

Codice A1416D

D.D. 30 settembre 2025, n. 570

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 570/A1400B/2025

DEL 30/09/2025

**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 e Welfare provveda con propri atti ai futuri aggiornamenti dei contenuti tecnici del documento di cui allegato A della citata deliberazione.

Dato atto che, con le determinazioni n. 460 del 15 maggio 2014, n. 51 del 24 dicembre 2014, n. 416 del 3 luglio 2015, n. 417 del 19 luglio 2016, n. 543 del 15 settembre 2016, n. 885 del 23 dicembre 2016, n. 264 del 26 aprile 2018, n. 323 del 17 maggio 2018, n. 517 del 3 agosto 2018, n. 925 del 21 dicembre 2018, n. 586 del 29 luglio 2019, n. 945 del 20 dicembre 2019, n. 647 del 30 giugno 2020, n. 801 del 3 agosto 2020, n. 1531 del 7 dicembre 2020, n. 139 del 1° febbraio 2021, n. 762 del 25 maggio 2021, n. 2051 del 14 dicembre 2021, n. 569 del 1 aprile 2022, n. 740 del 07/11/2024 e n. 527 del 15/09/2025 sono stati approvati gli aggiornamenti della documentazione tecnica di cui alla succitata deliberazione.

Ritenuto di approvare le variazioni ai flussi informativi sanitari alla luce dei DM 4/08/2025, che hanno confermato la necessità di approvare i seguenti disciplinari:

FLUSSO “SIOC”

- Approvazione disciplinare derivante dal Decreto del Ministero della Salute del 4/08/2025 rubricato Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli ospedali di comunità - SIOC. (25A04956)” pubblicato sulla G.U. n. 215 del 16 settembre 2025.

FLUSSO “SIAP”

- Approvazione disciplinare derivante dal Decreto del Ministero della Salute del 4/08/2025 rubricato “Sistema informativo dell’assistenza primaria (25A04813)” pubblicato sulla G.U. n. 202 del 1 settembre 2025.

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;
- Vista la DD n.527 del 15 settembre 2025;

determina

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

- approvare i documenti
 - “Disciplinare tecnico Flusso informativo SIOC”;
 - “Disciplinare tecnico Flusso informativo SIAP”;
- 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. SIAP_Disciplinare_Controlli_2026_-_tracciato_V01.pdf
2. SIOC_Disciplinare_Controlli_2026_-_tracciato_V01.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



FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE

ASSISTENZA PRIMARIA (SIAP)

SOMMARIO

NOTE ALLA VERSIONE	3
1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	4
1.1 Obiettivi e ambito di applicazione	4
1.2 Acronimi ed abbreviazioni	4
1.3 Riferimenti normativi	5
2. ELABORAZIONE GIORNALIERA	5
2.1 Tempi di trasmissione	5
3. TRACCIATI RECORD SIAP	6
3.1 Premessa	6
3.2 Descrizione del tracciato	6
3.3 Tracciato Anagrafico (SIAP_A0001_AN.xml)	7
3.4 Tracciato Contatto (SIAP_A0001_CN.xml)	9
3.5 Tracciato Organizzazione (SIAP_A0001_OR.xml)	10

NOTE ALLA VERSIONE

Prima versione del documento

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 Obiettivi e ambito di applicazione

Il presente documento fornisce le indicazioni rispetto al tracciato previsto per il conferimento delle informazioni relative al flusso SIAP relativo al monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza primaria, la cui attivazione è prevista dal 01 gennaio 2026.

Il tracciato di conferimento previsto è XML.

1.2 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

SSN = SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

TSO = TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

U.O. = UNITA' OPERATIVA

U.P. = UNITA' PRODUTTIVA

1.3 Riferimenti normativi

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, recante: «Istituzione del Servizio sanitario nazionale»;
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria
- [Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77](#) - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- Decreto 4 agosto 2025 - Sistema informativo dell'assistenza primaria.
- 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”.

2. 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 cartelle corrette e sottoposti ai successivi trattamenti per la valorizzazione e poi restituite al mittente già valorizzate;
- se si rilevano uno o più errori, le cartelle 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.

Quando, corretti gli errori, i record vengono rinviati 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

2.1 Tempi di trasmissione

Le informazioni, solo per l'anno 2026, sono trasmesse al con cadenza mensile, entro il 15 giorno del mese successivo a quello di riferimento in cui sono state erogate le attività e le prestazioni. A partire dal 1° gennaio 2027 le informazioni sono trasmesse a con cadenza settimanale, entro la settimana successiva a quella di riferimento in cui sono state erogate le attività e le prestazioni

3. TRACCIATI RECORD SIAP

3.1 Premessa

Le informazioni contenute nella cartella SIAP vengono inviate mediante tre distinti tracciati record che riguardano essenzialmente:

- Record *“Tracciato Anagrafico”*:
che contiene le informazioni di carattere anagrafico dell’assistito (dati anagrafici, sociodemografici, residenza).
- Record *“Tracciato Contatto”*:
che contiene le informazioni relative alla prestazione e alla tipologia di contatto tra l’assistito e i servizi di cure primarie del SSN.
- Record *“Tracciato organizzazione”*:
che contiene le informazioni relative alle strutture e ai presidi di erogazione delle cure primarie.

I primi due record sono logicamente collegati dal codice di riferimento dell’assistito, dal codice di riferimento del medico, dalla data di contatto e dal progressivo contatto.

3.2 Descrizione del tracciato

Le 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 cartella, 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
- Obbligatorietà: 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;

3.3 Tracciato Anagrafico (SIAP_A0001_AN.xml)

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Obbligatorietà
Sezione : <SCHEDA>					
1	Codice ASL	<codiceAsl>	3	Indica il codice dell'azienda unità sanitaria locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui è erogata la prestazione	OBB
2	Codice MMG/PLS	<codiceMmgPls>	20	Indica il codice del MMG/PLS che eroga la prestazione	OBB
3	Id Numerico Paziente	<idNumericoPaziente>	20	Codice di riferimento dell'assistito nelle anagrafiche AURA se disponibile	OBB
4	Tipo Movimento	<tipoMovimento>	1	Tipo di movimentazione del record	OBB
Sezione : <ANAGRAFICA>					
5	Cognome	<cognome>	50	Cognome dell'assistito	OBB
6	Nome	<nome>	50	Nome dell'assistito	OBB
7	Data Nascita	<dataNascita>	8	Data di nascita del paziente	OBB
8	Genere	<genere>	1	Sesso dell'assistito	OBB
9	Comune o Provincia Nascita	<comuneProvinciaNascita>	6	Luogo di nascita dell'assistito	OBB
10	Codice Identificativo Paziente	<codiceIdentificativoPaziente>	20	Codice identificativo del paziente desumibile da C.F., TEAM, cod. STP, cod. ENI, ecc.	OBB
11	Tipo Identificativo Paziente	<tipoIdentificativoPaziente>	1	Tipo di codice identificativo	OBB
12	Cittadinanza	<cittadinanza>	3	Identifica la cittadinanza dell'assistito nel periodo di riferimento della rilevazione	OBB
13	Comune di Residenza	<comuneResidenza>	6	Identifica il comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto l'assistito cui è stata erogata la prestazione	OBB
14	Comune di Domicilio	<comuneDomicilio>	6	Indica il comune di domicilio dell'assistito	OBB
15	Stato Civile	<statoCivile>	1	Identifica lo stato civile dell'assistito nel periodo di riferimento della rilevazione	OBB
Sezione : <DATI AMMINISTRATIVI>					
16n	Codice di esenzione	<codiceEsenzione>	8	Indica il codice di esenzione come da decreto del Ministero dell'economia di concerto con il Ministero della salute del 22 luglio 2005	FAC
17n	Ambito e tipologia esenzione	<ambitoTipologiaEsenzione>	1	Indica l'ambito dell'esenzione	CON
18n	Data inizio validità esenzione	<dataInizioValiditaEsenzione>	8	Indica la data di inizio validità dell'esenzione	CON
19n	Data fine validità esenzione	<dataFineValiditaEsenzione>	8	Indica la data di fine validità dell'esenzione	CON
20	Data scelta	<dataScelta>	8	Indica la data di scelta del medico da parte dell'assistito	OBB

21	Data revoca	<dataRevoca>	8	Indica la data di revoca del medico da parte dell'assistito	FAC
Sezione : <FATTORI RISCHIO>					
22	Fumo	<fumo>	2	Indica se l'assistito è fumatore	OBB
23	Body Max Index (BMI)	<bodyMaxIndexBmi>	5	Indica il valore del Body Max Index (BMI)	FAC
24n	Patologie	<patologie>	6	Indica i problemi cronici dell'assistito (fino ad un massimo di 11) - cod. ICD9-CM e successivi aggiornamenti	OBB

3.4 Tracciato Contatto (SIAP_A0001_CN.xml)

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Obbligatorietà
Sezione : <SCHEDA>					
1	Codice ASL	<codiceAsl>	3	Indica il codice dell'azienda unità sanitaria locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui è erogata la prestazione	OBB
2	Codice MMG/PLS	<codiceMmgPls>	20	Indica il codice del MMG/PLS che eroga la prestazione	OBB
4	Id Numerico Paziente	<idNumericoPaziente>	20	Codice di riferimento dell'assistito nelle anagrafiche AURA se disponibile	OBB
25	Data contatto	<dataContatto>	8	Indica la data in cui è avvenuto il contatto	OBB
26	Progressivo del contatto	<progressivoContatto>	2	Indica il numero progressivo di contatti dell'assistito nella stessa giornata	OBB
4	Tipo Movimento	<tipoMovimento>	1	Tipo di movimentazione del record	OBB
Sezione : <DATI_AMMINISTRATIVI>					
27	Modalità contatto	<modalitaContatto>	1	Indica la tipologia del contatto	OBB
28	Regime attività	<regimeAttività>	1	indica se il medico svolge la propria attività in "ciclo di scelta o ad "attività oraria	OBB
29	Tipologia accesso	<tipologiaAccesso>	1	Indica se l'accesso è programmato (con prenotazione) oppure accesso diretto	OBB
Sezione <PROBLEMA>					
30	Problema	<problema>	6	Indica il problema di cui è affetto l'assistito (cod. ICD-9-CM)	CON
31	Stato problema	<statoProblema>	1	Indica lo stato di evoluzione del problema emergente	CON
32	Data apertura del problema	<dataAperturaProblema>	8	Indica la data in cui è stato aperto il problema	CON
Sezione <ATTIVITA_PRESTAZIONI>					
32	Tipologia di prestazione	<tipologiaPrestazione>	2	Indica la tipologia di prestazione erogata (coerentemente con quelle previste dal DPCM LEA)	OBB
33	Dettaglio prestazione	<dettaglioPrestazione>	1	Indica il dettaglio rispetto alla tipologia indicata nel campo precedente	OBB
34	Quantità erogata	<quantitaErogata>	2	Indica il numero di prestazioni o attività erogate riferite al dettaglio specificato	FAC

3.5 Tracciato Organizzazione (SIAP_A0001_OR.xml)

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Obbligatorietà
Sezione : <STRUTTURA>					
1	Regione di erogazione	<regioneErogazione>	3	Indica la Regione a cui afferisce il medico che eroga la prestazione	OBB
2	Azienda di erogazione	<aziendaErogazione>	3	Indica l'Azienda Sanitaria Locale cui afferisce il medico che eroga la prestazione	OBB
3	Codice regionale medico	<codiceRegionaleMedico>		Indica il codice identificativo a livello Regionale del medico	OBB
25	Data contatto	<dataContatto>	8	Indica la data in cui è avvenuto il contatto.	OBB
35	Progressivo del contatto	<progressivoContatto>	3	Indica il numero progressivo di contatti effettuati dallo stesso medico nella stessa giornata totali nello studio	OBB
4	Tipo Movimento	<tipoMovimento>	1	Tipo di movimentazione del record	OBB
36	Codice Struttura	<codiceStruttura>	6	Indica la struttura in cui il medico sta erogando la prestazione, come codificata in STS.11	OBB
37	Tipo Struttura	<tipoStruttura>	1	Indica il tipo di struttura	CON
38	AFT	<aft>	8	Indica la AFT cui è associato il medico. Campo da compilare solo se la struttura è Studio medico MMG, Studio medico PLS o Studio medico MMG/PLS	CON
39	UCCP	<uccp>	3	Indica la UCCP cui afferisce la AFT. Campo da compilare solo se la struttura è Studio medico MMG, Studio medico PLS, Studio medico MMG/PLS o AFT	CON



FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE

OSPEDALI DI COMUNITA'
(SIOC)

SOMMARIO

NOTE ALLA VERSIONE	3
1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	4
1.1 Obiettivi e ambito di applicazione	4
1.2 Acronimi ed abbreviazioni	4
1.3 Riferimenti normativi	5
2. ELABORAZIONE GIORNALIERA	6
2.1 Tempistiche trasmissioni	6
3. TRACCIATI RECORD CARTELLE SIOC	7
3.1 Premessa	7
3.2 Descrizione del tracciato	7
3.3 Tracciato Anagrafico (SIOC_A0001_AN.xml)	8
3.4 Tracciato Dati Clinici (SIOC_A0001_CL.xml)	12

NOTE ALLA VERSIONE

Prima versione del documento

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 Obiettivi e ambito di applicazione

Il presente documento fornisce le indicazioni rispetto al tracciato previsto per il conferimento delle informazioni relative al flusso SIOC relativo ai ricoveri presso gli Ospedali di Comunità, la cui attivazione è prevista dal 01 gennaio 2026.

Il tracciato di conferimento previsto è XML.

Il prospetto che segue illustra la relazione tra SIOC e disciplinare di riferimento.

Caratteristiche della cartella SIOC	Disciplinari di riferimento
A partire dal 1 gennaio 2026	Presente documento Gestione con Tracciato XML nel Flusso SIOC relativo alle prestazioni erogate dagli Ospedali di comunità

1.2 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

1.3 Riferimenti normativi

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, recante: «Istituzione del Servizio sanitario nazionale»;
- [Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77](#) - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
- Decreto 4 agosto 2025 - Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli ospedali di comunità – SIOC
- 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”.

2. 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 cartelle corrette e sottoposti ai successivi trattamenti per la valorizzazione e poi restituite al mittente già valorizzate;
- se si rilevano uno o più errori, le cartelle 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.

Quando, corretti gli errori, i record vengono rinviati 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.

2.1 Tempistiche trasmissioni

L' invio avviene con cadenza trimestrale, entro i termini riportati nella seguente tabella:

Periodo di riferimento delle informazioni informazioni	Periodo di trasmissione	Termine invio modifiche
I Trimestre	Entro il 10 aprile	Entro il 20 aprile
II Trimetre	Entro il 10 luglio	Entro il 20 luglio
III Trimestre	Entro il 10 ottobre	Entro il 20 ottobre
IV Trimestre	Entro il 20 gennaio dell' anno successivo	Entro il 20 febbraio dell' anno successivo

3. TRACCIATI RECORD CARTELLE SIOC

3.1 Premessa

Le informazioni contenute nella cartella SIOC vengono inviate mediante 2 distinti tracciati record che riguardano essenzialmente:

- Record *"Tracciato Anagrafico"*:
l'accettazione del paziente (dati anagrafici, sociodemografici, residenza)
- Record *"Tracciato Dati Clinici"*:
l'anagrafica dell'Istituto erogante le prestazioni in regime di ricovero, 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 (STS11).

3.2 Descrizione del tracciato

Le 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 cartella, 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
- Obbligatorietà: 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;

3.3 Tracciato Anagrafico (SIOC_A0001_AN.xml)

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Obbligatorietà
Sezione : <scheda>					
1	Azienda sanitaria di erogazione	<aziendaSanitariaErogazione>	3	Codice, a tre caratteri, della azienda sanitaria in cui è ubicata la struttura OdC	OBB
2	Struttura erogatrice	<strutturaErogatrice>	6	Codice della struttura erogatrice, i codici da utilizzare sono quelli indicati nei modelli ministeriali STS11	OBB
3	Numero Progressivo scheda di ricovero	<numeroProgressivoRicovero>	10	Numero progressivo scheda di ricovero	OBB
4	Tipo Movimento	<tipoMovimento>	1	Tipo di movimentazione del record	OBB
Sezione : <ANAGRAFICA>					
5	Cognome	<cognome>	50	Cognome del paziente	OBB
6	Nome	<nome>	50	Nome del paziente	OBB
7	Genere	<genere>	1	Sesso del paziente	OBB
8	Data Nascita	<dataNascita>	8	Data di nascita del paziente	OBB
9	Comune o Provincia Nascita	<comuneProvinciaNascita>	6	Luogo di nascita del paziente	OBB
10	Codice Identificativo Paziente	<codiceIdentificativoPaziente>	20	Codice identificativo del paziente desumibile da C.F., TEAM, cod. STP, cod. ENI, ecc.	OBB
11	Tipo Identificativo Paziente	<tipoIdentificativoPaziente>	1	Tipo di codice indentificativo	OBB
12	Cittadinanza	<cittadinanza>	3	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero	OBB
13	Stato Civile	<stato Civile>	1	Stato Civile al momento del ricovero	OBB

14	TitoloDiStudio	<titoloDiStudio>	1	Titolo di Studio conseguito al momento della rilevazione	OBB
15	Problemi socio-familiari	<problemiSociofamiliari>	2	Segnalazione dei problemi di natura socio-familiare rilevati al momento del ricovero	OBB
Sezione : <RESIDENZA>					
16	Asl Residenza	<aslResidenza>	3	Asl che comprende il comune di residenza del paziente al momento del ricovero	OBB
17	Regione Residenza	<regioneResidenza>	3	Indica la Regione di residenza, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente alla ammissione	OBB
18	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
Sezione : <TEAM>					
19	Data Scadenza TEAM	<dataScadenzaTEAM>	8	Data scadenza TEAM - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON
20	Numero identificazione e personale TEAM	<numeroIdentificazioneTEAM>	20	Numero identificazione personale TEAM - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON
21	Codice Istituzione Competente TEAM	<codiceIstituzioneCompetenteTEAM>	28	Istituto Competente - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON
22	Qualifica Beneficiario TEAM	<qualificaBeneficiarioTEAM>	1	Qualifica del beneficiario - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON

23	Riferimento Normativo TEAM	<referimentoNormativoTEAM>	4	Codice riferimento normativo - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON
24	Attestato TEAM	<attestato TEAM>	4	Codice attestato - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON
Sezione : <ENI>					
25	Data Scadenza Tesserino ENI	<dataScadenzaTesserinoENI>	8	Data scadenza Tesserino ENI	CON
26	Data Rilascio Tesserino ENI	<dataRilascioTesserinoENI>	8	Data rilascio Tesserino ENI	CON
27	Codice Istituto Emittente ENI	<codiceIstitutoEmittenteENI>	3	Ente emittente Tesserino ENI	CON
28	Riferimento Normativo ENI	<referimentoNormativoENI>	4	Codice riferimento normativo ENI	CON
Sezione : <STP>					
29	Data Scadenza Tesserino STP	<dataScadenzaTesserinoSTP>	8	Data scadenza Tesserino STP	CON
30	Data Rilascio Tesserino STP	<dataRilascioTesserinoSTP>	8	Data rilascio Tesserino STP	CON
31	Codice Istituto Emittente STP	<codiceIstitutoEmittenteSTP>	3	Ente emittente Tesserino STP	CON

3.4 **Tracciato Dati Clinici (SIOC_A0001_CL.xml)**

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Obbligatorietà
Sezione : <scheda>					
1	Azienda sanitaria di erogazione	<aziendaSanitariaErogazione>	3	Codice, a tre caratteri, della azienda sanitaria in cui è ubicata la struttura OdC	OBB
2	Struttura erogatrice	<strutturaErogatrice>	6	Codice della struttura erogatrice, i codici da utilizzare sono quelli indicati nei modelli ministeriali STS11	OBB
3	Numero Progressivo scheda di ricovero	<numeroProgressivoRicovero>	10	Numero progressivo scheda di ricovero	OBB

4	Tipo Movimento	<tipoMovimento>	1	Tipo di movimentazione del record	OBB
Sezione : <AMMISSIONE>					
32	Soggetto proponente il ricovero	<soggettoProponenteRicovero>	2	Identifica il soggetto che ha richiesto il ricovero in struttura	OBB
33	Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero	<soggettoSegnalantePossRicovero>	2	Indica se il caso sia stato segnalato al medico da un soggetto qualificato differente da quelli indicati nel campo "Soggetto proponente il ricovero"	FAC
34	Flag COT	<FlagCOT>	2	Indica se nel processo di valutazione dell'opportunità di ricoverare il paziente presso l'ospedale di comunità abbia avuto un ruolo attivo una COT	OBB
35	Codice COT	<codiceCOT>	12	Indica, qualora il ricovero sia stato mediato da una COT, la concatenazione del codice identificativo della regione, della ASL e codice STS11	CON
36	Data richiesta accoglimento	<dataRichiestaAccoglimento>	8	Indica la data di dichiarazione di eleggibilità al ricovero (inserimento in lista di attesa del paziente valutato ed eleggibile)	OBB
37	Provenienza del paziente	<provenienzaPaziente>	2	Indica da dove proviene il paziente che entra in struttura	OBB
38	Codice Regione struttura di provenienza	<codiceRegioneStrutturaProvenienza>	3	Codice regione dell'Istituto di ricovero di provenienza	CON
39	Codice ASL struttura di provenienza del paziente	<codiceASLStrutturaProvenienza>	3	Codice dell'azienda sanitaria della struttura di provenienza	CON
40	Codice struttura provenienza del paziente	<codiceStrutturaProvenienza>	8	Codice della struttura di provenienza	CON
Sezione : <RICOVERO>					
41	Data Ricovero	<dataRicovero>	8	Data di ricovero in struttura	OBB
42	Valutazione ADL all'ingresso	<valutazioneADLIingresso>	3	Indica il punteggio individuale, secondo la scala "Indice di Barthel modificato", misurato all'ingresso in struttura	OBB

43	Motivo principale del ricovero	<motivoPrincipaleRicovero>	2	Identifica il motivo principale che ha determinato la necessità del ricovero	OBB
44	Giornate di assenza temporanea	<giornateAssenzaTemporanea>	2	Numero di giornate nelle quali il paziente, durante il ricovero, è temporaneamente assente	OBB
Sezione		<DIMISSIONE>			
45	Modalità Dimissione	<modalitaDimissione>	2	Indica la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso	OBB
46	Data di dimissione o di decesso	<dataDimissioneODecesso>	8	Data dimissione o decesso del paziente	OBB
47	Valutazione ADL alla dimissione	<valutazioneADLDimissione>	3	Indica il punteggio individuale, secondo la scala "Indice di Barthel modificato", misurato al momento della dimissione	OBB
Sezione		<DIAGNOSI>			
48	Codice diagnosi	<Diagnosi>	5	Identifica le patologie di cui il paziente è affetto, o le condizioni nelle quali si trova, individuata con codici ICD9CM, fino ad un massimo di 11	OBB
Sezione		<PROCEDURE_INTERVENTI>			
49n	Codice procedura o intervento	<proceduralIntervento>	4	Identifica gli interventi e le procedure effettuati/e durante il ricovero (fino ad un massimo di 6) utilizzando la codifica ICD9CM e successive modificazioni o integrazioni	OBB