanza di accreditamento della struttura di ricovero, all'impianto della protesi, la SDO viene comunque accettata, ma l'importo della protesi non verrà riconosciuto	01	Codhsp11
		02	Codbis
		102.n	Codice Intervento Secondario
		114	Codice Protesi
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
L96	Congruenza tra Data prenotazione e Data nascita La data di prenotazione deve essere successiva alla data di nascita del paziente	09	Data Nascita
		38	Data Prenotazione
L97	Congruenza tra Data Prenotazione e Data di ricovero (massima differenza pari a 1460 giorni) La differenza tra la data di prenotazione e la data di ricovero deve essere meno di 1460 giorni	38	Data Prenotazione
		44	Data Ricovero
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice intervento Per le SDO di cardiocirurgia (discipline: 06, 07), in presenza degli interventi riportati in tabella “Tabella Interventi che richiedono la compilazione del punteggio EUROSCORE”: -il campo Euroscore deve essere compilato Viceversa, in assenza di tali codici intervento, o in assenza del reparto di cardiocirurgia il campo EuroSCORE non deve essere compilato.	56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		77	Disciplina UO dimissione
		102.n	Codice Intervento Secondario
		129	Euroscore
		90	Codice Intervento Principale
LA0	Congruenza tra Data prenotazione e Classe Priorità Se la data di prenotazione è compilata il campo codice classe di prenotazione deve essere compilato e viceversa	38	Data Prenotazione
		39	Classe Priorità
LA2	Congruenza tra Struttura provv./definitivamente accreditata ed Onere degenza Se la Struttura è privata provv./definitivamente accreditata l'onere degenza = 9 non è accettabile	01	Codhsp11
		37	Onere Degenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
LA3	Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero Se Regime Ricovero = 1 e Tipo Ricovero Ordinario non è valorizzato allora: la data di ricovero deve coincidere con la data di nascita.	09	Data Nascita
		36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		52	Tipo Ricovero Ordinario
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri In caso di paziente straniero, la procedura verifica che siano valorizzati - il codice dell'ente che ha emesso il documento di identificazione del paziente (TEAM / tesserino STP / tesserino ENI) , corrispondente al Tipo Identificativo Paziente indicato - il numero identificazione personale nel caso di paziente in possesso di TEAM (a partire dalla competenza 2019) - le rispettive date di validità (data scadenza e data rilascio) e viceversa. Nel caso di Tipo Identificativo Paziente = 0 /9 non si devono indicare i dati della TEAM	12	Tipo Identificativo Paziente
		29	Codice Istituto Emittente ENI
		33	Codice Istituto Emittente STP
		23	Codice Istituzione Competente TEAM
		27	Data Scadenza Tesserino ENI
		28	Data Rilascio Tesserino ENI
		31	Data Scadenza Tesserino STP
		32	Data Rilascio Tesserino STP
		22	Data Scadenza TEAM
		136	Numero Identificazione Personale TEAM
LA5	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale Se Tipo Identificativo Paziente = 3 (TEAM) devono essere valorizzati - Qualifica Beneficiario TEAM - Riferimento Normativo TEAM = '221A' - Attestato TEAM se Tipo Identificativo Paziente = 2 (ENI) deve essere valorizzati - Riferimento Normativo ENI = '221R' e viceversa	12	Tipo Identificativo Paziente
		30	Riferimento Normativo ENI
		24	Qualifica Beneficiario TEAM
		25	Riferimento Normativo TEAM
		26	Attestato TEAM
LA8	Congruenza tra DRG, Codici diagnosi, Interventi ed Onere degenza Se DRG 467 con - diagnosi V593 ed intervento 41.91, oppure - diagnosi V5902 ed intervento 99.79, allora onere degenza deve essere 9	102.n	Codice Intervento Secondario
		37	Onere Degenza
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
LA9	Congruenza tra Motivo Ricovero DH, Drg e Diagnosi Principale Dimissione La SDO viene scartata se: - Motivo Ricovero DH è: 5,6 - DRG è: 467 - Diagnosi Principale Dimissione:V642	68	Motivo Ricovero DH
		84	Diagnosi Principale Dimissione
LB1	Congruenza tra Istituto e Codice Istituto Erogante	01	Codhsp11
		35	Codice Istituto Erogante

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Il codice Azienda/ Codice Istituto Erogante (collegato alla partita IVA) deve essere quello associato al codice della Struttura di ricovero		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento Se Regime Ricovero diverso da 1, la lista dei trasferimenti deve essere vuota.	36	Regime Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		66.n	Matricola Trasferimento Esterno
LB3	Congruenza fra Matricola, HSP11, U.O., Regime Ricovero, Motivo del ricovero diurno ed Onere Degenza I codici Matricola di tutte le U.P. (di ammissione, trasferimento e dimissione), non nulli, devono: esistere nella Struttura (HSP11) ed essere associati - alle U.O. gerarchicamente corrispondenti (di ammissione, trasferimento e dimissione), - all'Attività della SDO e all'Onere degenza, secondo le seguenti regole: <u>Strutture pubbliche</u> 1.a ' RO / Osp.Domiciliare - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30110 o 30111 (attività Covid) o 30115; .b - DH - tutte le matricole devono essere associate ad una delle attività: 30120, 30125, 30130, 30135 2.a - per ricoveri in Libera Professione 'la matricola di dimissione deve essere associata ad una delle attività 30115, 30125 o 30135; <u>N.B.:</u> da un qualsiasi reparto si può trasferire in UP per Libera Professione, ma non viceversa. Tuttavia, dalla matricola per Libera Professione è ammesso il trasferimento in terapia intensiva (49, 50 o 73), con ritorno e dimissione dall'UP per Libera Professione; in deroga è possibile dimettere dalla terapia intensiva per decesso. 2.b - per altri Oneri degenza ' tutte le matricole devono essere associate ad una delle attività 30110, 30120 o 30130. <u>Strutture private</u> a. - RO - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30110, 30111 (attività Covid); b. -DH chirurgico - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30120; c. - DH medico - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30130 NB solo per la competenza 2016 Il codice matricola convenzionale 'PRSOCC', può essere inserito a fronte di <u>trasferimento breve</u> (max 2 giorni) in	01	Codhsp11
		02	Codbis
		36	Regime Ricovero
		37	Onere Degenza
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		49	Attività svolta in Multispecialistico – Divisione Effettiva
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
		68	Motivo Ricovero DH
		54.n	Data trasferimento interno
		77	Disciplina UO di Dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Pronto soccorso, all'interno (non ammissione/dimissione) di ricoveri di post-acuzie in Istituti privati accreditati, Istituti Classificati ed IRCCS		
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG Se Regime ricovero è 2 ed il DRG è 410 se: - Diagnosi Principale Dimissione è: V672, V58.11, V58.12 - Codice Intervento Principale o Codice Intervento Secondario è: 99.25, 99.28 allora Farmaco Oncologico deve essere valorizzato ad 'S' o 'N'; in tutti gli altri casi non deve essere valorizzato	102.n	Codice Intervento Secondario
		120	Farmaco Oncologico
		36	Regime Ricovero
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
LB6	Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week-surgery Solo le strutture abilitate possono fare ricoveri in week-surgery (disciplina 04); la verifica viene eseguita alla data di uscita dal reparto (dimissione o trasferimento ad altro reparto)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		46	Disciplina UO di ammissione
		54.n	Data Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto Il ricovero in week-surgery (disciplina 04) non può avvenire durante il week-end e deve terminare (dimissione o trasferimento ad altro reparto) entro il venerdì della stessa settimana in cui è iniziato	44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		54.n	Data Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
LB8	Incompatibilità tra week-surgery e trasferimenti da altri reparti Nel reparto di week-surgery (disciplina 04) è possibile fare ricoveri, ma non trasferimenti da altri reparti	56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
LB9	Congruenza fra UO e Provenienza assistito (010621) I letti delle UP con matricole 27480 e 27481, dei reparti 60.01 e 50.05 e 60.01 della Cdc 010621 Villa Serena sono riservati a pazienti della ASL TO3 o dimessi dall'Ospedale S.Luigi 010904	01	Codhsp11
		19	Asl Residenza
		42	Codhsp11 Provenienza
		79	Matricola Dimissione
LC0	Congruenza fra Regime di ricovero e Istituto di cura Se il Regime di ricovero è Z (Ospedalizzazione a domicilio), l'istituto di cura (HSP11.Bis) deve essere abilitato per tale Regime di ricovero	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
LC1	Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza Se il Regime di ricovero è Z ' Ospedalizzazione a domicilio, il paziente deve essere residente in Piemonte	20	Regione Residenza
		36	Regime Ricovero
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche Se il Regime di ricovero è Z (Ospedalizzazione a domicilio):	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		71	Giorni Ricovero in Istituto
		72	Numero Passaggi Personale non Medico

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Numero Passaggi Personale non Medico Oppure - Numero Visite Mediche deve essere valorizzato con valore diverso da 0. e Data dimissione – Data ricovero > Giorni ricovero in Istituto Cioè le giornate di degenza DEVONO essere superiori ai Giorni ricovero in Istituto. NB. Si ricorda che con <u>Giorni ricovero in Istituto</u> si intendono i giorni di interruzione dell'Ospedalizzazione a domicilio a seguito di ricovero in presidio. Per <u>gli altri Regimi di ricovero</u> (ricovero ordinario, day hospital, one day surgery) i campi: - Giorni Ricovero in Istituto - Numero Passaggi Personale non Medico - Numero Visite Mediche <u>non devono essere valorizzati</u>	73	Numero Visite Mediche
		75	Data Dimissione o morte
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza se il campo Modalità dimissione è valorizzato a 'B', - Matricola di dimissione deve corrispondere ad un reparto di U.S.V. - Data dimissione deve essere il 31/12 dell'anno precedente a quello di competenza della SDO. - la durata della degenza non deve essere inferiore a 120 giorni	44	Data Ricovero
		74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		79	Matricola Dimissione
LC4	Congruenza fra Codice identificativo paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione se il campo Provenienza Assistito è valorizzato a 'B', - la Matricola di ammissione deve corrispondere ad un reparto di U.S.V. - la Data Ricovero deve essere il 31/12 dell'anno precedente a quello di competenza della SDO. - deve esistere una SDO nella competenza precedente, per lo stesso paziente (Codice fiscale) e Modalità dimissione = 'B'	11	Codice Identificativo Paziente
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
LC5	Congruenza età del paziente Alla data di dimissione, l'età del paziente non può risultare superiore ai 120 anni	09	Data Nascita
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati Il Codice fiscale non esiste né nel database del servizio AURA né in quello del MEF. <u>A partire dalla competenza 2020</u> Gli identificativi pazienti ENI / STP rilasciati dalle ASL della	11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
		21	Comune Residenza
		98	CF Anestesista Intervento Principale
		99	CF Chirurgo A Intervento Principale
		100	CF Chirurgo B Intervento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Regione Piemonte saranno verificati rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale, pertanto il controllo evidenzierà la non esistenza dei codici identificativi inviati rispetto alla banca dati di riferimento.		Principale
		101	CF Chirurgo C Intervento Principale
		110.n	CF Anestesista Intervento Secondario
		111.n	CF Chirurgo A Intervento Secondario
		112.n	CF Chirurgo B Intervento Secondario
		113.n	CF Chirurgo C Intervento Secondario
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale Se Regime Ricovero=1 (RO) , 3 (ODS) <u>partire dai dimessi dal 01.01.2018:</u> - il campo Codice Causa esterna deve essere compilato se: nei primi tre caratteri della Diagnosi Principale Dimissione, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995.89 In tutti gli altri casi, il campo Codice Causa esterna deve essere nullo. <u>Per la competenza 2016 e 2017 il controllo è limitato al regime di ricovero ordinario</u>	36	Regime Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		89	Codice Causa esterna
LD0	Congruenza tra Provenienza Assistito e Disciplina UO di Dimissione RRF Se Provenienza Assistito = C, il reparto deve essere di RRF.	41	Provenienza Assistito
		77	Disciplina UO di Dimissione
LD1	Congruenza tra Regime di ricovero, Provenienza Assistito e Tipo Ricovero ordinario(nuovo nato) Se Provenienza Assistito = 01(Ricovero al momento della nascita) allora: - Regime di ricovero deve essere 1 (RO) - Tipo Ricovero ordinario deve essere vuoto E viceversa: se Regime è 1 (RO) e Tipo Ricovero ordinario è vuoto allora: - Provenienza Assistito = 01(Ricovero al momento della nascita)	36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		52	Tipo Ricovero Ordinario
LD2	Congruenza fra Data dimissione ed eventuale Data decesso su AURA Se il Codice Fiscale del paziente risulta certificato da AURA, la data di dimissione deve essere precedente, o uguale, alla data di decesso, eventualmente presente nel database di AURA	11	Codice Identificativo Paziente
		75	Data Dimissione o morte
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune Residenza e Tipo Identificativo Paziente, nel caso di paziente apolide /	12	Tipo Identificativo Paziente
		13	Cittadinanza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	anonimo Se Cittadinanza uguale a '999' (apolide/anomimo) allora: • Comune_Residenza deve essere = '999999' • Tipo Identificativo Paziente deve essere 'tutti 9' e viceversa	21	Comune Residenza
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI) nel caso di paziente straniero STP/ENI/TEAM se Comune_Residenza = 'STP+stato estero' - Tipo Identificativo paziente= 1 Se Comune_Residenza = 'ENI+stato estero' - Tipo Identificativo paziente= 2 se Comune_Residenza = 999 stato estero (UE, CH, SEE) - Tipo Identificativo paziente= 3 E Cittadinanza deve essere != '100' E viceversa	12	Tipo Identificativo Paziente
		13	Cittadinanza
		21	Comune Residenza
LD5	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero, apolide / ANONIMO, AIRE se Tipo Identificativo Paziente = 9 allora: - Cittadinanza = stato estero oppure - Cittadinanza = 999 (Apolide / Anonimo) oppure - Cittadinanza = 100 (AIRE – Italiani residenti all'estero)	12	Tipo Identificativo Paziente
		13	Cittadinanza
LD6	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO se Cognome = 'ANONIMO' e Nome = 'ANONIMO' - Tipo Identificativo Paziente = 9'	06	Cognome
		07	Nome
		12	Tipo Identificativo Paziente
LD7	Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG Se Uso Robot è valorizzato - codice intervento corrispondente deve essere valorizzato - DRG della SDO deve essere di tipo chirurgico	102.n	Codice Intervento Secondario
		109.n	Uso Robot Int. Sec.
		90	Codice Intervento Principale
		97	Uso Robot Int. Princ.
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione Se Tipo Identificativo Paziente = 1 (STP) deve essere - Data Rilascio Tesserino STP <Data_Dimissione <= Data Scadenza Tesserino STP se Tipo Identificativo Paziente = 2 (ENI) deve essere - Data Rilascio Tesserino ENI <Data_Dimissione <= Data Scadenza Tesserino ENI se Tipo Identificativo Paziente = 3 (TEAM) deve essere - Data_Dimissione <= Data Scadenza TEAM	12	Tipo Identificativo Paziente
		75	Data Dimissione o morte
		27	Data Scadenza Tesserino ENI
		28	Data Rilascio Tesserino ENI
		31	Data Scadenza Tesserino STP
		32	Data Rilascio Tesserino STP
		22	Data Scadenza TEAM

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato Se Tipo Identificativo Paziente = 1 deve essere - STP_Ente_Emittente deve essere il codice ASL contenuto nell'ID paziente. - Se Tipo Identificativo Paziente = 2 deve essere - ENI_Ente_Emittente deve essere il codice ASL contenuto nell'ID paziente.	11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
		29	Codice Istituto Emittente ENI
		33	Codice Istituto Emittente STP
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH Se Regime di ricovero è:2 la prima Data accesso in DH deve coincidere con Data ricovero e l'ultima con Data dimissione Tutte le altre date accessi in DH devono essere comprese tra queste e distinte tra loro	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		70.n	Data accesso DH
		75	Data Dimissione o morte
LE1	Coerenza fra Tipo Ricovero Ordinario e DRG di parto Se Tipo Ricovero Ordinario = 5 (ricovero non programmato, per parto) allora - DRG deve essere 370 - 375	52	Tipo Ricovero Ordinario
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore intervento Nessuna "Data + Ora" trasferimento può essere compresa tra "Data + Ora" inizio e "Data + Ora" fine di uno stesso intervento	54.n	Data Trasferimento Interno
		55.n	Ora Trasferimento Interno
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		63.n	Ora Trasferimento Esterno
		91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento Se Codice Intervento (principale, o secondario) è compreso nella lista di quelli da eseguire in sala operatoria allora - Ora inizio, Data e Ora fine devono essere valorizzati Riferimento tabella: "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati"	105.n	Data Fine Intervento Secondario
		106.n	Ora Fine Intervento Secondario
		90	Codice Intervento Principale
		91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno	103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
		105.n	Data Fine Intervento Secondario
		106.n	Ora Fine Intervento Secondario
		95	Flag Intervento Principale "in service"

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>Per qualsiasi intervento (principale, o secondario)</u> se flag Intervento esterno è:1 allora deve esistere un Trasferimento esterno, tale che Data – Ora Trasferimento < Data - Ora inizio intervento Data - Ora fine intervento < Data – Ora trasferimento di rientro.	91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		107.n	Flag Intervento Secondario “in service”
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
		105.n	Data Fine Intervento Secondario
		106.n	Ora Fine Intervento Secondario
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		63.n	Ora Trasferimento Esterno
LE6	Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria Se il Codice Intervento (principale, o secondario) è compreso nella lista di quelli che richiedono l’identificazione degli operatori: - flag Checklist sala operatoria deve essere valorizzato Riferimento tabella: “Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati”	90	Codice Intervento Principale
		96	Check list Sala Operatoria Int. Princ.
		102.n	Codice Intervento Secondario
		108.n	Check list Sala Operatoria Int. Sec.
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici Se il Codice Intervento (principale, o secondario) è compreso nella lista di quelli che richiedono l’identificazione degli operatori - deve essere valorizzato il CF del Chirurgo A - possono essere valorizzati i CF del Chirurgo B e C Riferimento tabella: “Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati”	90	Codice Intervento Principale
		99	CF Chirurgo A Intervento Principale
		100	CF Chirurgo B Intervento Principale
		101	CF Chirurgo C Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		111.n	CF Chirurgo A Intervento Secondario
		112.n	CF Chirurgo B Intervento Secondario
		113.n	CF Chirurgo C Intervento Secondario
LE8	Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente Se la Diagnosi principale / secondaria è: - compresa tra 140.0-190.9 oppure - compresa tra 193-199.1 allora - il campo Stadiazione condensata, corrispondente, deve essere valorizzato e viceversa NB il controllo rispetto alla diagnosi secondaria è previsto dalla competenza 2017	84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		125	Stadiazione Condensata
		132.n	Stadiazione Condensata Diagnosi Secondaria
LE9	Coerenza fra Diagnosi e Pressione arteriosa sistolica Se è presente un codice Diagnosi 410.xx, in qualsiasi posizione allora	84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		126	Pressione Arteriosa Sistolica

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Pressione arteriosa sistolica deve essere valorizzato		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica La Creatinina serica deve essere valorizzata se: - codice Intervento (princ. o sec.)36.1x oppure - codice Intervento (princ. o sec.) 35.1x – 35.2x oppure - Diagnosi 820.xx, (princ. o sec.) <u>NON vale per la post-acuzie e nel caso di paziente con età inferiore a 16 anni</u> oppure - Codice Intervento (princ. o sec.) 81.51, 81.52, 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55 <u>NON vale nel caso di paziente con età inferiore a 16 anni</u>	84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		77	Disciplina UO di Dimissione
		127	Creatinina Serica
LF1	Coerenza fra Interventi e Frazione eiezione La Frazione eiezione deve essere valorizzata se: - codice Intervento (princ. o sec.)36.1x oppure - codice Intervento (princ. o sec.) 35.1x – 35.2x	90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		128	Frazione Eiezione
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – lubilaeum Misericordiae” Se Codice Identificativo Paziente = ‘GIU + 13 n’ allora: - Comune Residenza: stato estero sono ESCLUSI = Ue, See , Convenzioni bilaterali (per Convenzioni si intende => 602 = Argentina, 701 = Australia, 605 = Brasile, 413 = Capo Verde, 229 = Principato di Monaco, 236 = San Marino, 460 = Tunisia, 246 = Città del Vaticano, 224 = Ex Jugoslavia (Kosovo, Montenegro, Serbia, Vojevodina, Bosnia-Erzegovina, Macedonia) - Data Ricovero compresa tra il 07.12.2015 ed il 20.11.2016 - Data Dimissione o morte a partire dal 07.12.2015 - Regime Ricovero: RO - Cohsp11/Codbis: solo Presidi ASR e 010892 Presidio ex art. 43 L. 833/78 - Tipo Ricovero Ordinario:Urgente – 2, nullo nel caso di neonato, 5 in caso di parto - Provenienza Assistito: 01, 02, 22 - Disciplina UO di dimissione: solo Acuzie (no 56, 60, 75, 28) - Onere Degenza: 1, 4	01	Codhsp11
		02	Codbis
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		11	Codice Identificativo Paziente
		21	Comune Residenza
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		77	Disciplina UO di Dimissione
		52	Tipo Ricovero Ordinario
		37	Onere Degenza
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione <u>A partire dalla competenza 2017</u>	01	Codhsp11
		02	Codbis

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Per le strutture di postacuzie pubbliche o private accreditate o equiparate se Numero scheda SDO postacuzie precedente è valorizzato allora: - Regime Ricovero: RO - Disciplina UO di ammissione: 56, 60, 28, 75	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		75	Data Dimissione o morte
		135	Numero Scheda SDO di postacuzie precedente
LF4	Coerenza tra onere di degenza e attività per le strutture private accreditate day surgery di tipo 'C' <u>A partire dalla competenza 2017</u> Per le strutture private accreditate day surgery di tipo 'C' il solo onere di degenza accettabile è il '4' – ricovero a totale carico del ricoverato	01	Codhsp11
		37	Onere Degenza
LF5	Coerenza tra cittadinanza e data di ricovero <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2018</u> La cittadinanza indicata deve essere attiva alla data di ricovero	13	Cittadinanza
		44	Data Ricovero
LF6	SDO con Intervento secondario in assenza di Intervento Principale <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2018</u> <u>Per tutte le SDO sia di acuzie che di postacuzie e sia per le strutture pubbliche che per quelle private</u> Le SDO con Intervento Secondario valorizzato ma senza alcuna indicazione di Intervento Principale non saranno accettate. E' necessario compilare il tracciato SDO partendo dall'Intervento Principale per poi procedere con l'inserimento degli altri interventi utilizzando gli Interventi Secondari	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
LF7	SDO sottoposta a Controlli di III livello inviata oltre la scadenza del periodo <u>A partire dalla competenza 2019</u> Le SDO sottoposte ai Controlli di III livello dovranno essere reinviata entro le date di scadenza previste per il periodo di monitoraggio. La SDO rinviata in data successiva alla scadenza non verrà acquisita dal sistema.	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
LF8	Coerenza tra ricovero/prestazione rispetto alla Banca Dati Centi ISI <u>A partire dalla competenza 2020</u>	11	Codice Identificativo Paziente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Per i soli identificativi pazienti ENI/STP rilasciati dalle ASL della Regione Piemonte il ricovero/la prestazione deve essere coerente rispetto al periodo di validità del tesserivo ISI presente sulla Banca Dati Centri ISI regionale.	75	Data Dimissione o morte
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico <u>A partire dalla competenza 2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria di IMA - 410.x0 aspecifico in presenza di modalità di dimissione diversa da: - 01 – deceduto - 06 – trasferimento ad altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti	74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con l'età del paziente al momento del ricovero. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa dell'Età del paziente"	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con il sesso del paziente. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa del Sesso del paziente"	08	Sesso
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Intervento principale e/o secondario incompatibile con il sesso del paziente. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Intervento con indicazione precisa del Sesso del paziente" N.B.: il controllo non viene eseguito in presenza di Diagnosi principale: 30285 - Disturbo dell'identità sessuale nell'adolescente o nell'adulto	08	Sesso
		75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag diagnosi presente al ricovero <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u>	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		85	Flag Diagnosi Principale presente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Flag diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con elenco di diagnosi presenti al ricovero. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi presenti al momento del ricovero"		al Ricovero
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		87.n	Flag Diagnosi Secondaria presente al Ricovero
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Lateralità della diagnosi principale e/o secondaria incoerente rispetto all'elenco che ne prevede la compilazione e viceversa Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con lateralità"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		130	Lateralità Diagnosi Principale
		131.n	Lateralità Diagnosi Secondaria
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Lateralità dell'intervento principale e/o secondario incoerente rispetto all'elenco che ne prevede la compilazione e viceversa Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Intervento con lateralità"	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		133	Lateralità Intervento Principale
		134.n	Lateralità Intervento Secondario
LG6	Appropriatezza di codifica della Diagnosi Principale nella SDO del Neonato <u>A partire dalla competenza 2020</u> Segnala la presenza di Diagnosi principale inappropriata per la SDO di Neonato nato in struttura: - Provenienza assistito= '01' Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Neonato"	41	Provenienza Assistito
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Nel caso di SDO di neonato in presenza di provenienza assistito = '01' le situazioni seguenti risultano essere anomale: - diagnosi (principale e/o secondaria) 765.09 – neonato gravemente immaturo con peso alla nascita superiore a 2500 gr oppure - presenza in diagnosi (principale e/o secondaria) di un codice aspecifico di basso peso (764.00, 764.10, 764.20, 764.90, 765.00, 765.10)	41	Provenienza Assistito
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		116	Peso alla Nascita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	oppure - diagnosi principale V30.xx – V39.xx con disciplina di dimissione diversa da 31 (nido)		
LG8	Appropriatezza di codifica delle diagnosi nella SDO materna <u>A partire dalla competenza 2020</u> Segnala la presenza di Diagnosi (principale e/o secondaria) inappropriata per la SDO materna Riferimento tabella: “Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Materna”	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LG9	Coerenza codifica Malattia Covid <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2021</u> Segnala la non coerenza della SDO derivante dalla presenza di Diagnosi (principale e secondaria): - codifiche Covid riferite al <u>virus identificato</u> (043.11, 043.21, 043.31, 480.41, 519.71, 518.91) unitamente a - codifiche Covid riferite al <u>virus non identificato</u> (043.12, 043.22, 043.32, 480.42, 519.72, 518.92)	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LH0	Coerenza codifica Paziente Covid <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2020</u> Segnala la non coerenza della SDO derivante dalla presenza di Diagnosi (principale e secondaria): - nuove codifiche Covid (043.11, 043.21, 043.31, 480.41, 519.71, 518.91, 043.12, 043.22, 043.32, 480.42, 519.72, 518.92, V01.85, V07.00, V12.04, V71.84) unitamente a - codifiche non consentite in presenza di quadri clinici causati da Covid (V07.08, 079.82, 079.89, 078.89, 480.3, 480.8, 484.8, 518.82, 460, 462, 463, 464.00, 464.01, 464.10, 464.11, 464.20, 464.21, 465.0, 465.8, 465.9, 466.0, 466.11, 466.19, 490, 511.1, 511.8, 511.9, 513.0, V01.82, V71.83, 519.8, V07.0, V01.79) ATTENZIONE per la competenza 2020 Il controllo si limita a bloccare in presenza delle seguenti codifiche: (079.82, 078.89, 480.3, 484.8, 518.82, 466.0, 490, 519.8, V01.82, V71.83, V07.0, V01.79)	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2021</u> Segnala la presenza di Diagnosi (principale e/o secondaria)	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	riferibili alle codifiche Covid indicate nelle Note Regionali 2020 (n.9244 del 17.03.2020 e n.10042 del 24.03.2020) in MUP con attività covid (30111) in pazienti dimessi a partire dal 01.01. . N.B.: Come da Nota Regionale n. 25925 del 16.07.2021, il controllo NON si applica al reparto di ammissione per garantire il transito dei “pazienti grigi” in attesa di esito del tampone.	50	Matricola Ricovero
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		79	Matricola Dimissione
LH2	Coerenza utilizzo nuove codifiche diagnosi (DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021)) A partire dalla competenza 2020 Segnala la non coerenza della SDO derivante dalla presenza di Diagnosi (principale e secondaria): - nuove codifiche Covid: 043.11, 043.21, 043.31, 480.41, 519.71, 518.91, 043.12, 043.22, 043.32, 480.42, 519.72, 518.92, V01.85, V07.00, V12.04, V71.84 - Codice V07.08 – Altre necessità di isolamento	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti A partire dalla competenza 2021 Segnala la non coerenza della compilazione della SDO in presenza di provenienza assistito PC: - Istituto non abilitato all'utilizzo della provenienza assistito PC - Ricovero non coerente rispetto alla data di attivazione del contratto - Ricovero di paziente Covid-19 non compatibile con la gestione riferita dal contratto - Istituto di provenienza mancante e/o non ammissibile	01	Codhsp11
		02	Codbis
		41	Provenienza Assistito
		42	Codhsp11 Provenienza
		43	Codbis Provenienza
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste d'Attesa A partire dai dimessi dal 18.06.2021 Segnala la non coerenza della compilazione della SDO in presenza dei codici di classe di priorità '1', '2', '3' istituiti per il recupero delle Liste d'Attesa: - Ricovero di paziente Covid-19 non compatibile con la gestione riferita dal contratto - Disciplina di dimissione non coerente (reparto di postacuzie) - Paziente non residente in Piemonte	01	Codhsp11
		02	Codbis
		20	Regione Residenza
		39	Classe Priorità
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)	36	Regime Ricovero

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	A partire dai dimessi dal 01.08.2023 Tale controllo sostituisce il controllo di III livello A4b disattivato dai dimessi dal 01.08.2023. Segnala la non coerenza della compilazione della SDO in DH con motivo di ricovero diurno = 3 ricovero diurno terapeutico nel caso in cui: - non siano presenti procedure oppure - siano presenti solo procedure diagnostiche (da 87.01 a 87.73, da 87.76 a 92.19, da 93.01 a 93.09, da 94.01 a 94.19, da 94.51 a 94.59, da 95.01 a 95.49) Sono escluse le SDO con modalità dimissione: 01 (deceduti), 05 (dimissioni volontarie), 06 – 07 – 08 (trasferimenti)	68	Motivo Ricovero DH
		74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento <u>Controllo NON ATTIVO</u> Segnala la mancanza compilazione dei campi Punteggio ASA e Tipo anestesia in presenza di interventi di sala operatoria e viceversa.	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		137	Classe ASA
		138	Tipo Anestesia
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche Segnala la presenza di un ricovero non coerente rispetto a quanto definito nella D.G.R. n. 14-8045 del 29 dicembre 2023. Per le strutture <u>010614, 010615, 010617, 010620</u> segnala le SDO con data ricovero a partire dal 01.04.2024. Per le strutture <u>010627, 010631, 010665</u> segnala le SDO con data ricovero a partire dal 01.04.2024 relative a residenti in Piemonte con onere degenza diverso da '4'.	01	Codhsp11
		02	Codbis
		20	Regione Residenza
		37	Onere Degenza
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
LRA	Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza di compilazione del campo Cardinalità diagnosi secondaria RRF: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campo non correttamente compilato per le SDO RRF E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		139.n	Cardinalità Diagnosi Secondaria RRF

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Il livello, di 75 e di 28		
LRB	Coerenza Provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza di compilazione del campo Provenienza paziente riabilitativo: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campo non correttamente compilato per le SDO RRF La compilazione prevede i valori - 1, 2, 3 in presenza di Provenienza assistito trasferimento ('05','06','07','08') - 4, 5, 6, 7, 8 in presenza di Provenienza assistito '10' e '20' E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28 in presenza dei valori indicati nel campo provenienza assistito	41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		140	Provenienza paziente riabilitativo
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza di compilazione del campo Provenienza paziente riabilitativo: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campo non correttamente compilato per le SDO RRF La compilazione prevede i valori - 1, 2, 3, 4 in presenza di Modalità dimissione '02' – a domicilio - 5,6 in presenza di Modalità dimissione '19' E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28 in presenza dei valori indicati nel campo modalità dimissione	44	Data Ricovero
		74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		141	Modalità dimissione riabilitazione
LRO	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Evidenzia le seguenti situazioni anomale: - Valorizzazione di NUOVI campi relativi alla SDO riabilitativa per anni di competenza antecedenti il	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		139.n	Cardinalità Diagnosi Secondaria RRF
		140	Provenienza paziente riabilitativo
		141	Modalità dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	2024 (anno di attivazione) - Valorizzazione di uno qualsiasi dei nuovi campi per una SDO di acuzie - Valorizzazione di uno qualsiasi dei nuovi campi per una SDO di lungodegenza - Valorizzazione di uno qualsiasi dei nuovi campi per una SDO di 56 Neuropsiatria		riabilitazione
		141	Modalità dimissione riabilitazione
		142	Scala RANKIN
		143	Barthel Index Ingresso
		144	Barthel Index Uscita
		145	Scala Barthel Dispnea Ingresso
		146	Scala Barthel Dispnea Uscita
		147	Test Cammino 6 Ingresso
		148	Test Cammino 6 Uscita
		149	Scala Glasgow Coma Ingresso
		150	Scala Glasgow Coma Uscita
		151	Scala Glasgow Coma Extended Ingresso
		152	Scala Glasgow Coma Extended Uscita
		153	Scala Level of cognitive functioning Ingresso
		154	Scala Level of cognitive functioning Uscita
		155	ASIA Ingresso
		156	ASIA Uscita
		157	SCIM Ingresso
		158	SCIM Uscita
		159	RCS Ingresso
		160	RCS Uscita
		161	Numero Cartella Provenienza
LR1	Coerenza scala RANKIN A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatria - Campo compilato per paziente con età minore di 18 E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		142	Scala RANKIN
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatria - Campi compilati per paziente con età minore di 18	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		143	Barthel Index Ingresso
		144	Barthel Index Uscita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 75 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 56 di I e II livello in presenza di MDC 04 e 05.	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		145	Scala Barthel Dispnea Ingresso
		146	Scala Barthel Dispnea Uscita
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6 A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 75 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 56 di I e II livello in presenza di MDC 04 e 05.	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		147	Test Cammino 6 Ingresso
		148	Test Cammino 6 Uscita
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 75	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		149	Scala Glasgow Coma Ingresso
		150	Scala Glasgow Coma Uscita
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni:	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		151	Scala Glasgow Coma Extended Ingresso

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 75	152	Scala Glasgow Coma Extended Uscita
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 75	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		153	Scala Level of cognitive functioning Ingresso
		154	Scala Level of cognitive functioning Uscita
LR8	Coerenza scala ASIA A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 75 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 28	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		155	ASIA Ingresso
		156	ASIA Uscita
LR9	Coerenza scala SCIM A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 75 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 28	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		157	SCIM Ingresso
		158	SCIM Uscita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
LRD	Coerenza scala RCS A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatria E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		159	RCS Ingresso
		160	RCS Uscita
LRE	Coerenza cartella di provenienza A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatria - Campo non correttamente compilato per le SDO RRF in presenza di Provenienza assistito trasferimento ('05','06','07','08','C') E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28 in presenza dei valori indicati nel campo provenienza assistito	41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		161	Numero Cartella Provenienza
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Utilizzo in DP delle diagnosi V57.xx per le SDO di acuzie - Utilizzo in DP delle diagnosi V57.xx per le SDO in 56 di I e II livello - Utilizzo in DP delle diagnosi V57.xx per le SDO in 28 e 75 - Utilizzo in DP delle diagnosi V57.xx per le SDO in 56 Neuropsichiatria <u>L'utilizzo delle V57.xx in DP è consentito solo per le sdo in disciplina 60.</u>	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		84	Diagnosi Principale Dimissione
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Utilizzo in DS delle diagnosi V57.xx per le SDO in 56 di	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	I e II livello - Utilizzo in DS delle diagnosi V57.xx per le SDO in 28 e 75 - Utilizzo in DS delle diagnosi V57.xx per le SDO in 56 Neuropsichiatria <u>L'utilizzo delle V57.xx in DS è consentito solo per le SDO di acuzie o per le SDO in disciplina 60.</u>		

5.1.4 LE SEGNALAZIONI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
S01	Segnalazione DRG forzato a 462 <u>Per le strutture pubbliche o equiparate se:</u> - Regime di ricovero = 1 RO - Disciplina U.O. di ammissione = 56 - Provenienza assistito non è: 05, 06, 07, 08, C, E <u>se DRG è diverso da 462</u> viene forzata l'attribuzione del DRG 462 e della MDC 23 e viene data segnalazione all'utente. <u>A partire dal 2017 la segnalazione non è prevista per le SDO di postacuzie in prosecuzione con il campo 135 valorizzato.</u> Si precisa inoltre che tutte le verifiche rispetto alla coerenza delle SDO di postacuzie in prosecuzione saranno pertanto effettuate solo a chiusura dell'anno contabile.	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		46	Disciplina UO di ammissione
S02	Segnalazione: DRG 469 o 470 Se DRG = 469 o 470 allora segnalazione all'utente		
S03	SDO elaborata nel periodo di EXTRA COMPETENZA (post chiusura anno contabile) <u>La cartella è in EXTRA COMPETENZA.</u> Viene inserita nell'archivio solo a fine epidemiologico. La valorizzazione viene eseguita, ma il risultato non entra nel calcolo della rendicontazione della competenza. Nb.: durante il periodo "in competenza": la segnalazione di "Fuori Tempo Massimo" è sostituita da "S15" e "S16"		
S04	SDO cancellata Segnalazione relativa le schede trasmesse con tipo movimento = 'C' ed effettivamente cancellate		
S05	SDO con valorizzazione a zero Segnalazione delle SDO valorizzate a zero a causa di motivi particolari (non sono segnalati gli oneri 4): - prelievo di midollo osseo (DRG 467); - elaborazione extra competenza; - discrepanza tra dati di accreditamento in Anagrafe delle Strutture e procedura di valorizzazione Tale segnalazione può presentarsi anche in presenza di SDO di acuzie RO di 0-1 gg o DH per le quali nel tariffario ufficiale, che scaturisce dalla DGR, corrispondano importi pari a zero o non previsti per DRG		

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
S10	Segnalazione: DRG forzato a 462 - Riabilitazione di II livello Per le strutture private se: - Disciplina U.O. di ammissione = 56 –codice 1 - Provenienza assistito non è: 05, 06, 07, 08, C, E <u>se DRG è diverso da 462</u> viene forzata l'attribuzione del DRG 462 e della MDC 23 e viene data segnalazione all'utente. <u>A partire dal 2017 la segnalazione non è prevista per le SDO di postacuzie in prosecuzione con il campo 135 valorizzato.</u> Si precisa inoltre che tutte le verifiche rispetto alla coerenza delle SDO di postacuzie in prosecuzione saranno pertanto effettuate solo a chiusura dell'anno contabile.	01	Codhsp11
		41	Provenienza Assistito
		46	Disciplina UO di ammissione
S11	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 365 giorni Se differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è superiore a 365 giorni	38	Data Prenotazione
		44	Data Ricovero
S12	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 90 giorni con Diagnosi principale tra 140 e 239 Se differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è superiore a 90 giorni e la diagnosi principale è compresa tra i codici diagnosi 140 e 209 e tra i codici 230 e 239 del manuale ICD9CM	38	Data Prenotazione
		44	Data Ricovero
		84	Diagnosi Principale Dimissione
S14	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA) ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA). Il confronto viene fatto al 31.12 dell'anno precedente all'anno di competenza della SDO. Per i nati nell'anno residenti in Piemonte e provvisti di Codice Fiscale il confronto viene fatto alla data di dimissione	19	Asl Residenza
		75	Data Dimissione o morte
S15	I° invio - Fuori Tempo Massimo SDO Non presente in archivio pervenuta dopo la data limite prevista, calcolata in base alla Data di dimissione. NB: per stabilire che la SDO è un I° invio, non basta il valore del campo Tipo movimento, se è 'S' bisogna verificare se la cartella è effettivamente presente	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
		75	Data Dimissione o morte
S16	Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo Richiesta di sostituzione/cancellazione di SDO già presente in archivio pervenuta dopo la data limite prevista, calcolata in base alla Data di dimissione. NB: per stabilire che la SDO è già presente non basta il valore del campo Tipo movimento, se è 'S' potrebbe essere un I° invio	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
		75	Data Dimissione o morte

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
S17	Validità “Codice identificativo paziente con Codice fiscale /Codici fiscali Medici” non verificata - Servizio SOGEI indisponibile Il Codice fiscale non è presente nella base dati regionale (AURA) e non è stato possibile eseguire la verifica col servizio SOGEI: la cartella viene accettata condizionatamente, la verifica con SOGEI verrà eseguita in futuro. Se il Codice fiscale risulterà non certificato, la SDO verrà annullata e segnalata alla struttura inviante, in modo che possa essere rinviata corretta. <u>Sono esclusi dalla verifica i codici:</u> 1. anonimi (tutti 9 / tutti 0) 2. i codici STP / ENI 3. la tessera TEAM 4. il First aid pass – Iubilaum Misericordiae (dal 07.12.2015 al 20.11.2016)	11	Codice Identificativo Paziente
		98	CF Anestesista Intervento Principale
		99	CF Chirurgo A Intervento Principale
		100	CF Chirurgo B Intervento Principale
		101	CF Chirurgo C Intervento Principale
		110.n	CF Anestesista Intervento Secondario
		111.n	CF Chirurgo A Intervento Secondario
		112.n	CF Chirurgo B Intervento Secondario
		113.n	CF Chirurgo C Intervento Secondario
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente Non è stato indicato l'istituto di provenienza, oppure, per il momento, non esiste in archivio una SDO con le caratteristiche richieste. Alla chiusura della competenza, se sussisteranno tali condizioni, la SDO verrà conteggiata tra le eccezioni ed eventualmente abbattuta a 0 , se supererà la quota massima prevista	11	Codice Identificativo Paziente
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		42	Codhsp11 Provenienza
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie Non è stato indicato l'istituto di provenienza, oppure, per il momento, non esiste in archivio una SDO con le caratteristiche richieste. Alla chiusura della competenza, se sussisteranno tali condizioni, la SDO verrà conteggiata tra le eccezioni ed eventualmente valorizzata a 0 , se supererà la quota massima prevista	11	Codice Identificativo Paziente
		41	Provenienza Assistito
		42	Codhsp11 Provenienza
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
S20	Accessi DH per RRF non valorizzabili Il numero di accessi in DH indicato (Numero Accessi DH) supera il massimo annuale riconoscibile, i giorni in eccesso non verranno valorizzati	36	Regime Ricovero
		69	Numero Accessi DH
		77	Disciplina UO di Dimissione
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente Alla data dell'intervento, l'istituto non risulta autorizzato all'impianto della protesi, o all'esecuzione della procedura ad alto costo: pertanto la SDO verrà valorizzata in base al	01	Codhsp11
		02	Codbis
		102.n	Codice Intervento Secondario
		114	Codice Protesi

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	DRG, senza l'applicazione di tariffe aggiuntive o sostitutive	90	Codice Intervento Principale
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista Se il Codice Intervento (principale, o secondario) è compreso nella lista di quelli che richiedono l'identificazione degli operatori - deve essere valorizzato il CF dell'Anestesista Riferimento tabella: "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati"	90	Codice Intervento Principale
		98	CF Anestesista Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		110.n	CF Anestesista Intervento Secondario
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente <u>A partire dalla competenza 2017</u> Al momento dell'elaborazione: - non è presente la SDO riferibile al numero di scheda indicato nel campo 135 - Numero Scheda SDO di postacuzie precedente oppure - la scheda indicata nel campo 135 - Numero Scheda SDO di postacuzie precedente esiste ma non è coerente rispetto alla SDO di prosecuzione (stesso soggetto, stessa UO di ammissione, stesso regime di ricovero, pernottamento in PS/DEA di un giorno al massimo)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		11	Codice Identificativo Paziente
		36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
S24	SDO con Intervento secondario in assenza di Intervento Principale <u>Segnalazione valida solo per la competenza 2017 dal 2018 sarà sostituita dal controllo logico LF6</u> <u>Per tutte le SDO sia di acuzie che di postacuzie e sia per le strutture pubbliche che per quelle private</u> Le SDO con Intervento Secondario valorizzato ma senza alcuna indicazione di Intervento Principale saranno accettate per la competenza 2017 ma a partire dalla competenza 2018 non saranno acquisite. Dalla competenza 2018, infatti è necessario compilare il tracciato SDO partendo dall'Intervento Principale per poi procedere con l'inserimento degli altri interventi utilizzando gli Interventi Secondari	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con l'età del paziente al momento del ricovero. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa dell'Età del paziente"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con il sesso del paziente. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa del Sesso del paziente"	08	Sesso
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Intervento principale e/o secondario incompatibile con il sesso del paziente. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Intervento con indicazione precisa del Sesso del paziente"	08	Sesso
		75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag diagnosi presente al ricovero <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Flag diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con elenco di diagnosi presenti al ricovero. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi presenti al momento del ricovero"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		85	Flag Diagnosi Principale presente al Ricovero
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		87.n	Flag Diagnosi Secondaria presente al Ricovero
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Lateralità della diagnosi principale e/o secondaria incoerente rispetto all'elenco che ne prevede la compilazione e viceversa Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con lateralità"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		130	Lateralità Diagnosi Principale
		131.n	Lateralità Diagnosi Secondaria
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità	75	Data Dimissione o morte

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Lateralità dell'intervento principale e/o secondario incoerente rispetto all'elenco che ne prevede la compilazione e viceversa Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Intervento con lateralità"	90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		133	Lateralità Intervento Principale
		134.n	Lateralità Intervento Secondario
S31	Correttezza di codifica di Malattia infettiva di classe prima <u>A partire dalla competenza 2020</u> Segnala la presenza di Diagnosi (principale e/o secondaria) di codice riferiti a malattie infettive di classe prima Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi di Malattie infettive di Classe prima"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
S32	Coerenza dati SDO del Neonato <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Nel caso di SDO di neonato in presenza di provenienza assistito = '01' le situazioni seguenti risultano essere anomale: - diagnosi (principale e/o secondaria) 765.09 – neonato gravemente immaturo con peso alla nascita superiore a 2500 gr oppure - presenza in diagnosi (principale e/o secondaria) di un codice aspecifico di basso peso (764.00, 764.10, 764.20, 764.90, 765.00, 765.10) oppure - diagnosi principale V30.xx – V39.xx con disciplina di dimissione diversa da 31 (nido)	41	Provenienza Assistito
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		116	Peso alla Nascita
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA <u>A partire dalla competenza 2020</u> In presenza delle seguenti casistiche di ricovero: - regime di ricovero: RO - tipo di ricovero ordinario: 1, 4 - onere di degenza diverso da: 4, 5, 6 ed in presenza di una delle seguenti casistiche: - tumore alla mammella oppure - tumore alla prostata oppure - tumore al colon-retto	36	Regime Ricovero
		37	Onere Degenza
		38	Data Prenotazione
		39	Classe Priorità
		44	Data Ricovero
		52	Tipo Ricovero Ordinario
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	oppure - tumore all'utero oppure - tumore al polmone Le anomalie sono riferibili a: - classe di priorità diversa da 'A' o '1' oppure - differenza tra data di ricovero e data di prenotazione superiore a 30 giorni	86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
S34	Coerenza fra Intervento Principale e Interventi Secondari rispetto all'effettiva rilevanza nel ricovero (rif. Grouper) <u>A partire dalla competenza 2020</u> La segnalazione rileva un'incongruenza di compilazione della SDO: - intervento principale di tipo procedurale in presenza di un intervento secondario di tipo chirurgico o di maggior rilevanza per il ricovero	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata <u>A partire dalla competenza 2020</u> La segnalazione rileva una possibile incoerenza tra il codice di intervento di classe 4 AHRQ e la sua durata.	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello <u>A partire dalla competenza 2020</u> Solo per i reparti RRF 56 di I e II livello La segnalazione evidenzia l'utilizzo di una diagnosi principale riferibile ad una condizione di acuzie	41	Provenienza Assistito
		77	Disciplina UO di dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
S37	Ricovero di paziente Covid con codifica Virus non identificato <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2021</u> La segnalazione intercetta l'utilizzo nella SDO della codifica del paziente Covid con codifica <u>virus non identificato</u> . I codici diagnosi sono: 043.12, 043.22, 043.32, 480.42, 519.72, 518.92	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
S38	Ricovero con classe priorità particolare e DRG medico <u>A partire dai dimessi dal 18.06.2021</u>	39	Classe Priorità

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	La segnalazione intercetta le SDO con classe priorità '1', '2', '3' (come riferite dalla Nota Regionale n.25925 del 16.07.2021, DGR 22-3690 del 06.08.2021, Nota Regionale n.33547 del 24.09.2021, Nota Regionale n.1137 del 13.01.2022) e con DRG medico	75	Data Dimissione o morte
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto Segnala la presenza di un ricovero non coerente rispetto a quanto definito nella D.G.R. n. 14-8045 del 29 dicembre 2023. Per le strutture <u>010614, 010615, 010617, 010620</u> segnala le SDO con dimissione successiva al 30.06.2024. Per le strutture <u>010627, 010631, 010665</u> segnala le SDO con con dimissione successiva al 30.06.2024 relative a residenti in Piemonte.	01	Codhsp11
		02	Codbis
		20	Regione Residenza
		75	Data Dimissione o morte

6. APPENDICE – TABELLE DI RIFERIMENTO

Il presente capitolo elenca tutte le tabelle utilizzate dal sistema centrale per le varie elaborazioni.

Al fine di semplificarne la fruizione, sono state prodotte in formato Excel, numerate e raccolte nel documento "Verdone 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, STS11, RIA11 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.

6.1 Combinazioni di valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica

La tabella è presente in "Verdone Tabelle Allegati", che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato "TAB 07".

CITTADINI ITALIANI

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
1	Residenti in Italia	a	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	1,2,4,5,6	100	NO	SI	1,2,5,6 – A Carico SSN 4 – A carico utente
2	AIRE residenti all'estero in paesi convenzionati,	a	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato (*)	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	9	100	SI	NO	A carico SSN

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
	paesi UE o in paesi senza convenzione	b	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	4	100	NO	NO	A carico dell'utente
		c	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato (**)	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	C	100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute

(*) Il **caso 2.a** si applica ai cittadini italiani residenti all'estero, titolari di pensione corrisposta da Enti previdenziali italiani o di coloro che abbiano lo status di emigrato. (Ministero Sanità 1000.V-19/833/630 dell'11.11.96).

(**) Il **caso 2.c** si applica ai cittadini italiani residenti all'estero temporaneamente presenti in Italia (ai sensi delle Circolari Ministeriali 1000/III/20268 del 20.06.1996, DPS/IX/2616 del 21.05.1999 e DG RUERI/9577/I.3.b del 02.12.2004).

CITTADINI STRANIERI

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
1	Cittadini stranieri con iscrizione obbligatoria o facoltativa	a	Effettivo	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	1,2,5,6,9	Presente in tabella eccetto 100	NO	SI	A carico SSN
2	Residenti in Italia che non hanno fatto l'iscrizione facoltativa	a	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	A	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
3	Non residenti in Italia (frontalieri, naviganti, aereotrasportati ...)	a	Effettivo	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Tutti 9	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		c	Effettivo o tutti 9	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	4,9	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	4 – A carico dell'utente 9 – A carico SSN
4	Non residenti in Italia (paesi in convenzione) senza iscrizione SSN (temporaneo soggiorno)	a	Tutti 9 o TEAM	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Tutti 9 o TEAM	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
		c	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
5	Residenti in paesi UE / SEE che non	a	Codice ENI (***)	ENI+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	8	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
	possono fare l'iscrizione facoltativa	b	Codice ENI (***)	ENI+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
6	Non residenti in Italia (paesi senza convenzione) senza iscrizione SSN (temporaneo soggiorno)	a	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
7	Illegalmente presenti (STP) (non valido per residenti in paesi UE / SSE / Svizzera)	a	Codice STP (***)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Codice STP (***)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
8	Neonati con genitori stranieri non residenti e non iscritti SSN	a	Tutti 0	della madre	della madre	della madre	della madre	Quella del padre o della madre	NO	NO	Stessa della madre
9	Neonati con genitori, di cui uno italiano, non residenti e non iscritti SSN	a	Tutti 0	della madre	della madre	della madre	della madre	Quella del padre o della madre	NO	NO	Stesso della madre
10	Neonati stranieri non riconosciuti	a	Tutti 0	comune della struttura ospitante	Regione della struttura ospitante	Asl della struttura ospitante	1	Italiana	NO	SI	A carico SSN
11	Apolide	a	Tutti 9	999999	999	999	1,2,5,6,9	999	NO	NO	A carico SSN
		b	Tutti 9	999999	999	999	4	999	NO	NO	A carico

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
											dell'utente
12	Naviganti operanti presso compagnie italiane (residenti e non)	a	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	1	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico del SSN
		b	Tutti 9	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	4,7,9	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	4 – A carico dell'utente 7 – Fatturazione al Ministero della Salute 9 – A carico SSN

(***) Il codice identificativo (STP/ENI) è costituito da sedici caratteri: tre per la sigla “STP” / “ENI”, tre per il codice ISTAT relativo alla Regione (010), tre per il codice ISTAT dell'azienda Sanitaria pubblica erogante le prestazioni e sette caratteri come numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

In presenza del codice "ISI", dovranno essere inserite:

“STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche” / “ENI + 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche”.

Le prestazioni effettuate a cittadini italiani residenti all'estero ovvero a cittadini stranieri, sono erogabili dalle strutture pubbliche ed equiparate e dalle strutture private definitivamente accreditate.

Legenda codici "Onere degenza"

"1" = ricovero a totale carico SSN

"2" = ricovero a prevalente carico SSN. La differenza alberghiera è a carico del ricoverato

"4" = ricovero a totale carico del ricoverato

"5" = ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (Libera professione)

"6" = ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (Libera professione + differenza alberghiera)

"7" = ricovero a carico del SSN di stranieri di Paesi convenzionati con il SSN

"8" = ricovero a carico del SSN di stranieri regolari / irregolari con dichiarazione di indigenza.

"9" = altro

"A" = Prestazioni necessarie e urgenti - L.96 del 21/06/17 a carico MdS (ex fatturazione Prefettura)

"C" = AIRE

6.2 Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici del SSR, Presidi ex. art. 41 e 43 L.833/1978 e IRCCS ex. art. 42 L.833/1978

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegate”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 01”.

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
301	010007	00	1	OSPEDALE MARTINI	TORINO
301	010010	00	1	OSPEDALE OFTALMICO	TORINO
301	010012	00	1	OSPEDALE EVANGELICO VALDESE	TORINO
301	010003	00	1	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO
301	010011	00	1	TORINO NORD EMERGENZA S. GIOVANNI BOSCO	TORINO
301	010013	00	1	OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA	TORINO
203	010030	00	1	OSPEDALI RIUNITI PINEROLO	PINEROLO
203	010030	01	1	OSPEDALE CIVILE “E.AGNELLI”	PINEROLO
203	010030	03	1	OSPEDALE DI POMARETTO	POMARETTO
203	010079	00	1	OSPEDALI RIUNITI RIVOLI	COLLEGNO
203	010079	01	1	OSPEDALE DEGLI INFERMI	RIVOLI
203	010079	04	1	OSPEDALE CIVILE DI SUSÀ	SUSÀ
203	010079	05	1	OSPEDALE DI VENARIA	VENARIA REALE
204	010017	00	1	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	CHIVASSO
204	010019	00	1	PRESIDI OSPED. RIUNITI A.S.L. 6 CIRIE'	CIRIE'
204	010019	01	1	PRESIDIO OSPED.RIUNITO SEDE DI CIRIE'	CIRIE'
204	010019	03	1	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	LANZO TORINESE
204	010023	00	1	OSPEDALI RIUNITI DEL CANAVESE	IVREA
204	010023	01	1	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	IVREA
204	010023	02	1	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	CUORGNE'
204	010023	04	2	S.A.A.P.A. S.P.A. OSPEDALE DI SETTIMO	SETTIMO TORINESE
205	010004	00	1	OSPEDALI RIUNITI A.S.L. 8	CHIERI
205	010004	01	1	OSPEDALE MAGGIORE	CHIERI
205	010004	02	1	OSPEDALE SANTA CROCE	MONCALIERI
205	010004	03	1	OSPEDALE S. LORENZO	CARMAGNOLA
205	010004	04	1	DAY SURGERY DEL DISTRETTO DI NICHELINO	NICHELINO
206	010009	00	1	OSPEDALE UNICO DEL VERCELLESE	VERCELLI
206	010009	01	1	OSPEDALE S. ANDREA	VERCELLI

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11- bis)			
206	010009	02	1	OSPEDALE SS.PIETRO PAOLO	BORGOSIESIA
207	010032	00	1	OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA	BIELLA
208	010006	00	1	ISTITUTO S.S.TRINITA' - BORGOMANERO	BORGOMANERO
209	010005	00	1	OSPEDALE UNICO PLURISEDE	OMEGNA
209	010005	01	1	OSPEDALE S. BIAGIO	DOMODOSSOLA
209	010005	02	1	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	VERBANIA
210	010124	00	1	PRESIDIO UNIFICATO MONDOVI'-CEVA CN1	MONDOVI'
210	010124	01	1	OSPEDALE DI MONDOVI', CN1	MONDOVI'
210	010124	02	1	NUOVO OSPEDALE DI CEVA CN1	CEVA
210	010126	00	1	PRESIDIO UNIFICATO SAVIGLIANO-SALUZZO CN1	SAVIGLIANO
210	010126	01	1	OSPEDALE MAGGIORE SS.ANNUNZIATA SAVIGLIANO CN1	SAVIGLIANO
210	010126	02	1	OSPEDALE CIVILE DI SALUZZO CN1	SALUZZO
210	010126	04	1	OSPEDALE MAGGIORE SS.TRINITA' FOSSANO CN1	FOSSANO
211	010038	00	1	OSPEDALE MICHELE FERRERO E PIETRO FERRERO - INDUSTRIALI	VERDUNO
212	010008	00	1	PRESIDIO OSPEDALIERO CARDINAL MASSAIA	ASTI
213	010026	00	1	OSPEDALI RIUNITI ASL AL	CASALE MONFERRATO
213	010026	01	1	OSPEDALE S. SPIRITO CASALE	CASALE MONFERRATO
213	010026	03	1	OSPEDALE SS ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	TORTONA
213	010026	04	1	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	NOVI LIGURE
213	010026	05	1	OSPEDALE CIVILE ACQUI	ACQUI TERME
213	010026	06	1	OSPEDALE CIVILE OVADA	OVADA
904	010904	00	0	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "S.LUIGI"	ORBASSANO
905	010905	00	0	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA NOVARA E GALLIATE'	NOVARA
905	010905	01	0	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	NOVARA
905	010905	02	0	OSPEDALE S. ROCCO GALLIATE	GALLIATE
906	010906	00	0	AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE	CUNEO
907	010907	00	0	AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO	ALESSANDRIA
907	010907	01	0	OSPEDALE CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO	ALESSANDRIA
907	010907	02	0	OSPEDALE INFANTILE CESARE ARRIGO	ALESSANDRIA
907	010907	03	0	CENTRO RIABILITATIVO POLIFUNZIONALE T.BORSALINO	ALESSANDRIA
908	010908	00	0	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I – TORINO	TORINO

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11- bis)			
909	010909	00	0	AZIENDA OSPEDALIERA CITTA' DELLA SALUTE E DELLA S.CIENZA DI TORINO	TORINO
909	010909	01	0	OSPEDALE S. GIOVANNI BATTISTA - MOLINETTE	TORINO
909	010909	04	0	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	TORINO
909	010909	06	0	OSPEDALE OSTETR. GINECOLOG. SANT'ANNA	TORINO
909	010909	07	0	OSPEDALE INFANT. REGINA MARGHERITA	TORINO
920	010920	00	3	CENTRO AUXOLOGICO ITALIANO	OGGEBBIO
921	010921	00	3	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	VERUNO
921	010898	00	8	PRESIDIO MAJOR	TORINO
922	010922	00	3	IRCCS - ISTITUTO PER LA RICERCA E LA CURA DEL CANCRO - CANDIOLO	CANDIOLO
990	010999	00	8	AUSILIATRICE DON GNOCCHI	TORINO
991	010891	00	8	BEATA VERGINE CONSOLATA	SAN MAURIZIO CANAVESE
992	010892	00	8	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	TORINO
993	010893	00	8	PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO	TORINO
996	010896	00	8	PRESIDIO CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE - COQ SPA	OMEGNA
997	010897	00	8	PRESIDIO SANITARIO OSPEDALE COTTOLENGO	TORINO

6.3 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati

6.3.1 TABELLA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 02”.

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
612	301	010612	00	5	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	TORINO
655	301	010655	00	5	D.T.R. CELLINI	TORINO
611	301	010611	00	5	CASA DI CURA VILLA MARIA PIA	TORINO
621	203	010621	00	5	STRUTTURA PRIVATA CASA DI CURA VILLA SERENA SPA	PIOSSASCO
623	203	010623	00	5	CASA DI CURA VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	PIANEZZA
646	203	010646	00	5	CASA DI CURA VILLA IRIS	PIANEZZA
651	203	010651	00	5	CASA DI CURA MADONNA DEI BOSCHI	BUTTIGLIERA ALTA
626	204	010616	00	5	POLICLINICO DI MONZA CASA DI C.P. PRE. EPOREDIESE	IVREA
622	204	010622	00	5	CASA DI CURA VILLA IDA - Santa Croce S.r.l.	LANZO TORINESE
644	204	010644	00	5	CASA DI CURA VILLA GRAZIA	S.CARLO CANAVESE
618	205	010618	00	5	CASA DI CURA E DI RIPOSO SAN LUCA S.P.A.	PECETTO
648	205	010648	00	5	CASA DI CURA VILLA ADRIANA	ARIGNANO
626	206	010626	00	5	POLICLINICO DI MONZA CASA DI C.P. PRESIDIO S. RITA	VERCELLI
657	206	010657	00	5	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE	MONCRIVELLO
627	207	010627	00	5	CASA DI CURA SAN GIORGIO	VIVERONE
626	207	010656	00	5	POLICLINICO DI MONZA PRESIDIO CLINICA LA VIALARDA	BIELLA
626	208	010628	00	5	CASA DI CURA S. GAUDENZIO	NOVARA
630	208	010630	00	5	CASA DI CURA SAN CARLO ARONA	ARONA
868	208	010649	00	5	CASA DI CURA HABILITA S.P.A. - I CEDRI	FARA NOVARESE
665	208	010665	00	5	CASA DI CURA VILLA CRISTINA	NEBBIUNO
629	209	010629	00	5	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	CAMBIASCA
868	210	010633	00	5	CASA DI CURA HABILITA S.P.A. - ROBILANTE	ROBILANTE
647	210	010647	00	5	CASA DI CURA STELLA DEL MATTINO	BOVES
631	211	010631	00	5	SAN MICHELE	BRA
632	211	010632	00	5	CITTA' DI BRA	BRA
635	211	010635	00	5	LA RESIDENZA	RODELLO D'ALBA
639	212	010639	00	5	CASA DI CURA S. ANNA SPA	ASTI
868	213	010641	00	5	CASA DI CURA HABILITA S.P.A. - VILLA IGEA	ACQUI TERME
642	213	010642	00	5	CASA DI CURA S. ANNA	CASALE MONFERRATO
626	213	010666	00	5	POLICLINICO DI MONZA	ALESSANDRIA

6.3.2 TABELLA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DI DAY SURGERY DI TIPO "C"

La tabella è presente in "Verdone Tabelle Allegati", che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato "TAB 03".

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
		Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
705	301	010653	00	9	PROMEA S.R.L.	TORINO
661	205	010661	00	9	LISA S.R.L. AMB. POLISPECIALISTICO E DAY SURGERY	CARMAGNOLA
708	301	010668	00	9	LARC SPA DAY SURGERY TIPO C	TORINO

6.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati non accreditati

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 04”.

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
		Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
626	301	010601	00	5	CLINICA PINNA PINTOR	TORINO
603	301	010603	00	5	CLINICA SANTA CATERINA DA SIENA S.R.L	TORINO
604	301	010604	00	5	CASA DI CURA SEDES SAPIENTIAE	TORINO
610	301	010610	00	5	CASA DI CURA FORNACA DISESSANT	TORINO
662	301	010662	00	9	MOD CENTRO MEDICO CHIRURGICO	TORINO
664	301	010664	00	9	LARC 2 S.R.L.	TORINO
663	203	010663	00	9	MEDICAL SERVICE S.A.S	PINEROLO
865	204	010667	00	9	STUDIO MEDICO AURORA	BANCHETTE
660	208	010660	00	9	CENTRO MEDICO SAN LUIGI VIA PIAVE	BORGOMANERO
659	210	010659	00	9	CASA DI CURA PRIVATA TERAPEUTICENTER	CARAMAGNA PIEMONTE
886	210	010670	00	9	BIOMED SRL	FOSSANO
892	210	010671	00	9	CENTRO ABAX	CUNEO

Legenda Tipo Attività

0	AZIENDA OSPEDALIERA / AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
1	OSPEDALE A GESTIONE DIRETTA
2	SPERIMENTAZIONI GESTIONALI (ART.9bis D.L. 502/92)
3	ISTITUTO A CARATTERE SCIENTIFICO
4	OSPEDALE CLASSIFICATO AI SENSI DELLA LEGGE 132/1968
5	CASA DI CURA PRIVATA
8	ISTITUTO QUALIFICATO PRESIDIO DELLA USSL
9	STRUTTURA DI DAY SURGERY TIPO “C”

Per i successivi aggiornamenti, si farà riferimento a quanto previsto in ARPE.

6.5 Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS)

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 05”.

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto (Codice STS11 / RIA11)	Tipo Attività	Denominazione	Comune
	301	070587	26	HOSPICE PRESIDIO VALLETTA	TORINO
	301	570238	28	CASA DI RIPOSO SAN GIACOMO	TORINO
	301	570293	26	HOSPICE ONCOLOGICO F.A.R.O. ONLUS	TORINO
	203	570086	28	ASSOCIAZIONE SAN GIUSEPPE	TORRE PELLICE
	203	060182	26	HOSPICE SAN LUIGI	ORBASSANO
	204	070447	26	HOSPICE LANZO	LANZO TORINESE
	204	070716	26	HOSPICE FOGLIZZO	FOGLIZZO
	204	070544	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE) PRESSO VILLA SCLOPIS	SALERANO D'IVREA
	205	671555	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE COTTOLENGO	CHIERI
	205	671551	26	HOSPICE FARO ALFREDO CORNAGLIA	CARIGNANO
	205	070762	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE HOSPICE - IRCCS	CANDIOLO
	205	670125	28	RESIDENZA ANNI AZZURRI - SANTENA	SANTENA
	206	070558	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE - GATTINARA	GATTINARA
	206	671022	28	RESIDENZA VIGO POTENS MONCRIVELLO	MONCRIVELLO
	207	010029	27	CENTRO DI RIABILITAZIONE GIOVANNI XXIII	LESSONA
	207	671149	28	POLICLINICO DI MONZA S.P.A. PRESIDIO CLINICA LA VIALARDA - NSV	BIELLA
	207	671150	26	LILT SEZIONE PROVINCIALE DI BIELLA - ONLUS	BIELLA
	207	010031	27	ISTITUTO DOMUS LAETITIAE	SAGLIANO MICCA
	208	570234	28	CASA DI CURA I CEDRI S.P.A.	FARA NOVARESE
	208	070740	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE HOSPICE	ARONA
	208	070545	26	HOSPICE SAN ROCCO GALLIATE	GALLIATE
	209	010117	27	ISTITUTO SACRA FAMIGLIA	VERBANIA
	209	070563	26	HOSPICE SAN ROCCO	VERBANIA
	209	010200	27	ASS. CENTRI V.C.O. GRAVELLONA	GRAVELLONA TOCE
	209	010201	27	ASS. CENTRI V.C.O. DOMODOSSOLA	DOMODOSSOLA
	210	070155	26	HOSPICE BUSCA	BUSCA
	210	060072	26	CENTRO ONCOLOGICO DIURNO BUSCA	BUSCA
	211	070735	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE	BRA
	211	010151	27	CENTRO DI RIABILITAZIONE G. FERRERO	ALBA
	212	070736	26	HOSPICE ONCOLOGICO	NIZZA MONFERRATO
	213	010211	27	CENTRO PAOLO VI ONLUS	CASALNOCETO
	213	070553	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE IL GELSO	ALESSANDRIA
	213	070598	26	HOSPICE MONS. ZACCHEO	CASALE MONFERRATO

Legenda Tipo Attività

26	Assistenza malati terminali/Hospice
27	Riabilitazione extraospedaliera ex art.26
28	Assistenza soggetti in stato vegetativo permanente

6.6 Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 06”.

Codice	Istituto	Ubicazione
010009-02	OSPEDALE SS. PIETRO PAOLO	Borgosesia
010032-00	OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA	Biella
010079-01	OSPEDALE DEGLI INFERMI	Rivoli
010079-04	OSPEDALE CIVILE DI SUSA	Susa
010030-01	OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	Pinerolo
010896-00	PRESIDIO CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE - COQ SPA	Omegna
010904-00	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "S.LUIGI"	Orbassano
010909-04	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	Torino
010909-07	OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA	Torino

6.7 Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 08”.

Intervento chirurgico		Istituti abilitati	
Codice ICD-9-CM v.2007	Descrizione	Codice	U.O.
33.50 33.51 33.52	Trapianto di polmone	010909-01	
33.6	Trapianto di cuore e polmone	010909-01	
37.51	Trapianto di cuore	010909-01 010909-07	
52.80 52.82 52.83	Trapianto di pancreas / Trapianto di pancreas isolato	010909-01	
55.69	Trapianto di rene	010905-01 010909-01 010909-07	
52.80 + 55.69 52.82	Trapianto di rene e pancreas	010909-01	
50.51 50.59	Trapianto di fegato	010909-01	
11.60 11.61 11.62 11.63 11.64 11.69	Trapianto di cornee	tutti	34, 67 o 98

6.8 Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive, o sostitutive, in istituti / reparti autorizzati

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 10”.

Codici Diagnosi ed intervento ICD-IX-CM	DRG	Endoprotesi	Discipline autorizzate	Codici Istituto accreditato	Tipologia di tariffa
Codici intervento 2096 2097 2098		Protesi cocleare (codice 200)	---	010007 00 010904 00 010907 01 01090702 (**) 010909 01 010909 07	Tariffa aggiuntiva
Cod. 2095 in intervento principale	055	Impianto elettromagnetico dell'orecchio medio (codice 201)	---	010007 00 010166 00 010907 01 010907 02 (**) 010909 01	Tariffa aggiuntiva
Diagnosi 332 in qualsiasi posizione e intervento 0293 (#) Diagnosi 332, 333 in qualsiasi posizione e interventi 0293, 8694, 8685, 8698 (***)		Stimolatore cerebrale (codice 220)	---	010909 01 010909 04 (#) 010905 01 (***)	Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 3552	518	Ombrellino settale atriale (codice 250)	06; 07; 08		Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione	007 e 008	Neurostimolatore vagale (codice 300)		Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento	Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 86.06		Pompe di infusione totalmente impiantabile (codice 310) (*)		010026 01 010904 00 010905 01 010906 00 010909 01 010922 00	Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 39.71		Protesi dell'aorta addominale (codice 320)	14	Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento	Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 39.73		Protesi dell'aorta toracica (codice 330)	14	Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento	Tariffa aggiuntiva

Codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98		Neurostimolatore spinale (cod. 340) (*)		010026 01 010904 00 010905 01 010906 00 010909 01 010922 00	Tariffa sostitutiva

(*) la D.G.R. n.84-7674 del 21 maggio del 2014 **stabilisce che tali importi saranno riconosciuti solo nei casi di interventi in day hospital, day surgery o ricoveri ordinari di 1 giorno.**

(**) la D.G.R. n. 21-2601 del 14 dicembre 2015 **autorizza al rimborso per l'impianto di protesi cocleare e di dispositivo elettromagnetico dell'orecchio medio l'Ospedale Cesare Arrigo di Alessandria**

(***) la D.G.R. n. 24-7249 del 20 luglio 2018 **apporta le seguenti modifiche:**

- **elimina il riferimento al Presidio Ospedaliero CTO (010909.04)**
- **introduce il riferimento all'AOU di Novara (010905.01)**
- **integra la tabella con i codici intervento 86.94, 86.95, 86.98 ed il codice diagnosi 333**

(#) valido fino al 19.07.2018

6.9 Tabella di prestazioni ad alto costo con tariffe sostitutive in istituti / reparti autorizzati

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 11”.

Codici Diagnosi ed intervento ICD-IX-CM	DRG	Prestazione	Discipline	Codici Istituto autorizzati
Codice intervento 50.24	191 o 192	Termoablazione epatica per via percutanea		Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento
Codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco		Gamma knife	radioterapia	
Codice intervento 92.31		Ciber knife	radioterapia	
Codice intervento 92.27 associato alla diagnosi V58.0,		Brachiterapia	radioterapia	

6.10 Tabella Interventi/Procedure non eseguibili in Day Hospital

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 09”.

6.11 Tabella dei Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati

La tabella riporta l’elenco dei Codici Intervento di Sala Operatoria per cui sono richieste le seguenti informazioni:

- l’indicazione delle date / ore di inizio e fine
- l’indicazione della compilazione della check list di sala operatoria
- l’indicazione del Codice Fiscale del Chirurgo

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 12”.

6.12 Tabella Codici ‘E – Causa esterna

Tabella pubblicata sul sito Sistema Piemonte (PADDI).

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 13”.

6.13 Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare

Tabella pubblicata sul sito Sistema Piemonte (PADDI).

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 14”.

6.14 Tabella interventi che richiedono la compilazione del punteggio EuroSCORE

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 15”.

6.15 Tabelle per individuazione punteggio EuroSCORE

Il campo deve essere compilato:

- solo per i reparti 06 e 07
- in presenza di codici intervento appartenenti all’elenco riportato nella successiva tabella

Il valore da inserire nel campo è la somma determinata dai valori dei tre fattori di valutazione.

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 16”.

Fattori Relativi al paziente		
Fattore	Definizione	Punteggio
Età	Per periodo di 5 anni o parte di questo dopo i 60 anni	1
Sesso	Femminile	1
Patologia polmonare cronica	Uso prolungato di broncodilatori o corticosteroidi per patologia polmonare	1
Arteriopatia extracardiaca	Claudicazio, trombosi carotidea o stenosi > 50%, chirurgia dell'aorta addominale, arteriopatia periferica	2
Antecedenti di chirurgia cardiaca	Interventi effettuati con apertura del pericardio	3
Creatininemia	> 200 micromoli/L preoperatoria	2
Endocardite attiva	Paziente ancora in trattamento antibiotico per endocardite il giorno dell'intervento	3
Stati critici preoperatori	F.V. o tachicardia o episodio di arresto cardiaco per cui è stato necessario un massaggio cardiaco, intubazione e ventilazione artificiale, supporto isotropo contropulsazione intra-aortica o IRA (anuria o oliguria < 10 ml/ora)	3
Disfunzione neurologica	Deambulazione, ictus pregressi	2

Fattori Relativi alla funzione cardiaca		
Fattore	Definizione	Punteggio
Angina instabile	Angina che necessita la infusione di trinitrina fino all'arrivo in camera operatoria	2
Disfunzione ventricolare sinistra	Moderata (FE 30-50%)	1
	Grave (F.E. < 30%)	3
Infarto miocardico recente	< 90 giorni	2
Ipertensione polmonare	Pressione sistolica dell'arteria polmonare > 60mmHg	2

Fattori Relativi all'intervento chirurgico		
Fattore	Definizione	Punteggio
Emergenza	Intervento chirurgico che non può essere rinviato al giorno dopo	2
Interventi associati	Procedure chirurgiche associate al bypass	2
Chirurgia all'aorta toracica	Aorta asc., arco o aorta toracica pre-diaframmatica	3
Comunicazione interventricolare post-infartuale		4

6.16 Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa del Sesso del paziente

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 17”.

6.17 Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa dell'Età del paziente

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 18”.

6.18 Tabella dei Codici Intervento con indicazione precisa del Sesso del paziente

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 19”.

6.19 Tabella dei Codici Diagnosi presenti al momento del ricovero

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 20”.

6.20 Tabella dei Codici Diagnosi con lateralità

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 21”.

6.21 Tabella dei Codici Intervento con lateralità

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 22”.

6.22 Tabella dei Codici Diagnosi di Malattie infettive di Classe prima

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 23”.

6.23 Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Materna

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 24”.

6.24 Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Neonato

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 25”.