

Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 13-6981

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.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), progettato congiuntamente da Stato e Regioni per supportare il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale (Progetto Mattoni), si è nel tempo sviluppato, in virtù dell'emanazione di diversi decreti attuativi che hanno istituito specifici flussi informativi e, quindi, determinato la creazione di relative Banche Dati, fino a ricomprendere una vasta gamma di informazioni sugli eventi che caratterizzano l'insieme dei contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del Servizio Sanitario Nazionale.

Alle rilevazioni disposte dal livello nazionale si aggiungono nel tempo le rilevazioni richieste dall'Amministrazione regionale, sia come ampliamento dei flussi ministeriali, sia come istituzione di nuovi specifici flussi, per potenziare la propria capacità di governo del sistema, fino a determinare il sistema dei flussi e delle relative tempistiche di trasmissione, attualmente vigente nella Regione Piemonte.

I dati sulle prestazioni erogate, rilevati tramite i succitati flussi informativi, concorrono alla definizione degli indici regionali necessari all'esercizio delle funzioni istituzionali di programmazione e di controllo del Servizio Sanitario Regionale e, pertanto, il consolidamento dei flussi delle prestazioni deve avvenire improrogabilmente secondo le modalità e le tempistiche previste per i singoli flussi nel calendario vigente.

I flussi di prestazioni o le eventuali correzioni di errori inviati dopo le scadenze previste per i relativi consolidamenti, valorizzati in "extracompetenza", concorrono alla valorizzazione degli indici di monitoraggio ad uso della programmazione regionale esclusivamente nella competenza annuale, ancorché detta fattispecie debba rappresentare sempre più una eventualità di carattere eccezionale, con occorrenze percentualmente marginali rispetto ai volumi dei fenomeni rappresentati, al fine di non inficiare la capacità di governo del sistema da parte dell'amministrazione regionale.

Per adempiere alle previsioni dell'art. 15 (Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica) del D.L. n. 95 del 6. luglio 2012 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini), convertito nella Legge 135 del 7 agosto 2012, e per elevare il livello qualitativo dei flussi informativi, anche nell'ottica di consentire l'ottimale operatività dell'amministrazione regionale nell'ambito dell'attuazione degli approvandi programmi operativi, la Direzione Sanità ha recentemente disposto specifiche attività analitiche ed implementative, che hanno determinato la necessità di provvedere alla revisione dei contenuti di alcune rilevazioni (File F e File C) e dei controlli formali e sostanziali su di queste effettuati, all'istituzione di due nuove rilevazioni (Consumi Ospedalieri e Medicina dello Sport), alla modifica degli algoritmi di tariffazione delle prestazioni erogate e dei relativi controlli, nonché alla rideterminazione del calendario delle tempistiche di trasmissione, per cui il sistema dei flussi risulta rideterminato, così come rappresentato nel documento "Sistema dei flussi informativi sanitari della Regione Piemonte", allegato A al presente atto deliberativo quale sua parte integrante e sostanziale.

Dato atto che il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario fa parte degli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui all'art. 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004.

Considerata l'opportunità di raccogliere in un unico testo tutta la documentazione tecnica relativa ai debiti informativi, sostituendo tutti gli atti precedentemente adottati, e di attribuirne la gestione dei contenuti tecnici alla Direzione Sanità, per semplificare le relative procedure manutentive

Ribadito che tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie devono verificare al momento della presa in carico l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale della persona assistita, tramite la rilevazione del Codice Fiscale unicamente dalla Tessera Sanitaria (o TS-CNS) rilasciata dall'Agenzia delle Entrate, come previsto all'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni e che per adempiere agli obblighi informativi sono tenute ad utilizzare gli strumenti informatici all'uopo resi disponibili dalla Direzione Sanità.

La Giunta regionale, condividendo le argomentazioni del relatore, visti

- i. il decreto del Ministero della Sanità del 26 luglio 1993 "Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati";
- ii. visto il DM n. 380 del 27.10.2000;
- iii. visto l'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269;
- iv. vista la legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni;
- v. vista la l. n. 266/2005;
- vi. visto il decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze e del Ministro alla Salute del 28 aprile 2006;
- vii. visto il nuovo patto sulla salute di cui all'intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;
- viii. visto il decreto del Ministero della Salute del 5 dicembre 2006;
- ix. vista la legge 27 dicembre 2006 n.296;
- x. visto il decreto del Ministero della Salute del 31 luglio 2007 modificato con decreto del Ministero della Salute del 13 novembre 2008 "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto";
- xi. visto il decreto del Ministero della Salute del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza";
- xii. visto il decreto del Ministero della Salute del 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali";

- xiii. visto il decreto del Ministero della Salute del 17 dicembre 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”;
- xiv. visto il decreto del Ministero della Salute del 4 febbraio 2009 “Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero”;
- xv. visto il nuovo patto sulla salute 2010-2012 di cui all’intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (repertorio 243/CSR);
- xvi. visto il decreto del Ministero della Salute del 11 dicembre 2009 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità”;
- xvii. visto il decreto del Ministero della Salute del 11 giugno 2010 “Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale”;
- xviii. visto il decreto del Ministero della Salute del 11 giugno 2010 “Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze”;
- xix. visto il decreto del Ministero della Salute del 8 luglio 2010 “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380”;
- xx. vista la D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 “Modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. n. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. n. 44-12758 del 17 dicembre 2009”;
- xxi. visto il Decreto del Ministero della Salute del 15 ottobre 2010 di istituzione del Sistema Informativo per la Salute Mentale;
- xxii. visto il decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012 di Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice;

all’unanimità,

delibera

- di disporre che, a far data dal 1° gennaio 2014, il sistema regionale dei flussi per l’alimentazione del sistema informativo sanitario regionale e dell’NSIS, nonché le relative tempistiche di trasmissione delle prestazioni sanitarie erogate da parte degli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale, soddisfi le specificazioni, le modalità operative e le tempistiche riportate nel documento “Sistema dei flussi informativi sanitari della Regione Piemonte”, allegato A al presente atto deliberativo quale sua parte integrante e sostanziale, che aggiorna e sostituisce la D.G.R. n. 19-5226 del 16.01.2013 e tutte le precedenti deliberazioni disciplinanti i relativi flussi;
- di disporre che le Aziende sanitarie regionali e tutti gli Enti pubblici e privati del Servizio sanitario regionale siano tenuti alla trasmissione dei flussi informativi, nel rispetto delle specifiche e dei vincoli posti nel documento “Sistema dei flussi informativi sanitari della Regione Piemonte”, allegato A al presente atto deliberativo quale sua parte integrante e sostanziale;

– di disporre, per semplificare le procedure di gestione dei flussi informativi sanitari, che la Direzione Sanità provveda con propri atti ai futuri aggiornamenti dei contenuti tecnici del documento “Sistema dei flussi informativi sanitari della Regione Piemonte”, allegato A al presente atto deliberativo quale sua parte integrante e sostanziale”, avendo cura di rendere costantemente fruibile, sulla rete RUPAR, la sua versione elettronica aggiornata;

– di dare atto che il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi compresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale e Regionale da parte delle ASR costituisce grave inadempimento nell’ambito delle valutazioni dell’operato delle Direzioni Aziendali, ai sensi dell’art. 3, sub 8, dell’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, dell’articolo 12, comma 3, lettera C), della l.r. n. 10/1995 e dell’art. 6 (Obblighi di informazione) del Contratto di prestazione d’opera intellettuale stipulato dai Direttori Generali delle ASR piemontesi, la cui inadempienza può determinare la risoluzione del rapporto contrattuale stesso;

– di dare atto che il mancato rispetto da parte dei soggetti erogatori privati accreditati dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi compresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale e Regionale costituisce inadempimento degli impegni contrattuali.

La presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione 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.

(omissis)

Allegato

Allegato A

Sistema dei flussi informativi sanitari della Regione Piemonte

Introduzione

Il presente documento illustra le specifiche tecniche cui fare riferimento ai fini della corretta alimentazione dei flussi informativi sanitari regionali, che costituiscono adempimento vincolante per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale Piemontese.

L'invio dei flussi informativi e le rilevazioni, finalizzati al conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario Regionale, hanno luogo nel rispetto del seguente **“CALENDARIO DEI FLUSSI E DELLE RILEVAZIONI”**.

SCADENZE FLUSSI INFORMATIVI CORRELATI AL MONITORAGGIO MENSILE DI CUI AL'ART. 50 (COMMA 11) E AGLI ADEMPIMENTI DA DECRETI MINISTERO SALUTE

Flusso	Scadenza prevista nell'annualità per l'invio dei dati di competenza del mese di:												chiusura definitiva competenza annualità nell'anno successivo
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	
C - invio	05-feb	05-mar	05-apr	05-mag	05-giu	05-lug	05-ago	05-set	05-ott	05-nov	05-dic	05-gen	27-gen
C - correzione	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio	5 gg lavorativi successivi all'invio
<i>Le eventuali correzioni sui dati già trasmessi devono pervenire entro e non oltre il consolidamento previsto dopo 7 giorni dalla data di scadenza prevista per l'invio. I dati pervenuti oltre il consolidamento sono valorizzati in extracompetenza e concorrono esclusivamente agli indici di monitoraggio annuale.</i>													
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	chiusura definitiva anno
C2	05-feb	05-mar	05-apr	05-mag	05-giu	05-lug	05-ago	05-set	05-ott	05-nov	05-dic	05-gen	27-gen
F	05-feb	05-mar	05-apr	05-mag	05-giu	05-lug	05-ago	05-set	05-ott	05-nov	05-dic	05-gen	27-gen
SDO	25-feb	25-mar	26-apr	25-mag	25-giu	25-lug	25-ago	25-set	25-ott	25-nov	25-dic	25-gen	27-gen
EMUR	05-feb	05-mar	05-apr	05-mag	05-giu	05-lug	05-ago	05-set	05-ott	05-nov	05-dic	05-gen	27-gen
SIAD	20-feb	20-mar	20-apr	20-mag	20-giu	20-lug	20-ago	20-set	20-ott	20-nov	20-dic	20-gen	27-gen
DM	20-feb	20-mar	20-apr	20-mag	20-giu	20-lug	20-ago	20-set	20-ott	20-nov	20-dic	20-gen	27-gen
CONSUMO FARMACI	20-feb	20-mar	20-apr	20-mag	20-giu	20-lug	20-ago	20-set	20-ott	20-nov	20-dic	20-gen	27-gen
E	25-feb	25-mar	26-apr	25-mag	25-giu	25-lug	25-ago	25-set	25-ott	25-nov	25-dic	25-gen	27-gen
D mobilità	25-feb	25-mar	26-apr	25-mag	25-giu	25-lug	25-ago	25-set	25-ott	25-nov	25-dic	25-gen	27-gen
<i>Le eventuali correzioni sui dati già trasmessi devono pervenire entro e non oltre il giorno 5 del mese successivo al mese di invio del flusso. Se le scadenze indicate corrispondono ad un giorno festivo, le stesse si posticipano al primo giorno lavorativo successivo. I dati pervenuti oltre il consolidamento vengono valorizzati in extracompetenza e concorrono esclusivamente agli indici di monitoraggio annuale. Le correzioni del mese di dicembre devono pervenire improrogabilmente entro il 27 gennaio dell'anno successivo.</i>													

SCADENZE FLUSSI INFORMATIVI CORRELATI AGLI ADEMPIMENTI DA DECRETI MINISTERO SALUTE

Flusso	Scadenza prevista nell'annualità per l'invio dei dati di competenza del mese di:												chiusura definitiva competenza annualità nell'anno successivo
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	
FAR	20-apr	20-apr	20-apr	20-lug	20-lug	20-lug	20-ott	20-ott	20-ott	21-gen	21-gen	21-gen	27-gen
SISM	20-lug	20-lug	20-lug	20-lug	20-lug	20-lug	21-gen	21-gen	21-gen	21-gen	21-gen	21-gen	27-gen
HOSPICE	20-apr	20-apr	20-apr	20-lug	20-lug	20-lug	20-ott	20-ott	20-ott	21-gen	21-gen	21-gen	21-gen
D flusso regionale	27-mar	27-apr	27-mag	27-giu	27-lug	27-ago	27-set	27-ott	27-nov	27-dic	27-gen	25-feb	27-feb
MEDICINA SPORTIVA	20-lug	20-lug	20-lug	20-lug	20-lug	20-lug	21-gen	21-gen	21-gen	21-gen	21-gen	21-gen	27-gen

Le eventuali correzioni sui dati già trasmessi devono pervenire entro e non oltre il giorno 25 del mese successivo al mese di invio del flusso (il flusso HOSPICE non prevede tale possibilità, pertanto anche eventuali correzioni devono giungere entro le scadenze indicate in tabella). Se il 25 corrisponde ad un giorno festivo si posticipa al primo giorno lavorativo successivo. I dati pervenuti oltre il consolidamento sono valorizzati in extracompetenza e concorrono esclusivamente agli indici di monitoraggio annuale. Le correzioni del mese di dicembre devono improrogabilmente pervenire entro il 27 gennaio dell'anno successivo (ad eccezione del flusso D, per il quale vale la scadenza del 27 febbraio dell'anno successivo).

SCADENZE FLUSSI INFORMATIVI CORRELATI AGLI ADEMPIMENTI DA DECRETI MINISTERO SALUTE RILEVATI DIRETTAMENTE DA APPLICATIVI

Flusso	Scadenza prevista nell'anno 2014 per l'invio dei dati di competenza del mese di:												chiusura definitiva competenza annualità nell'anno successivo
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	
ASPE (1)	31-lug	31-lug	31-lug	30-set	30-set	30-set	31-dic	31-dic	31-dic	31-mar	31-mar	31-mar	30-mag
TECAS (2)	31-gen	28-feb	31-mar	30-apr	31-mag	15-lug	31-lug	31-ago	30-set	31-ott	30-nov	31-dic	15-gen
SIND (flusso annuale) strutture	31-gen												
SIND (flusso annuale) personale	<i>sospeso dal NSIS</i>												
SIND (flusso annuale) attività				15-apr									
SIMES	31-gen												

Per la mobilità internazionale le eventuali correzioni effettuate sui dati già trasmessi devono pervenire entro e non oltre un mese dalla data di scadenza di invio del flusso, la chiusura definitiva dell'anno è improrogabile.

ASPE (1)	Per ASPE-C e per ASPE-Ue /fatture E125 sono considerati solo immissione di fatture a credito. Per ASPE-Ue/fatture E127 la scadenza non è indicata perchè determinata dalla data di pubblicazione sulla GUCE del costo medio italiano approvato. Per le fatture a debito vale la scadenza dei 90 gg dalla data di immissione della spedizione.
TECAS (2)	E' previsto un inserimento mensile e una chiusura della competenza con certificazione semestrale per validazione regionale.

FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI - Modelli di rilevazione annuale delle attività gestionali

Modello	descrizione	scadenza 2014 rilevazione	procedura regionale di rif.
FLS 11	dati di struttura e di organizzazione	24/01/2014	Anagrafe Strutture
FLS 12	convenzioni nazionali di MMG e PLS	24/04/2014	Anagrafe Strutture, Piano di attività
FLS 18	assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro	27/01/2015	
FLS 21	attività di assistenza sanitaria di base	27/01/2015	Piano di Attività, Flussi
HSP 11	dati anagrafici delle strutture di ricovero	24/01/2014	Anagrafe Strutture
HSP 11.bis	dati anagrafici degli Istituti facenti parte della strutture di ricovero	24/01/2014	Anagrafe Strutture
HSP 12	posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	PRECOMPILATI DA ANAGRAFE verifica aziende entro 24/04/2014	Anagrafe Strutture
HSP 13	posti letto per disciplina delle case di cura private	PRECOMPILATI DA ANAGRAFE verifica aziende entro 24/04/2014	Anagrafe Strutture
HSP 14	apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero	24/04/2014	
HSP16	personale delle strutture equiparate alle pubbliche e delle case di cura private	24/04/2014	
RIA 11	Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78	entro 24/01/2014 Quadri A,B,C,D,E; entro il 27/01/2015 Quadri F,G,H,I.	Anagrafe Strutture, Piano di attività
STS 11	dati anagrafici delle strutture sanitarie	24/01/2014	Anagrafe Strutture
STS 14	apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere	24/04/2014	
STS 21	assistenza specialistica territoriale - attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e diagnostica strumentale	PRECOMPILATI DA FLUSSO	Flussi
STS 24	assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale	27/01/2015	Piano di Attività - Flussi

FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI - Modelli di rilevazione mensile a trasmissione trimestre

Modello	descrizione	scadenza 2014 rilevazione	procedura regionale di rif.
HSP 22.bis	posti letto medi delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	PRECOMPILATI DA ANAGRAFE verifica aziende entro il 20 del mese di scadenza del trimestre	Anagrafe Strutture
HSP 23	attività delle case di cura private	PRECOMPILATI DA FLUSSO	Anagrafe Strutture, Flussi
HSP 24	day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi	PRECOMPILATI DA FLUSSO	Anagrafe Strutture, Flussi

Allegato Conto Economico 2014				
I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	
24 aprile anno di riferimento	25 luglio anno di riferimento	25 ottobre anno di riferimento	27 gennaio anno successivo a quello di riferimento	

Piano di Attività 2014					
Previsione	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Consuntivo
		11/08/14	28/11/14	25/02/15	26/06/15

Stato Patrimoniale (SP) 2014
26 maggio anno successivo a quello di riferimento

Costi dei Presidi (CP) 2014
26/06/14

Livelli di Assistenza (LA) 2014
26/06/14

Conto Annuale
Le scadenze sono comunicate dal Ministero del Tesoro direttamente alle ASR

Relazione Allegata al Conto Annuale
Le scadenze sono comunicate dal Ministero del Tesoro direttamente alle ASR

Si precisa che per quanto riguarda le rilevazioni, riportate nel calendario, di seguito elencate:

- CEDAP - Certificato di Assistenza al Parto
- FIM - Flussi Informativi Ministeriali
- CE, SP, CP, LA - Conto Economico, Stato Patrimoniale, Costi di Produzione, Livelli di Assistenza
- ASPE - Mobilità Internazionale - Assistenza Sanitaria per i Paesi Esteri
- TECAS - Mobilità Internazionale - Assistenza Sanitaria per i Paesi Esteri
- SIND - Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
- SIMES - Denunce sinistri ed eventi sentinella

si tratta di debiti informativi a cui le aziende adempiono facendo uso di servizi applicativi messi a loro disposizione dal Sistema Informativo Sanitario Regionale.

DISCIPLINARI TECNICI DEI DIVERSI FLUSSI INFORMATIVI

- DISCIPLINARE TECNICO DMRP - FLUSSO INFORMATIVO DEI CONSUMI DI DISPOSITIVI MEDICI
- DISCIPLINARE TECNICO EMUR - FLUSSO INFORMATIVO DELLE PRESTAZIONI IN EMERGENZA-URGENZA DEL SISTEMA 118
- DISCIPLINARE TECNICO FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA - File D, File F e Consumi Ospedalieri Farmaci
- DISCIPLINARE TECNICO HOSPICE - FLUSSO INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA PRESSO GLI HOSPICE
- DISCIPLINARE TECNICO MEDSPORT - FLUSSO INFORMATIVO MEDICINA DELLO SPORT
- DISCIPLINARE TECNICO PMV - FLUSSO INFORMATIVO PRESCRIZIONI MEDICO VETERINARIE
- DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI: B, C, C2, C4, C5 per le STRUTTURE PUBBLICHE
- DISCIPLINARE TECNICO FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE: C – SPECIFICHE DI COMPILAZIONE PER STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE / DEFINITIVAMENTE ACCREDITATE
- DISCIPLINARE TECNICO SDO – FLUSSO REGIONALE DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE ORDINARIA (RICOVERI OSPEDALIERI)
- DISCIPLINARE TECNICO SISM - FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ATTIVITÀ TERRITORIALE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
- DISCIPLINARE TECNICO STER - FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE delle PRESTAZIONI DOMICILIARI, RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

DISCIPLINARE TECNICO

**DMRP - FLUSSO INFORMATIVO DEI CONSUMI DI
DISPOSITIVI MEDICI**

SOMMARIO

CRONOLOGIA VARIAZIONI.....	3
PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO.....	4
OBIETTIVI	4
STRUTTURA DEL DOCUMENTO.....	4
GENERALITÀ.....	5
ACRONIMI, SIGLE ED ABBREVIAZIONI.....	5
RIFERIMENTI NORMATIVI	9
CONTESTO DI RIFERIMENTO	10
REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE.....	12
Obbligatorietà dei campi.....	12
Modalità di movimentazione dei dati.....	12
SISTEMA DEI CONTROLLI	14
Controlli di tipo formale.....	14
Controlli logici e normativi.....	14
CALENDARIO DEGLI INVII.....	15
ALLEGATI.....	17
TRACCIATI RECORD	17
Premessa.....	17
Descrizione del tracciato.....	17
TABELLE DI TRANSCODIFICA.....	19
Tracciato “CONSUMI ”.....	20
Tracciato “CONTRATTI”.....	22

CRONOLOGIA VARIAZIONI

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V04	08/12/12	<ul style="list-style-type: none">- Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni;- Aggiornati Riferimenti normativi (aggiornata voce [D4] ed inserita voce [D9], in seguito a rilascio versione 1.6 bozza delle specifiche funzionali da parte del Ministero della Salute il 5 novembre 2012);- Aggiornato Calendario degli invii;- Tabelle di transcodifica: aggiunto codice regionale 08 (“Procedura aperta”);- Campo 01.0: aggiornate descrizione campo, lista valori ammessi, osservazioni e precisazioni; applicati controlli L04, L05, L14, N01, N03, N05, N06, nuova segnalazione S01;- Campo 03.0: rimosso dalla chiave univoca di identificazione, aggiornate condizione di obbligatorietà (da OBB a NBB), osservazioni e precisazioni; applicato controllo N05 al fine di garantire integrità referenziale dati pregressi;- Campo 04.0: applicati controlli N03, N05, N06;- Campo 05.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate descrizione campo, tabelle di riferimento, osservazioni e precisazioni, applicati controlli L02, L04, L05, N01, N03, N05, segnalazione S01;- Campo 06.0: inserito in chiave univoca di identificazione, applicati controlli L05, N01, N03, N05, segnalazione S01;- Campi 07.0, 08.0: inseriti in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli N01, N03, N05, segnalazione S01;- Campi 09.1, 09.2: inseriti in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L06, L07, N01, N03, N05, segnalazione S01;- Campo 10.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N05, N06, segnalazione S01;- Campo 11.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate lunghezza campo, descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N05, N06, segnalazione S01;- Campi 12.0, 13.0: aggiornate descrizione campo, osservazioni e precisazioni;- Campo 14.0: rimosso dalla chiave univoca di identificazione e aggiornata condizione di obbligatorietà (da OBB a NBB), applicato controllo N06 al fine di garantire integrità referenziale dati pregressi;- Campo 15.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N06, segnalazione S01;- Campo 16.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate lunghezza campo, descrizione campo, lista valori ammessi, applicati controlli L08, L14, N01, N03, N06,

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		segnalazione S01; - Campo 18.0: applicati nuovi controlli L09, L10; - Campi 19.0, 21.0, 22.0, 29.0: aggiornate osservazioni e precisazioni; - Campo 20.0: aggiornate lista valori ammessi, legenda dei codici in osservazioni e precisazioni; - Campo 23.0: aggiornata lista valori ammessi, applicato nuovo controllo L11; - Campo 24.0: aggiornate descrizione campo, osservazioni e precisazioni, lista valori ammessi; applicato nuovo controllo L12; - Campo 25.0: applicati nuovi controlli L11, L12; - Campo 26.0: aggiornata descrizione campo; applicato nuovo controllo L13; - Campo 27.0: aggiornate descrizione campo, lista valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campo 32.0: nuovo inserimento, applicato controllo L08; - Campo 33.0: nuovo inserimento (parte della chiave univoca di identificazione, conformemente alle previsioni delle specifiche funzionali ministeriali); applicati controlli L14, N01, N03, N06, segnalazione S01; - Campo 34.0: nuovo inserimento; applicato controllo L13; - Controlli L02, N01, N03: aggiornate prescrizioni controllo; - Controlli L04, L05, L06, L07, L08, L09, L10, L11, L12, L13, L14, N05, N06: nuovo inserimento; - Controlli N02, N04: controlli eliminati; - Segnalazione S01: nuovo inserimento.
V03	03/02/11	- Inserita cronologia variazioni; - Aggiornata lista Acronimi e abbreviazioni; - Aggiornato riferimento normativo D4 (“Specifiche funzionali dei tracciati”) in seguito a pubblicazione nuove versioni specifiche da parte del Ministero della Salute il 22 ottobre 2010, il 9 dicembre 2010 e il 12 gennaio 2011; - Aggiunto riferimento normativo D7 (“Linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS”); - Aggiunto riferimento normativo D8 (“Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”); - Inserito capitolo “Tabelle di transcodifica” per tipologie di contratto e forme di negoziazione; - Campo 05.0: inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 11.0: inserita precisazione per la corretta compilazione del campo, in seguito a chiarimento NSIS del 16/12/2010; - Campo 12.0: perfezionata descrizione Costo d'acquisto, ammessi valori negativi, aggiornate precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 14.0: nuova denominazione (“Identificativo scheda”),

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>aggiornata descrizione, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 16.0: assume valore pari al CIG (Codice Identificativo Gara), inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 17.0: aggiornata legenda codici tipologie di contratto, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Campo 19.0: incrementata lunghezza campo (da 2 a 3 cifre), ammesso valore 0 nel caso di contratti con forma di negoziazione "Acquisti in economia" ("Cottimo fiduciario") e aggiunto controllo L03, in seguito ad aggiornamenti normativi del 22/10/2010 e del 9/12/10; - Campo 20.0: aggiornata legenda codici forme di negoziazione, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo e aggiunto controllo L03 in seguito ad aggiornamento normativo del 9/12/10; - Campo 24.0: aggiornata descrizione includendo fornitore estero, in seguito ad aggiornamento normativo del 22/10/2010; - Campo 28.0: inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo; - Controllo L02: corretto refuso su codice struttura.
V02		<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata lista Acronimi e abbreviazioni; - Campo 05.0: inserita precisazione relativa ai valori ammessi, con riferimento alla partecipazione eventuale di Regione Piemonte alla sperimentazione inerente alla raccolta del dato; - Campo 06.0: inserita precisazione relativa al valore atteso; - Campo 07.0: eliminata applicazione controllo L02; - Campi 08.0, 09.1: eliminato controllo L01; - Campo 11.0: inserita precisazione relativa al dato da estrarre dal Repertorio nazionale dei Dispositivi Medici (RDM); - Campi 29.0, 30.0: adottata valorizzazione uniforme dati dicotomici (1 o 2).
V01		Versione iniziale del documento.

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

OBIETTIVI

Il presente documento costituisce il disciplinare tecnico di riferimento per la corretta compilazione del flusso informativo regionale per il monitoraggio dei consumi dei Dispositivi Medici.

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

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il documento si articola in:

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

GENERALITÀ

ACRONIMI, SIGLE ED ABBREVIAZIONI

A	= ALFABETICO
AN	= ALFANUMERICO
ASL	= AZIENDA SANITARIA LOCALE
ASN	= Anagrafe Strutture sanitarie della Regione Piemonte
ASR	= AZIENDA SANITARIA REGIONALE
AO	= AZIENDA OSPEDALIERA
AOU	= AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
AVCP	= Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture
B.U.R.P.	= Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte
BD	= Banca Dati
C.E.	= Conto Economico
CE	= Comunità Europea / Conformità Europea
Cfr.	= confronta, <i>confer</i>
CIG	= CODICE IDENTIFICATIVO GARA
CTR	= CONTROLLO
CON	= CONDIZIONATO
CONSIP	= CONcessionaria Servizi Informatici Pubblici
CSM	= Centro Salute Mentale
D	= DATA
DD	= Determina Dirigenziale
DDL	= Disegno di Legge
DGR	= Delibera della Giunta Regionale
DL	= Decreto Legge
D.lgs.	= DECRETO LEGISLATIVO
DM	= DECRETO MINISTERIALE
DPCM	= Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DMRP	= DISPOSITIVI MEDICI REGIONE PIEMONTE
ESTAV	= Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta
es.	= esempio
FS	= Federazione (sanitaria) Sovrazonale
G.U.	= Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
IRCCS	= Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
L.	= Legge (nazionale)
MdS	= MINISTERO DELLA SALUTE
MRA	= Monitoraggio della Rete di Assistenza

n. / num.	= numero
N	= NUMERICO
n.a.	= non applicabile
N.B.	= nota bene
NBB	= NON OBBLIGATORIO
NSIS	= NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE
OBB	= OBBLIGATORIO
PA	= Pubblica Amministrazione
RDM	= REPERTORIO DEI DISPOSITIVI MEDICI
RP	= Regione Piemonte
RSA	= Residenza Sanitaria Assistenziale
SEE	= Spazio Economico Europeo
SERT	= SERVIZI per le Tossicodipendenze
SIMOG	= SISTEMA INFORMATIVO MONITORAGGIO GARE
SISR	= Sistema Informativo Sanitario Regionale
SOOP	= SISTEMA OSSERVATORIO OPERE PUBBLICHE
SSN	= SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
SSR	= Servizio Sanitario Regionale
UE	= Unione Europea
v.	= vedi
ver.	= versione
XML	= eXtensible Markup Language
XSD	= XML Schema Definition

RIFERIMENTI NORMATIVI

[D1] – **Legge 27 dicembre 2002, n. 289** (Legge finanziaria 2003) concernente la realizzazione del Repertorio generale dei dispositivi medici commercializzati in Italia (RDM) e stabilisce che le Aziende sanitarie devono esporre, on line via Internet, i costi unitari dei dispositivi medici acquistati semestralmente, specificando aziende produttrici e modelli;

[D2] – **Legge 23 dicembre 2005, n. 266** (Legge finanziaria 2006) stabilisce che le modalità con le quali le aziende sanitarie devono inviare al MdS, per il monitoraggio nazionale dei consumi dei dispositivi medici, le informazioni previste dal comma 5 dell'art. 57 della citata legge n.289 del 2002, devono essere approvate con decreto del Ministero della salute, previo accordo con le Regioni;

[D3] – **DM del MdS del 20/2/2007** – concernente l'istituzione del Repertorio dei Dispositivi Medici (RDM) e fissa la data (1 agosto 2007) a decorrere dalla quale, nell'ambito del SSN, possono essere acquistati, utilizzati o dispensati unicamente i dispositivi iscritti nel repertorio medesimo e la data (1 gennaio 2009) a partire dalla quale non possono essere acquistati, utilizzati o dispensati dispositivi se privi di numero ministeriale identificativo;

[D4] – **Specifiche funzionali NSIS** “Specifiche funzionali dei tracciati – Istituzione del flusso per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN”, 14 settembre 2011, ver. 1.5;

[D5] – **Ordinanza ministeriale del 29 aprile 2009** che proroga al 31/12/2009 il termine entro il quale è possibile acquistare, utilizzare o dispensare nell'ambito del SSN dispositivi medici non ancora pubblicati in RDM;

[D6] – **DM del MdS del 11/06/2010** – Decreto di istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale;

[D7] – “Monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN – Linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS”, 12 gennaio 2011, ver. 1.3;

[D8] – **D.lgs. 12 aprile 2006, n. 163** – “Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”.

[D9] – **Specifiche funzionali NSIS** “Specifiche funzionali dei tracciati – Istituzione del flusso per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN”, 5 novembre 2012, ver. 1.6 bozza¹.

¹ Le previsioni delle specifiche, in bozza alla stesura del presente Disciplinare regionale, sono state adottate laddove compatibili con la possibilità di inviare al NSIS i flussi informativi Consumi e Contratti conformemente alle grammatiche XSD ed ai controlli previsti nella versione 1.5 delle stesse specifiche [D4].

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Con il decreto del 20 febbraio 2007, è stato istituito il Repertorio dei Dispositivi Medici (RDM), attraverso il quale è possibile identificare, con il numero di repertorio di cui all'articolo 3 dello stesso decreto, i dispositivi medici acquistati, dispensati ed utilizzati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

La costituzione del Repertorio rappresenta il passo indispensabile per l'attuazione del monitoraggio dei consumi di dispositivi medici in modo omogeneo sul territorio nazionale, come previsto dalla legge 23 dicembre 2005, n. 266, articolo 1, comma 409.

Coerentemente con le linee di intervento del NSIS, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, si intende istituire, per ciascun dispositivo medico iscritto nel RDM, la rilevazione delle informazioni sui consumi e sui relativi costi sostenuti dalle strutture del SSN.

REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

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.

Campi condizionati

Riguarda le informazioni che diventano obbligatorie 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 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)***

Modalità di movimentazione dei dati

Per ogni blocco informativo sia del tracciato "Segnalazione", "Intervento" e "Anagrafica" è previsto un tipo movimento:

"T" per il primo invio

"C" per cancellazione

"S" per sostituzione

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

Al di facilitare la rilevazione, un eventuale blocco informativo inviato con tipo movimento valorizzato ad "S" ma non ancora presente nella base dati regionale, verrà trattato pari ad un primo invio.

SISTEMA DEI CONTROLLI

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

Controlli di tipo formale

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

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

Controlli logici e normativi

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

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

Il ciclo dei controlli prevede:

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

CALENDARIO DEGLI INVII

Scadenze e periodicità degli invii sono fissate dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, con specifica D.G.R. del Settore DB2019 – Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro le quali i dati debbano essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.

Nel caso in cui i dati siano inviati oltre la scadenza definita nel calendario, il sistema di monitoraggio acquisisce ugualmente i dati in extracompetenza, ma non concorrono agli indici di monitoraggio trimestrale. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza vengono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle “eccezioni”.

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

- Tracciato “Consumi: combinazione di “Anno consegna” (09.1) e “Mese consegna” (09.2);
- Tracciato “Contratti”: “Data stipula contratto” (18.0).

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

Secondo il Decreto Ministeriale del 11 giugno 2010, è previsto l'invio dei dati a NSIS, per fasi, a partire dal primo ottobre 2010:

FASI DI INVIO PREVISTE DAL DECRETO				
TRACCIATO	Dal 01/10/2010 al 31/12/2011	Dal 01/01/2012 al 31/12/2012	Dal 01/01/2013	
CONTRATTI	Forma di negoziazione	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Ambito di valenza del contratto	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Numero di pezzi presenti nella confezione	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Denominazione fornitore	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Partita IVA del fornitore	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Assistenza specialistica al Personale	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
	Codice di C.E.	Sperimentazione	Sperimentazione	Obbligatorio
CONSUMI	Tipo struttura utilizzatrice	Sperimentazione	Obbligatorio	Obbligatorio
	Codice struttura utilizzatrice	Sperimentazione	Obbligatorio	Obbligatorio
	Codice unità operativa	Sperimentazione	Obbligatorio	Obbligatorio

Per il tracciato contratti, è previsto l'invio di “dati aggiuntivi”, su base volontaria, fino al 31 dicembre 2012. Viene resa pertanto non obbligatoria la compilazione dei seguenti campi:

- ⤴ Forma di negoziazione
- ⤴ Ambito di valenza del contratto
- ⤴ Numero di pezzi presenti nella confezione minima
- ⤴ Denominazione fornitore
- ⤴ Partita IVA del fornitore
- ⤴ Assistenza specialistica al Personale
- ⤴ Codice di conto economico.

Per il tracciato dei consumi è invece previsto, fino al 31 dicembre 2011, l'invio di un minor dettaglio di informazioni relativo alle strutture di destinazione, consentendo la valorizzazione dei campi tipo struttura, codice struttura e codice unità operativa come di seguito indicato:

Campi aggiuntivi fino al 31/12/2011	Valorizzazione se non presente	Note
Tipo struttura	'00'	Per Regione Piemonte ricavabile dal codice Centro di Costo
Codice struttura utilizzatrice	'00000000'	
Codice Unità operativa	'00'	Per Regione Piemonte ricavabile dal codice Centro di Costo

ALLEGATI

TRACCIATI RECORD

Premessa

Il flusso informativo regionale per il monitoraggio dei consumi di Dispositivi Medici è costituito dai due tracciati di seguito descritti:

Tracciato “Consumi”: contiene i dati relativi alle distribuzioni interne (o consegne) di dispositivi medici alle Strutture Sanitarie gestite dal SSN;

Tracciato “Contratti”: contiene i dati relativi ai contratti stipulati per l’approvvigionamento di dispositivi medici (da comunicarsi successivamente alla stipula); tali informazioni sono riferite ad aspetti di carattere generale per l’impianto contrattuale e ad aspetti specifici per ciascun dispositivo oggetto del contratto.

I tracciati sono logicamente collegati da chiave univoca per composta da più campi.

Descrizione del tracciato

Le colonne delle tabelle che descrivono le informazioni richieste riportano:

Numero scheda:

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

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 è:

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

non obbligatoria (NBB): il campo può non essere sempre compilato; 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:

La colonna indica se il campo è richiesto dal tracciato NSIS (indicato con NS) o se è solo di rilevanza regionale (indicato con RP).

TABELLE DI TRANSCODIFICA

In attesa che in ambito NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale) siano recepite le tipologie di contratto e le forme di negoziazione previste dal Codice dei contratti pubblici (D.lgs. 163/2006 – “Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”), il tracciato rileva le sole voci previste dalla piattaforma regionale SOOP (Sistema Osservatorio Opere Pubbliche) e dal SIMOG (Sistema Informativo di Monitoraggio delle Gare), selezionando le sole voci pertinenti rispetto ai dispositivi medici acquistati nelle strutture regionali.

Segue un'illustrazione delle corrispondenze tra codifica adottata in ambito regionale e codifica prevista dalle specifiche ministeriali.

TIPOLOGIA DI CONTRATTO (corrispondenza codifiche regionale e ministeriale)			
CODIFICA REGIONALE	CODIFICA MINISTERIALE		
<i>Codice regionale</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Codice ministeriale</i>	<i>Descrizione</i>
01	acquisto	CA	Contratto di acquisto
02	misto		
03	leasing	CL	Contratto di leasing
04	noleggio		
05	acquisto a riscatto		
n.a.	n.a.	CC	Contratto di comodato
n.a.	n.a.	CS	Contratto di service

FORMA DI NEGOZIAZIONE (corrispondenza codifiche regionale e ministeriale)			
CODIFICA REGIONALE	CODIFICA MINISTERIALE		
<i>Codice regionale</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Codice ministeriale</i>	<i>Descrizione</i>
01	Procedura ristretta derivante da avvisi con cui si indice una gara	PR	Procedura ristretta
02	Procedura ristretta		
03	Procedura negoziata derivante da avvisi con cui si indice una gara	PN	Procedura negoziata
04	Procedura negoziata senza previa pubblicazione		

FORMA DI NEGOZIAZIONE (corrispondenza codifiche regionale e ministeriale)			
05	Procedura negoziata previa pubblicazione		
06	Accordo quadro	PA	Procedura aperta
08	Procedura aperta		
07	Cottimo fiduciario	AE	Acquisto in economia

Tracciato "CONSUMI"

Nella trattazione delle schede esplicative, i campi relativi a tale flusso vengono individuati con il codice "CONS".

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lu n	Note	OBB	NSIS
01.0	Codice Azienda Sanitaria inviante	AN	3	Codice dell'Azienda sanitaria che invia i dati al sistema di monitoraggio regionale e cui afferisce la struttura utilizzatrice.	OBB	NS
02.0	Tipo flusso	AN	2	CO = consumi CT = contratti.	OBB	NS
03.0	Identificativo Scheda consumo	AN	15	Codice identificativo univoco della Scheda Consumo.	NBB	RP
04.0	Tipo movimento	AN	1	Valori ammessi: I=inserimento, C=cancellazione, S=sostituzione.	OBB	NS
	Dati sulla struttura utilizzatrice					
05.0	Codice Struttura utilizzatrice	AN	8	Codice HSP11, HSP11bis, STS11, RIA11 o FLS11 identificativo della Struttura utilizzatrice.	OBB	NS
06.0	Centro di costo	AN	10	Codice Centro di Costo interno alla Struttura utilizzatrice.	OBB	RP
07.0	Tipo destinazione utilizzo	AN	1	Macrotipologia di destinazione dei dispositivi utilizzati (interna o assistiti presi in carico).	OBB	NS
08.0	Destinazione utilizzo	AN	1	Destinazione di utilizzo dei dispositivi utilizzati.	OBB	NS
09.0	Periodo di riferimento					
09.1	Anno consegna	N	4	Anno di distribuzione interna del Dispositivo Medico.	OBB	NS
09.2	Mese consegna	N	2	Mese di distribuzione interna del Dispositivo Medico.	OBB	NS
	Dati sul Dispositivo Medico					
10.0	Tipo dispositivo	AN	1	Tipologia di Dispositivo Medico (di classe o assemblato).	OBB	NS

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lu n	Note	OBB	NSIS
11.0	Codice identificativo Dispositivo Medico	AN	13	Identificativo di iscrizione del dispositivo in Banca dati/Repertorio (BD/RDM).	OBB	NS
12.0	Costo d'acquisto	N	14	Costo complessivo sostenuto per l'acquisto delle quantità indicate, comprensivo di IVA.	OBB	NS
13.0	Quantità distribuita	N	15	Numero di unità di ciascun dispositivo medico consegnate alla struttura, al netto dei resi (quantità di singole unità distribuite).	OBB	NS

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

- Codice Azienda Sanitaria inviante (01.0);
- Codice Struttura utilizzatrice (05.0);
- Centro di costo (06.0);
- Tipo destinazione utilizzo (07.0);
- Destinazione utilizzo (08.0);
- Anno consegna (09.1);
- Mese consegna (09.2);
- Tipo dispositivo (10.0);
- Codice identificativo Dispositivo Medico (11.0).

Tracciato "CONTRATTI"

Nella trattazione delle schede esplicative, i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice "CONT".

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	OBB	NSIS
01.0	Codice Azienda inviante	AN	3	Codice dell'Azienda sanitaria che invia i dati al sistema di monitoraggio regionale e cui afferisce la struttura contraente.	OBB	NS
02.0	Tipo flusso	AN	2	CO = Consumi; CT = Contratti.	OBB	RP
14.0	Identificativo Scheda Contratto	AN	15	Codice identificativo univoco della Scheda relativa ai dati del contratto.	NBB	RP
04.0	Tipo movimento	AN	1	Valori ammessi: I=inserimento, C=cancellazione, S=sostituzione.	OBB	NS
Dati sulla Struttura contraente						
15.0	Codice Struttura contraente	AN	6	Codice HSP11 / FLS11 identificativo della Struttura contraente.	OBB	NS
Dati sul Contratto						
32.0	Codice CIG	AN	10	Codice identificativo di gara adottato per identificare una gara d'appalto e i relativi pagamenti.	NBB	NS
16.0	Identificativo contratto	AN	40	Codice identificativo del contratto di acquisizione dei dispositivi medici, univoco nell'ambito dell'Azienda sanitaria contraente.	OBB	NS
17.0	Tipologia di contratto	AN	2	Identifica la tipologia di contratto ai sensi della normativa vigente (Codice civile e Codice degli appalti).	NBB	NS
18.0	Data stipula contratto	D	8	Data di stipula del contratto.	OBB	NS
19.0	Durata del contratto	N	3	Durata del contratto (in mesi).	OBB	NS
20.0	Forma di negoziazione	AN	2	Forma di negoziazione del contratto di approvvigionamento.	NBB	NS

Num. scheda	Nome campo	Tip o	Lun	Note	OBB	NSIS
21.0	Ambito valenza contratto	AN	1	Ambito di valenza del contratto.	NBB	NS
<i>Sezione ripetibile (campi 10.0, 11.0, 22.0, 23.0, 24.0, 25.0, 26.0, 27.0, 28.0, 29.0, 30.0, 31.0, 33.0, 34.0)²</i>						
Dati sul Dispositivo Medico						
10.0	Tipo dispositivo	AN	1	Tipologia di Dispositivo Medico (di classe o assemblato).	OBB	NS
11.0	Codice identificativo Dispositivo Medico	AN	13	Identificativo di iscrizione del dispositivo in Banca dati/Repertorio (BD/RDM).	OBB	NS
33.0	Progressivo di riga	N	5	Progressivo per l'imputazione di dati diversi a parità di numero di repertorio.	OBB	NS
22.0	Pezzi per confezione	N	9	Numero di unità presenti nella confezione minima di vendita.	NBB	NS
23.0	Denominazione Fornitore	AN	100	Ragione sociale del Fornitore.	NBB	NS
24.0	Partita IVA Fornitore	AN	15	Partita IVA Fornitore italiano o VAT number del fornitore estero.	NBB	NS
25.0	Fabbricante	AN	1	Indica se il fornitore è anche il fabbricante.	CON	RP
26.0	Quantità aggiudicata	N	15	Quantità indicata nel bando di gara o comunicata ai fornitori per la formulazione dell'offerta.	OBB	NS
34.0	Quantità contrattualizzata	N	15	Quantitativo di adesione della singola Azienda Sanitaria.	NBB	NS
27.0	Prezzo unitario aggiudicato	N	14	Prezzo unitario contrattualizzato (IVA esclusa).	OBB	NS
28.0	Tipologia Aliquota IVA	AN	1	Tipologia di aliquota IVA prevista nel contratto (standard, agevolata, mista).	OBB	NS
29.0	Assistenza specialistica al personale	AN	1	Indica la presenza di "Servizi accessori" che possono influire sul prezzo di acquisto.	NBB	NS
30.0	Conto deposito	AN	2	Indica se il conto deposito è compreso nel prezzo di fornitura del Dispositivo Medico.	OBB	NS
31.0	Voce di imputazione nel modello C.E.	AN	6	Codice voce del Conto Economico in cui è imputato il costo del dispositivo medico oggetto del contratto.	NBB	NS

² I dispositivi acquistati col medesimo contratto (identificato attraverso i campi 01.0, 15.0, 16.0) devono essere abbinati ad esso nel medesimo file XML di invio, ripetendo per ognuno di essi i TAG corrispondenti ai campi inclusi in tale sezione, secondo le regole della relativa grammatica XSD.

N.B. Tutte le informazioni sui dispositivi medici acquistati col medesimo contratto devono essere incluse nella stessa sezione ripetibile allegata ai dati di tale contratto, aggiungendo tante righe quanti fossero i Dispositivi Medici distinti con esso acquistati.

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

- Codice Azienda inviante (01.0);
- Tipo dispositivo (10.0);
- Codice identificativo Dispositivo Medico (11.0);
- Codice struttura contraente (15.0);
- Identificativo contratto (16.0);
- Progressivo di riga (33.0).

DISCIPLINARE TECNICO

**FLUSSO INFORMATIVO DELLE PRESTAZIONI IN
EMERGENZA-URGENZA DEL SISTEMA 118**

SOMMARIO

CRONOLOGIA VARIAZIONI	3
PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	6
OBIETTIVI.....	6
STRUTTURA DEL DOCUMENTO.....	6
GENERALITÀ.....	7
ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI	7
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	9
CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	9
Articolazione delle Centrali Operative della Regione Piemonte	9
Il flusso informativo regionale.....	9
Gestione delle segnalazioni	10
Gestione degli interventi.....	10
Gestione delle missioni.....	13
Gestione degli assistiti	17
REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE.....	19
Obbligatorietà dei campi.....	19
Modalità di movimentazione dei dati	19
SISTEMA DEI CONTROLLI.....	21
Controlli di tipo formale	21
Controlli logici e normativi.....	21
CALENDARIO DEGLI INVII.....	21
ALLEGATI	22
TRACCIATI	22
Premessa	22
Descrizione del tracciato.....	24
Tracciato “Segnalazione”	25
Tracciato “Intervento”	26
Tracciato “Missione”	28
Tracciato “Assistito”	30
SCHEDE ANALITICHE	33
Premessa	33
Schede.....	34
TABELLA DEI CONTROLLI.....	125
Premessa	125
Controlli.....	126

CRONOLOGIA VARIAZIONI

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V04	28/11/12	<ul style="list-style-type: none"> - Corretti refusi riferimenti a campo 10.0 in paragrafo Gestione degli interventi; - Aggiornato paragrafo Gestione degli assistiti; - Rimossa nota inerente ad obbligatorietà campo 69.0 in paragrafo Gestione delle Missioni; - Campo 13.0: applicato controllo N08; - Campi 20.0, 21.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a NBB), rimossa applicazione controlli L13, L51 eliminati; - Campi 22.0, 23.0, 26.0, 27.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a NBB), rimossa applicazione controlli L49, L51 eliminati; - Campi 29.0, 30.0: aggiornate obbligatorietà compilazione (da OBB a NBB) ed osservazioni e precisazioni; - Campo 31.0: applicato controllo N08, rimossa applicazione controlli L13, L49 eliminati. - Campi 54.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da OBB a NBB); - Campo 69.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a NBB); - Controlli L05, L40, L41: migliorata intelligibilità prescrizioni controlli. - Controlli L07, L08, L09, L10, L11, L12, L14, L15, L18, L21, L26, L46, L47 N08: aggiornate prescrizioni controlli; - Controlli L13, L49, L51: eliminati controlli.
V03	13/09/12	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata lista acronimi e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi; - Aggiornato paragrafo Articolazione Centrali Operative; - Aggiornato paragrafo Gestione delle segnalazioni; - Aggiornato paragrafo Gestione degli interventi; - Aggiornato paragrafo Gestione delle missioni; - Aggiornato paragrafo Gestione degli assistiti; - Campi 01.0, 02.1, 61.0, 62.1, 64.1, 70.1: aggiornati valori ammessi e legenda Centrali Operative; - Campi 02.3, 62.3, 64.3, 70.3: aggiornati valori ammessi; - Campo 04.0: applicato controllo L28 nella sua nuova formulazione; - Campo 08.0: applicato controllo L22 nella sua nuova formulazione; - Campi 14.0, 15.1, 15.2, 17.0, 25.0, 34.0, 35.1, 35.2, 35.3, 36.0, 37.0, 39.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campi 20.0, 21.0: aggiornati obbligatorietà compilazione e osservazioni e precisazioni e applicati controlli L13 nella sua nuova formulazione e L51; - Campi 22.0, 23.0, 26.0, 27.0: applicazione nuovo controllo L51; - Campo 28.0: aggiornati valori ammessi e rimossa applicazione controllo L13 (ridondante rispetto a controllo L46); - Campo 31.0: applicato controllo L13 nella sua nuova formulazione; - Campo 46.0: aggiornata descrizione tabelle di riferimento; - Campo 52.0: aggiornati valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 59.0: aggiornati obbligatorietà compilazione, valori ammessi ed osservazioni e precisazioni; - Campo 67.0: aggiornata obbligatorietà compilazione; - Controlli L13, L22, L27, L28, L46, L49, N04, N07: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L51: nuovo inserimento.
V02	24/04/12	<ul style="list-style-type: none"> - Inserita cronologia variazioni; - Aggiornata lista acronimi e abbreviazioni; - Aggiornati riferimenti normativi; - Inserite modalità gestione accorpamenti Centrali Operative; - Inserito paragrafo "Il flusso informativo regionale";

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornata modalità codifica segnalazioni in paragrafo Gestione segnalazioni; - Aggiornata modalità codifica interventi in paragrafo Gestione degli Interventi; - Inserito paragrafo Gestione delle Missioni; - Inserito paragrafo Gestione degli Assistiti; - Aggiornato paragrafo Modalità di movimentazione dei dati; - Aggiornato allegato Tracciati; - Aggiornati campi chiave in Tracciato Intervento; - Rimossa sezione Trattamento Assistito Soccorso da Tracciato Intervento e attribuita a Tracciato Assistito, in coerenza con specifiche ministeriali; - Rimossi campi inerenti alla Missione e attribuiti a nuovo Tracciato Missione, in coerenza con specifiche ministeriali; - Aggiornati campi chiave in Tracciato Assistito; - Campo 01.0: aggiornata legenda Centrali Operative; - Campo 02.1: aggiornati controlli applicati e legenda Centrali Operative; - Campo 02.2: aggiornati controlli applicati; - Campo 02.3: aggiornati valori ammessi e controlli applicati; - Campo 03.0: limitato a tracciato Segnalazione, aggiornati controlli applicati; - Campi 05.0, 09.0: aggiornati valori ammessi; - Campo 06.0: applicato controllo L31; - Campo 07.0: aggiornati valori ammessi e legenda codici tipo richiedente, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 10.0: aggiornata obbligatorietà compilazione e applicati controlli L31 e L45; - Campo 11.0: aggiornati lunghezza e valori ammessi e controlli applicati; - Campi 12.0, 16.0: aggiornato formato e applicato controllo L45; - Campi 13.0, 14.0, 15.1, 15.2, 19.0, 20.0, 24.0, 25.0, 29.0: applicato controllo L45; - Campo 17.0: nuovo inserimento e applicazione controlli L34, L37, L45; - Campo 18.0: aggiornati lunghezza, valori ammessi, legenda Tipologia mezzo, applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campi 21.0, 30.0: aggiornati valori ammessi e applicato controllo L45; - Campi 22.0, 26.0: aggiornata obbligatorietà compilazione e applicati controlli L45, L49; - Campi 23.0, 27.0: aggiornata obbligatorietà compilazione, aggiornati valori ammessi e applicati controlli L45, L49; - Campo 28.0: aggiornati lunghezza, formato, valori ammessi e applicati controlli L13, L45, L46, N08; - Campo 31.0: aggiornati lunghezza, valori ammessi, osservazioni e precisazioni, legenda codici missione e applicati controlli L13, L19, L45, L46, L47, L49, L50, legenda codici, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 32.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornata lunghezza, ribadito formato alfanumerico, aggiornati controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 33.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornati valori ammessi e legenda codici valutazione sanitaria e applicati controlli L19, L32, L33, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campi 34.0, 35.1, 35.2, 35.3, 36.0, 37.0, 38.1, 38.2, 38.3, 39.0, 40.1, 40.2, 40.3, 42.0, 43.0, 44.0, 46.0, 63.0, 68.0: attribuzione a tracciato Assistito e applicati controlli L19, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 41.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornati valori ammessi e legenda codici esito trattamento e aggiornati controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 45.0: attribuzione a tracciato Assistito, aggiornati valori ammessi e applicati controlli L19, L45, L46 in coerenza con specifiche ministeriali; - Campi 47.0, 49.0, 50.0, 51.0, 52.0, 53.0, 56.0, 57.0, 58.0, 67.0: applicati

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
		<p>controlli L19, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo 48.0: aggiornata descrizione campo e applicati controlli L19, L45, L46, N09, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 54.0: aggiornati valori ammessi e applicati controlli L19, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 55.0: aggiornate obbligatorio compilazione e descrizione campo e applicati controlli L19, L44, L45, L46, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 59.0: aggiornati valori ammessi, tabelle di riferimento, osservazioni e precisazioni e applicati controlli L19, L44, L45, L46 in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 61.0: aggiornati valori ammessi, osservazioni e precisazioni, legenda codici Centrali Operative e applicato controllo L42; - Campo 62.1: aggiornati valori ammessi, osservazioni e precisazioni, legenda Centrali Operative e applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 62.2, 65.0: applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 62.3: aggiornati valori ammessi e osservazioni e precisazioni e applicato controllo L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 64.1: aggiornata legenda codici Centrali Operative e aggiornati controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 64.2: aggiornati controlli applicati; - Campo 64.3: aggiornati lunghezza, valori ammessi, osservazioni e precisazioni (coerentemente con codifica 118 regionale) e controlli applicati, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 65.0: applicati controlli L45, N04, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 66.0: applicati controlli L33, L45, in coerenza con specifiche ministeriali; - Campo 69.0, 70.1, 70.2, 70.3: nuovo inserimento e applicazione relativi controlli; - Controlli L03, L13, L26, L36, L39, N01, N02, N03, N04, N05, N06: aggiornate prescrizioni controllo; - Controllo L19: aggiornate descrizione e prescrizioni controllo, in coerenza con specifiche ministeriali; - Controlli L31, L32, L33, L37, L41, L42, L44, L45, L47, L48, L49, L50, N07, N08, N09: nuovo inserimento, in coerenza con specifiche ministeriali; - Controllo L34: estesa applicazione a campo 17.0; - Segnalazione S01: aggiornate prescrizioni segnalazione; - Segnalazioni S03, S04: eliminate segnalazioni; - Segnalazione S05: nuovo inserimento.
V01		Versione iniziale del documento.

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

OBIETTIVI

Il presente documento costituisce il disciplinare tecnico di riferimento per la corretta compilazione del flusso informativo regionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza da parte del 118 in coerenza con il decreto attuativo del suddetto flusso pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2009.

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

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il documento si articola in:

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

GENERALITÀ

ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI

A	= ALFABETICO
AN	= ALFANUMERICO
ASR	= Azienda Sanitaria Regionale
ASL	= Azienda Sanitaria Locale
AO	= Azienda Ospedaliera
CAP	= Centro di Assistenza Primaria
cfr.	= confronta, <i>confer</i>
CO	= Centrale Operativa del 118
CTR	= CONTROLLO
CON	= CONDIZIONATO
D	= DATA
DD	= Determina Dirigenziale
DDL	= Disegno di Legge
DGR	= Deliberazione della Giunta Regionale
DL	= Decreto Legge
D.lgs	= Decreto legislativo
DM	= Decreto Ministeriale
DPCM	= Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DRG	= <i>Diagnosis-Related Groups</i> (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)
EMUR	= EMergenza-URgenza (Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza)
EMUR-RP	= Flusso informativo regionale delle prestazioni in emergenza-urgenza
es.	= esempio
FIM	= Flussi Informativi Ministeriali
G.U.	= Gazzetta Ufficiale
ICD9CM	= <i>International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification</i> (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica)
L.	= Legge (nazionale)
LEA	= Livelli Essenziali di Assistenza
MdS	= Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)
n.	= numero
N	= NUMERICO
n.a.	= non applicabile
N.B.	= nota bene
NBB	= NON OBBLIGATORIO

NSIS	= Nuovo Sistema Informativo Sanitario (nazionale)
OBB	= OBBLIGATORIO
PS	= Pronto Soccorso
RP	= Regione Piemonte
SDO	= Scheda di Dimissione Ospedaliera
SEE	= Spazio Economico Europeo
SOL	= <i>SaveOnLine</i> (sistema gestionale delle Centrali Operative 118 della Regione Piemonte)
v.	= vedi
XML	= <i>eXtensible Markup Language</i>
XSD	= <i>XML Schema Definition</i>

RIFERIMENTI NORMATIVI

- [D1] – Decreto Ministeriale MdS del 17 dicembre 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza.”, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 9 del 13 gennaio 2009.
- [D2] – Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso, Versione 5.2 – marzo 2012, emesse dal Ministero della Salute.
- [D3] – D.G.R. Regione Piemonte n. 3-2249 del 27 giugno 2011 “Attuazione Piani di Rientro. Interventi e misure di riorganizzazione del Sistema dell’Emergenza Sanitaria Territoriale” – Ridefinizione nuovo assetto delle Centrali Operative di Coordinamento dell’Emergenza Sanitaria territoriale 118.
- [D4] – Decreto Ministeriale MdS del 23 dicembre 1996 ”Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere”, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 22 del 28 gennaio 1997.
- [D5] – Decreto Ministeriale MdS del 5 dicembre 2006 “Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie”, pubblicato sulla G.U. Serie generale n. 22 del 27 gennaio 2007.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Articolazione delle Centrali Operative della Regione Piemonte

Codice	Centrale Operativa	Centrali operative accorpate ¹
01	C.O. Torino	Torino
02	C.O. Alessandria	Alessandria, Asti
03	C.O. Cuneo	Cuneo
04	C.O. Novara	Novara, Biella, Verbania (VCO), Vercelli

Il flusso informativo regionale

Il flusso informativo regionale delle prestazioni in emergenza-urgenza è articolato in quattro differenti tracciati:

1. Segnalazione
2. Intervento
3. Missione
4. Assistito

¹ v. D.G.R. n. 3-2249 del 27 giugno 2011

Il tracciato Segnalazione include i dati relativi alla segnalazione di richiesta di soccorso al 118 (dati inerenti alle chiamate telefoniche ricevute da una centrale operativa 118); **ad ogni segnalazione può essere associato un intervento.**

Il tracciato Intervento contiene i dati relativi all'intervento – laddove attivato – effettuato in seguito ad una segnalazione di richiesta di soccorso al 118; **ad ogni intervento è associata almeno una missione** (invio di un mezzo di soccorso).

Il tracciato Missione censisce i dati relativi alle missioni di soccorso attivate (una missione per ogni mezzo di soccorso inviato); **ad ogni missione possono essere associati zero o più assistiti.**

Il tracciato Assistito accoglie i dati anagrafici e quelli relativi alle prestazioni erogate nell'ambito della missione di soccorso, per ogni assistito soccorso.

Gestione delle segnalazioni

Il sistema gestionale del 118 della Regione Piemonte (SaveOnLine) identifica univocamente, attraverso il “**Codice Scheda Segnalazione**”, la **segnalazione** pervenuta alla Centrale Operativa.

Nell'ambito del flusso informativo regionale delle prestazioni in emergenza-urgenza (EMUR-RP), il “Codice Scheda segnalazione” è composto da:

- Codice della Centrale Operativa (ricevente): è la C.O. che riceve le chiamate;
- Anno di riferimento: è l'anno della data di inizio della chiamata telefonica;
- Progressivo Scheda Segnalazione: è il codice alfanumerico univoco generato dal sistema informativo regionale utilizzato da tutte le C.O. della Regione Piemonte (SaveOnLine); è formato da sei caratteri (due lettere iniziali e quattro cifre numeriche, minimo “0000”).

Nella composizione del Progressivo Scheda Segnalazione, SOL non utilizza le lettere “I”, “O” e “Q”.

Esempio valorizzazione Progressivo Scheda segnalazione: CK0217

Secondo le specifiche ministeriali, il codice che identifica univocamente la chiamata attraverso cui perviene la segnalazione (“ID chiamata”) è un identificativo alfanumerico, formato da 16 caratteri, le cui prime quattro cifre identificano l'anno di riferimento; a' fini dell'invio del dato al NSIS, l'“ID chiamata” sarà composto da:

Anno di riferimento + Codice CO ricevente + “0000” + Progressivo Scheda Segnalazione

Gestione degli interventi

Per ogni segnalazione, può essere o meno attivato un intervento.

Nell'ambito di EMUR-RP, ogni intervento è identificato attraverso il “Codice Scheda Intervento”, il quale è composto da:

- Codice della Centrale Operativa (esecutrice): è la C.O. che esegue l'intervento;
- Anno di riferimento: è l'anno della data di inizio della chiamata telefonica (coincide con quello della segnalazione);

- Progressivo Scheda Intervento: è un codice alfanumerico che identifica univocamente l'intervento; è formato da otto caratteri (due lettere iniziali e sei cifre numeriche).

Il Progressivo Scheda Intervento è così composto:

Progressivo Scheda Segnalazione + Progressivo numerico dell'Intervento (valorizzato a "00", essendo prevista l'attivazione al massimo di un intervento per ogni segnalazione)

Esempio valorizzazione Progressivo Scheda Intervento: CK021700 (intervento attivato con la segnalazione CK0217).

Nel tracciato "INTERVENTO" sono sempre riportati, in campi separati, sia il "Codice Scheda Segnalazione" (campi 02.1, 02.2 e 02.3) sia il "Codice Scheda Intervento" (campi 64.1, 64.2, 64.3) che identifica il singolo intervento attivato.

Esempi valorizzazione campi "Codice Scheda Segnalazione" e "Codice Scheda Intervento" del tracciato INTERVENTO:

Tracciato Intervento	Codice Scheda Segnalazione (campi 02.1, 02.2, 02.3)			Codice Scheda Intervento (campo 64.1, 64.2, 64.3)		
	<input type="checkbox"/> C.O. ricevente	Anno di riferimento	Progressivo Scheda Segnalazione	<input type="checkbox"/> C.O. esecutrice	Anno di riferimento	Progressivo Scheda Intervento
<i>prima Segnalazione</i>	01	2011	AA0200	01	2011	AA020000
<i>Segnalazione successiva</i>	01	2011	AA0201	01	2011	AA020100

Secondo le specifiche ministeriali, il codice che identifica univocamente l'intervento è un identificativo alfanumerico (Codice Intervento), formato da 27 caratteri, (Codice CO di 5 caratteri + data dell'intervento nel formato AAAA-MM-GG + 12 cifre numero progressivo dell'intervento); a' fini dell'invio del dato al NSIS, sarà composto da:

"010" + Codice C.O. esecutrice + Data fine chiamata + "0000" + Progressivo Scheda Intervento

Trasferimento di chiamata

In caso di trasferimento di chiamata da una C.O. verso un'altra C.O. – solitamente per attribuzione della corretta competenza territoriale – nel Sistema 118 vengono aperte due Schede: la prima dalla C.O. che riceve la segnalazione, la seconda dalla C.O. a cui viene trasferita la chiamata e che dovrà gestire successivamente l'intervento.

Il tracciamento dei casi di trasferimento chiamata è reso possibile, nell'ambito del sistema di monitoraggio regionale, attraverso la valorizzazione del Codice della Centrale Operativa di trasferimento previsto nel tracciato SEGNALAZIONE (campo 61.0) e attraverso il Codice Scheda Trasferita previsto nel tracciato INTERVENTO (campi 62.1, 62.2, 62.3).

Esempio gestione chiamata trasferita:

SCHEDA SEGNALAZIONE C.O. CHE TRASFERISCE LA CHIAMATA					
Codice Scheda Segnalazione (campi 02.1, 02.2, 02.3)			C.O. trasferente	Segnalazione con Intervento (campo 65.0)	Tipologia di intervento (campo 10.0)
C.O. trasferente	Anno di riferimento	Progressivo Scheda Segnalazione			
01	2012	AA0000	03	2	98

SCHEDA SEGNALAZIONE C.O. CUI È TRASFERITA LA CHIAMATA							
Codice Scheda Segnalazione (campi 02.1, 02.2, 02.3)			Segnalazione da altra C.O. (campo 60.0)	Codice Scheda Segnalazione (campi 62.1, 62.2, 62.3)			Segnalazione con intervento (campo 65.0)
C.O. trasferente	Anno di riferimento	Progressivo Scheda Segnalazione		C.O. trasferente	Anno di riferimento Scheda Segnalazione trasferita	Progressivo Scheda Segnalazione trasferita	
03	2012	BB0000	2	01	2012	AA0000	1

In caso di trasferimento a centrale fuori regione (italiana od estera), è compilata la sola scheda segnalazione della C.O. che trasferisce la chiamata, valorizzando il campo “Tipologia di intervento” (10.0) a “99” (trasferita ad altra CO fuori regione).

In presenza di traferimento da centrale fuori regione (italiana od estera), è compilata la sola scheda segnalazione della C.O. cui è trasferita la chiamata, valorizzando il campo “Segnalazione da altra CO” (60.0) a “3” (segnalazione pervenuta da altra CO fuori regione).

Gestione delle missioni

Ad ogni intervento possono essere associate una o più missioni, pari al numero indicato nel campo “Numero missioni attivate” (11.0) del tracciato Intervento cui sono collegate le singole missioni distinte: per ogni missione inviata deve essere inviata una Scheda Missione distinta.

Nell'ambito di EMUR-RP, ogni missione è identificato attraverso il “Codice Scheda Missione”, il quale è composto da:

- Codice della Centrale Operativa (esecutrice): è la C.O. che esegue la missione;
- Anno di riferimento: è l'anno della data di inizio della chiamata telefonica (coincide con quello della segnalazione);

- Progressivo Scheda Missione: è un codice numerico progressivo che identifica univocamente la missione, per ogni Centrale operativa e per ogni anno d'attività; è formato da dieci cifre.

Il progressivo missione è così composto:

Progressivo Scheda Segnalazione transcodificato a 8 cifre numeriche + Progressivo numerico della missione (minimo "01").

Come indicato, il progressivo missione è ottenuto transcodificando a 8 cifre il Progressivo Scheda Segnalazione, convertendone la prima e la seconda seconda lettera in numeri a due cifre, equivalenti alle posizioni di ogni lettera nell'alfabeto a 26 lettere:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Nel tracciato "MISSIONE" sono sempre riportati, in campi separati, sia il "Codice Scheda Intervento" (campi 64.1, 64.2, 64.3) cui è associata la missione sia il "Codice Scheda Missione" (campi 70.1, 70.2, 70.3) che identifica la singola missione attivata.

Esempi valorizzazione campi "Codice Scheda Intervento" e "Codice Scheda Missione" del tracciato MISSIONE:

Tracciato Missione	Codice Scheda Intervento (campi 64.1, 64.2, 64.3)			Campo 02.3	Codice Scheda Missione (campi 70.1, 70.2, 70.3)		
	<input type="checkbox"/> C.O. esecutrice	Anno di riferimento	Progressivo Scheda Intervento		<input type="checkbox"/> C.O. esecutrice	Anno di riferimento	Progressivo Scheda Missione
<i>Singola missione (un intervento => una missione)</i>	01	2011	AA020000	AA0200	01	2011	0101020001
Più missioni associate ad uno stesso intervento:							
<i>Missione 1</i>	01	2011	AA031500	AA0315	01	2011	0101031501
<i>Missione 2</i>	01	2011	AA031500	AA0315	01	2011	0101031502
<i>Missione 3</i>	01	2011	AA031500	AA0315	01	2011	0101031503

Secondo le specifiche ministeriali, il codice che identifica univocamente la missione attivata dall'operatore della Centrale Operativa (Identificativo Missione) è un identificativo numerico obbligatorio, formato da 16 cifre (4 cifre per l'anno di riferimento + 12 cifre per il progressivo missione); a' fini dell'invio del dato al NSIS, sarà composto da:

Anno di riferimento + Codice C.O. esecutrice + Progressivo Scheda Missione (eventuale zero iniziale incluso, per le equivalenti lettere da "A" a "I")

Gestione codice Esito missione

Relativamente all'esito della missione (campo 31.0), il tracciato NSIS prevede quattro valori:

- 1 = Missione annullata
- 2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto
- 3 = Missione conclusa con trasporto in Ospedale
- 4 = Missione conclusa con il trasporto in punto di primo intervento

Tuttavia le schede ambulanza, attraverso cui è rilevato il dato, prevedono una molteplicità di voci quale esito missione, a seconda che essa sia stata conclusa con un trasporto dell'assistito o non sia stata completata. Tali voci sono introdotte nel campo "Esito missione" (31.0), secondo la seguente legenda:

- ⤴ per le missioni concluse con un trasporto dell'assistito presso una delle seguenti destinazioni:

- 1 = Domicilio
- 2 = Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.)
- 3 = Struttura sanitaria privata
- 4 = *Rendez-vous*
- 5 = Obitorio
- 6 = Ospedale
- 7 = Altro

- ⤴ per le missioni non completate:

- 11 = Annullato da C.O.
- 12 = Avaria mezzo
- 13 = Meteo negativo
- 14 = Paziente non trovato
- 15 = Paziente già evacuato
- 16 = Target irraggiungibile
- 17 = Target non reperito

A' fini dell'invio del dato al NSIS, esse sono da ricondurre alle voci ministeriali, secondo il seguente schema di transcodifica:

CONDIZIONE	VALORE SU SCHEDA AMBULANZA	VALORE DA INVIARE AL NSIS
1) Se risulta compilata una voce della sezione "NON COMPLETATO" riconducibile ad una missione annullata:	NON COMPLETATO	
	11 = Annullato da C.O.	1 = Missione annullata
	12 = Avaria mezzo	1 = Missione annullata
	13 = Meteo negativo	1 = Missione annullata
	14 = Paziente non trovato	1 = Missione annullata
	15 = Paziente già evacuato	1 = Missione annullata
	16 = Target irraggiungibile	1 = Missione annullata
	17 = Target non reperito	1 = Missione annullata

CONDIZIONE	VALORE SU SCHEDA AMBULANZA	VALORE DA INVIARE AL NSIS
2) Se la missione non risulta annullata ed è compilata una voce della sezione “TRASPORTATO”:	TRASPORTATO/INVIATO A	
	1 = Domicilio	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto
	2 = C.A.P. (Centro di Assistenza Primaria)	4 = Missione conclusa con il trasporto in punto di primo intervento
	3 = S.S. privata (Struttura Sanitaria privata)	4 = Missione conclusa con il trasporto in punto di primo intervento
	4 = R.V. (<i>Rendez-Vous</i>)	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto
	5 = Obitorio	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto
	6 = Ospedale	3 = Missione conclusa con trasporto in Ospedale
	7 = Altro	2 = Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto

Gestione degli assistiti

Per ogni missione, possono essere registrati zero, uno o più assistiti: per ogni paziente trasportato e/o soccorso dev'essere inviata una Scheda Assistito distinta.

In caso di trasporto dell'assistito presso un Centro di Assistenza Primaria, una Struttura Sanitaria Privata o un Ospedale, il numero degli assistiti è almeno pari al numero indicato nel campo “Numero pazienti trasportati” (28.0) del tracciato Missione collegato.

Nel tracciato “ASSISTITO” è sempre riportato il “Codice Scheda Missione” (campi 70.1, 70.2, 70.3) che identifica la missione in occasione della quale l'assistito è stato soccorso.

Nell'ambito della missione, l'assistito è identificato attraverso l'”Identificativo esterno assistito” (campo 32.0) di 14 cifre, il quale è composto da:

Codice CO esecutrice + Progressivo Scheda Missione (eventuale zero iniziale incluso, per le equivalenti lettere da “A” a “I”) + Progressivo numerico dell'assistito (minimo “01”)

Esempi valorizzazione campi “Codice Scheda Missione” e “Identificativo esterno assistito” del tracciato ASSISTITO:

Tracciato Assistito	Codice Scheda Missione (campi 70.1, 70.2, 70.3)			Campo 32.0
	□ C.O. esecutrice	Anno di riferimento	Progressivo Scheda Missione	Identificativo esterno assistito
<i>Unico assistito (una missione => un assistito)</i>	01	2011	0101020001	01010102000101
Più assistiti soccorsi nell'ambito di una stessa missione:				
<i>Assistito 1</i>	01	2011	0101031501	01010103150101
<i>Assistito 2</i>	01	2011	0101031501	01010103150102
<i>Assistito 3</i>	01	2011	0101031501	01010103150103

Identificativo univoco assistito

Secondo le specifiche ministeriali, il codice che identifica univocamente l'assistito nell'ambito della missione è un codice univoco (ed anonimo) della lunghezza massima di 32 caratteri. A' fini dell'invio al NSIS, è utilizzato uno dei seguenti valori:

- un Identificativo univoco (ed anonimo) dell'assistito, generato attraverso codifica del “Codice fiscale” dell'assistito (campo 48.0), laddove questi sia associabile all'assistito;
- qualora non sia ricavabile un codice fiscale associabile all'assistito, un codice di identificazione arbitrario, univoco nell'ambito della stessa missione, composto da 20 caratteri, nel seguente formato:

17 caratteri “X” + “0” + Progressivo numerico dell'assistito

In caso di trasporto dell'assistito in ospedale, per la compilazione del codice fiscale si può ricorrere al Codice di accettazione al Pronto Soccorso (69.0), attraverso cui attingere ai dati di registrazione dell'assistito presso l'ospedale di destinazione.

REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

Obbligatorietà dei campi

Campi obbligatori

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

Campi non obbligatori

Associabili ad informazioni non ancora definite obbligatorie o ad eventi che possono non verificarsi.

Campi condizionati

Riguardano informazioni che diventano obbligatorie 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 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)***

Modalità di movimentazione dei dati

Per il solo blocco informativo del tracciato "Segnalazione" è previsto un tipo movimento:

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

La cancellazione di un record del tracciato "Segnalazione" (SEGN) comporta la cancellazione di tutti i record del tracciato "Intervento" (INTERV), del tracciato "Missione" (MISS) e del tracciato "Assistito" (ANAG) aventi medesime chiavi di collegamento.

La sostituzione di informazioni relative a segnalazioni, interventi, missioni o assistiti comporta l'invio di tutti i dati correlati: saranno oggetto di sostituzione integrale sia la scheda segnalazione sia tutti gli interventi, le missioni e gli assistiti ad essa collegati.

In via transitoria, al fine di facilitare la rilevazione, un eventuale blocco informativo inviato con tipo movimento valorizzato ad "S", ma non ancora presente nell'archivio regionale, verrà trattato al pari di un primo invio.

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

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

SISTEMA DEI CONTROLLI

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

Controlli di tipo formale

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

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

Controlli logici e normativi

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

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

Il ciclo dei controlli prevede:

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

CALENDARIO DEGLI INVII

Le scadenze e la periodicità degli invii è fissata dall’Assessorato con specifica DGR del Settore DB2003 – Assetto Istituzionale ed Organizzativo delle ASR e Sistemi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro cui i dati devono essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.

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

In caso di invio di dati oltre la scadenza massima di invio definita nel calendario, il sistema di monitoraggio accoglie ugualmente i dati valorizzandoli in extracompetenza.

ALLEGATI

TRACCIATI

Premessa

Il flusso informativo regionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza da parte del 118, denominato EMUR-RP, è costituito da quattro tracciati, logicamente collegati da chiave univoca, relativi a:

“Segnalazione”: inerente al monitoraggio dei dati relativi alle segnalazioni pervenute alla Centrale Operativa del 118; raccoglie informazioni sulla chiamata (data, ora, tipo), sul richiedente, sul tipo di intervento, sull'eventuale trasferimento della chiamata ad altra Centrale Operativa;

“Intervento”: accoglie i dati relativi all'intervento attivato in seguito ad una segnalazione di richiesta di soccorso al 118; include le informazioni relative all'intervento (tipo luogo dell'accaduto, numero persone coinvolte, classe patologia e criticità presunta), alle missioni attivata; ogni record si riferisce ad un singolo intervento;

“Missione”: include i dati relativi alla missione di soccorso attivata dalla Centrale Operativa del 118; include le informazioni inerenti alle missioni attivate (mezzo di soccorso, destinazione, data/ora di partenza verso, arrivo e partenza dal, rientro); ogni record si riferisce ad una singola missione;

“Assistito”: censisce i dati anagrafici e di residenza relativi ai soggetti che hanno fruito di una prestazione del 118, nonché i dati inerenti al trattamento effettuato (identificativo assistito, valutazione, classe patologia riscontrata, prestazioni erogate, esito del trattamento, destinazione); ogni record è correlato ad una missione e si riferisce ad un singolo soggetto.

Non è consentito l'invio separato dei tracciati.

Segnalazione, relativi Interventi, Missioni e Assistiti interconnessi devono essere inclusi nel medesimo invio. È tuttavia previsto che nei relativi tracciati possano esser presenti Segnalazioni senza Intervento né missioni e relativi assistiti (senza invio di mezzi di soccorso), nonché Missioni senza alcun Assistito (in caso di missione annullata).

L'invio è ritenuto valido laddove ognuno dei quattro tracciati inviati includa almeno un record.

Nel caso di segnalazioni senza intervento, queste dovranno essere identificate con la valorizzazione dell'indicatore “Segnalazione con intervento” a '2' (equivalente a NO) così come, nel caso di missioni senza alcun trattamento assistito, l'indicatore “Missione con assistito/i” dovrà essere valorizzato a '2' (“Intervento senza assistito”).

La cancellazione di una scheda Segnalazione comporta la cancellazione di tutte le schede Intervento, Missione e Assistito ad essa collegate.

La sostituzione di informazioni relative a segnalazioni, interventi, missioni o assistiti comporta l'invio di tutti i dati correlati: saranno oggetto di sostituzione integrale la scheda segnalazione e tutti gli interventi, le missioni e gli assistiti ad essa collegati.

Descrizione del tracciato

Le colonne delle tabelle che descrivono le informazioni richieste riportano:

Numero scheda:

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

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 è:

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

non obbligatoria(NBB): il campo può non essere sempre compilato; 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 (indicata con NS) o è solo di livello regionale (indicata con RP).

Tracciato “Segnalazione”

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	OBB	NSIS
01.0	Codice C.O. inviante	AN	2	Codice Centrale Operativa (C.O.) inviante.	OBB	RP
02.0	Codice Scheda Segnalazione:					
02.1	<i>Codice Centrale Operativa</i>	AN	2	Codice Centrale Operativa che riceve la chiamata.	OBB	NS
02.2	<i>Anno di riferimento</i>	AN	4	Anno di riferimento.	OBB	NS
02.3	<i>Progressivo Scheda Segnalazione</i>	AN	6	Progressivo alfanumerico univoco nell'ambito dell'anno e della C.O.	OBB	NS
03.0	Tipo movimento	AN	1	I: inserimento; C: cancellazione; S: sostituzione.	OBB	NS
	Chiamata telefonica					
04.0	Data inizio chiamata telefonica	D	8	Indica la data di ricezione della chiamata.	OBB	NS
05.0	Ora inizio chiamata telefonica	AN	5	Indica l'ora di ricezione della chiamata.	OBB	NS
06.0	Tipo chiamata	AN	1	Indica il tipo di chiamata ricevuta dalla C.O.	OBB	NS
07.0	Tipo richiedente	AN	2	Indica il tipo di utente che ha effettuato la chiamata.	OBB	NS
08.0	Data fine chiamata telefonica	D	8	Indica la data di chiusura della chiamata C.O..	OBB	NS
09.0	Ora fine chiamata telefonica	AN	5	Indica l'ora di chiusura della chiamata alla C.O..	OBB	NS
10.0	Tipologia di intervento	AN	2	Indica l'esito della chiamata alla C.O..	CON	NS
60.0	Segnalazione da altra C.O.	AN	1	Indica se la chiamata proviene da altra Centrale Operativa.	OBB	RP
61.0	Codice C.O. di trasferimento chiamata	AN	2	Indica la C.O. a cui viene trasferita la chiamata.	CON	RP
65.0	Segnalazione con intervento	AN	1	Indica se alla segnalazione è associato un intervento.	OBB	RP

La **chiave univoca di identificazione della segnalazione** 118 è costituita dai campi:

- **Codice C.O. che riceve la segnalazione (02.1)**
- **Anno Scheda Segnalazione (02.2)**
- **Progressivo Scheda Segnalazione (02.3)**

Tracciato "Intervento"

Nella trattazione delle schede esplicative i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice "INTERV".

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	OBB	NSIS
01.0	Codice C.O. inviante	AN	2	Codice Centrale Operativa (C.O.) inviante	OBB	RP
02.0	Codice Scheda Segnalazione:					
02.1	<i>Codice Centrale Operativa</i>	AN	2	Codice C.O. che riceve la chiamata	OBB	NS
02.2	<i>Anno di riferimento</i>	AN	4	Anno di riferimento della scheda Segnalazione	OBB	NS
02.3	<i>Progressivo Scheda Segnalazione</i>	AN	6	Progressivo alfanumerico univoco nell'ambito dell'anno e della C.O.	OBB	NS
64.0	Codice Scheda Intervento:					
64.1	<i>Codice Centrale Operativa</i>	AN	2	Codice C.O. che esegue l'intervento	OBB	NS
64.2	<i>Anno di riferimento</i>	AN	4	Anno di riferimento della Scheda Intervento	OBB	NS
64.3	<i>Progressivo Scheda Intervento</i>	AN	8	Progressivo alfanumerico univoco nell'ambito dell'anno e della C.O.	OBB	NS
62.0	Codice Scheda di trasferimento:					
62.1	<i>Codice Centrale Operativa</i>	AN	2	Codice C.O. che ha trasferito la chiamata	NBB	RP
62.2	<i>Anno di riferimento</i>	AN	4	Anno di riferimento della Scheda 118 trasferita	NBB	RP
62.3	<i>Progressivo Scheda Segnalazione trasferita</i>	AN	6	Progressivo alfanumerico della Scheda Segnalazione di trasferimento, univoco nell'ambito dell'anno e della C.O.	NBB	RP
11.0	Numero missioni attivate	N	2	Indica il numero di missioni attivate per lo stesso intervento	OBB	NS
12.0	Tipo luogo accaduto	A	1	Indica il tipo di luogo in cui si è verificato l'evento segnalato	OBB	NS
13.0	Numero persone coinvolte	N	3	Indica il numero di persone coinvolte nell'evento segnalato alla C.O.	OBB	NS
14.0	Classe patologia principale presunta	AN	3	Indica il gruppo di appartenenza della patologia prevalente dedotta a seguito della chiamata	OBB	NS
15.0	Classe patologia secondaria presunta:					
15.1	Classe patologia secondaria presunta 1	AN	3	Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria dedotta a seguito della chiamata	NBB	RP
15.2	Classe patologia secondaria presunta 2	AN	3	Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria dedotta a seguito della chiamata	NBB	RP
16.0	Criticità presunta	A	1	Rappresenta la criticità dell'intervento	OBB	NS
	<i>Dinamica presunta:</i>			Campo ripetibile		
17.0	Dinamica presunta	AN	2	Indica la presunta dinamica dell'evento dedotta a seguito della chiamata, in caso di evento traumatico	NBB	RP

La **chiave univoca di identificazione dell'intervento** è costituita dai campi:

- **Codice C.O. che riceve la segnalazione (02.1)**
- **Anno Scheda Segnalazione (02.2)**
- **Progressivo Scheda Segnalazione (02.3)**
- **Codice C.O. che esegue l'intervento (64.1)**
- **Anno Scheda Intervento (64.2)**
- **Progressivo Scheda Intervento (64.3)**

Tracciato "Missione"

Nella trattazione delle schede esplicative i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice "MISS".

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	OBB	NSIS
01.0	Codice C.O. inviante	AN	2	Codice Centrale Operativa (C.O.) inviante	OBB	RP
64.0	Codice Scheda Intervento:					
64.1	<i>Codice Centrale Operativa</i>	AN	2	Codice C.O. che esegue l'intervento	OBB	NS
64.2	<i>Anno di riferimento</i>	AN	4	Anno di riferimento della scheda Intervento	OBB	NS
64.3	<i>Progressivo Scheda Intervento</i>	AN	8	Progressivo alfanumerico univoco nell'ambito dell'anno e della C.O.	OBB	NS
70.0	Codice Scheda Missione:					
70.1	<i>Codice Centrale Operativa</i>	AN	2	Codice C.O. che esegue la missione	OBB	NS
70.2	<i>Anno di riferimento</i>	AN	4	Anno di riferimento della Scheda Missione	OBB	NS
70.3	<i>Progressivo Scheda Missione</i>	N	10	Progressivo numerico univoco nell'ambito dell'anno e della C.O.	OBB	NS
18.0	Tipologia mezzo di soccorso	AN	2	Indica la tipologia del mezzo di soccorso inviato	OBB	NS
19.0	Ente di appartenenza mezzo soccorso	AN	1	Indica l'ente di appartenenza del mezzo di soccorso.	OBB	NS
20.0	Data partenza verso	D	8	Indica la data di partenza del mezzo di soccorso verso il luogo dell'evento a seguito di attivazione.	NBB	NS
21.0	Ora partenza verso	AN	5	Indica l'ora di partenza del mezzo di soccorso verso il luogo dell'evento a seguito di attivazione.	NBB	NS
22.0	Data arrivo	D	8	Indica la data di arrivo del mezzo di soccorso sul luogo dell'evento.	NBB	NS
23.0	Ora arrivo	AN	5	Indica l'ora di arrivo del mezzo di soccorso sul luogo dell'evento.	NBB	NS
24.0	Comune di destinazione	AN	6	Indica il comune in cui è avvenuto l'evento, destinazione del mezzo di soccorso.	OBB	NS
25.0	<i>Dinamica riscontrata</i>			Campo ripetibile		
	Dinamica riscontrata	AN	2	Indica la dinamica dell'evento riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso, in caso di evento traumatico.	CON	NS
26.0	Data di partenza da luogo evento	D	8	Indica la data di partenza del mezzo di soccorso dal luogo dell'evento.	NBB	NS
27.0	Ora partenza da luogo evento	AN	5	Indica l'ora di partenza del mezzo di soccorso dal luogo dell'evento.	NBB	NS
28.0	Numero pazienti trasportati	N	2	Indica il numero di pazienti trasportati dal mezzo di soccorso.	CON	NS
29.0	Data rientro	D	8	Indica la data in cui il mezzo di soccorso ritorna disponibile	NBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	OBB	NSIS
30.0	Ora rientro	AN	5	Indica l'ora in cui il mezzo di soccorso ritorna disponibile.	NBB	NS
31.0	Esito missione	AN	2	Indica l'esito della missione.	OBB	NS
66.0	Missione con assistito/i	AN	1	Indica se alla missione è collegata almeno una scheda assistito.	OBB	RP

La **chiave univoca di identificazione della missione** è costituita dai campi:

- **Codice C.O. che esegue l'intervento (64.1)**
- **Anno Scheda Intervento (64.2)**
- **Progressivo Scheda Intervento (64.3)**
- **Codice C.O. che esegue la missione (70.1)**
- **Anno Scheda Missione (70.2)**
- **Progressivo Scheda Missione (70.3)**

Tracciato “Assistito”

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	OBB	NSIS
01.0	Codice C.O. inviante	AN	2	Codice Centrale Operativa (C.O.) inviante.	OBB	RP
70.0	Codice Scheda Missione:					
70.1	<i>Codice Centrale Operativa</i>	AN	2	Codice C.O. che invia la missione	OBB	NS
70.2	<i>Anno di riferimento</i>	AN	4	Anno di riferimento della Scheda Missione	OBB	NS
70.3	<i>Progressivo Scheda Missione</i>	N	10	Progressivo numerico univoco nell'ambito dell'anno e della C.O.	OBB	NS
	Dati anagrafici assistito soccorso					
32.0	Identificativo esterno assistito	AN	14	Identificativo dell'assistito nell'ambito della missione.	OBB	RP
47.0	ID-AURA	N	10	Codice identificativo del soggetto nel sistema regionale AURA.	NBB	RP
48.0	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'assistito.	NBB	RP
49.0	Cognome	AN	50	Cognome dell'assistito.	NBB	RP
50.0	Nome	AN	50	Nome dell'assistito.	NBB	RP
51.0	Data di nascita	D	8	Data di nascita dell'assistito.	NBB	RP
52.0	Provincia e comune o stato estero di nascita	AN	6	Codice luogo di nascita dell'assistito.	NBB	RP
53.0	Genere	AN	1	Sesso dell'assistito.	CON	NS
54.0	Cittadinanza	AN	3	Codice cittadinanza dell'assistito.	NBB	NS
55.0	Codice Istituzione TEAM	AN	28	Indica il codice di identificazione assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione o di residenza.	CON	NS
	Età assistito soccorso					
56.0	Anno di nascita	AN	4	Anno di nascita.	CON	NS
57.0	Mese di nascita	AN	2	Mese di nascita (da compilare solo se età assistito inferiore ad un anno).	CON	NS
58.0	Età presunta	AN	1	Fascia di età presunta (da compilare se anno di nascita mancante).	CON	NS
	Dati di residenza assistito soccorso					
59.0	Provincia e comune o Stato estero di residenza	AN	6	Comune / Stato estero di residenza.	NBB	NS
67.0	Regione di residenza	AN	3	Regione di residenza	NBB	NS
	Dati trattamento assistito soccorso					
33.0	Valutazione sanitaria	AN	2	Indica la valutazione sanitaria dell'assistito effettuata dagli operatori del mezzo di soccorso.	OBB	NS
34.0	Classe patologia prevalente riscontrata	AN	3	Indica il gruppo di appartenenza della patologia prevalente riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.	OBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	OBB	NSIS
35.0	Classe patologia secondaria riscontrata:					
35.1	Classe patologia secondaria riscontrata 1	AN	3	Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.	NBB	RP
35.2	Classe patologia secondaria riscontrata 2	AN	3	Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.	NBB	RP
35.3	Classe patologia secondaria riscontrata 3	AN	3	Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.	NBB	RP
36.0	Patologia riscontrata	AN	5	Indica la patologia riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.	OBB	NS
68.0	Tempo di insorgenza	AN	1	Indica il tempo di insorgenza delle patologie: dolore toracico, sindrome coronarica acuta, ictus.	CON	RP
37.0	Prestazione principale	AN	10	Indica la prestazione eseguita ritenuta più importante per gravità clinica ed impegno di risorse.	OBB	NS
38.0	Erogatore prestazione principale:					
38.1	Erogatore prestazione principale 1	AN	1	Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione.	OBB	RP
38.2	Erogatore prestazione principale 2	AN	1	Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione.	NBB	RP
38.3	Erogatore prestazione principale 3	AN	1	Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione.	NBB	RP
39.0	<i>Prestazione secondaria:</i>			Sezione ripetitiva da 0 a 4 occorrenze		
	Prestazione secondaria	AN	10	Indica le prestazioni secondarie per gravità clinica ed impegno di risorse.	NBB	NS
40.0	Erogatore prestazioni secondarie:					
40.1	Erogatore prestazione secondaria 1	AN	1	Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione.	CON	RP
40.2	Erogatore prestazione secondaria 2	AN	1	Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione.	NBB	RP
40.3	Erogatore prestazione secondaria 3	AN	1	Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione.	NBB	RP
41.0	Codice esito trattamento	AN	1	Indica l'esito del trattamento effettuato sull'assistito dagli operatori del mezzo di soccorso.	OBB	NS
42.0	Criticità post trattamento	AN	1	Indica la criticità dello stato dell'assistito nel momento in cui viene concluso il trattamento da parte degli operatori 118.	OBB	RP
63.0	Criticità fine	AN	1	Indica la criticità dello stato dell'assistito al momento in cui finisce la presa in carico da parte degli operatori del 118.	CON	NS
43.0	Codice istituto destinazione	AN	8	Indica il codice dell'istituto in cui è stato trasportato l'assistito dal mezzo di soccorso.	CON	NS
69.0	Codice di accettazione al Pronto Soccorso	AN	13	Identificativo assegnato all'assistito in fase di accettazione al triage dell'ospedale di destinazione.	NBB	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	OBB	NSIS
44.0	Data arrivo istituto destinazione	D	8	Indica la data di arrivo del mezzo di soccorso all'istituto di destinazione.	CON	NS
45.0	Ora arrivo istituto destinazione	AN	5	Indica l'ora di arrivo del mezzo di soccorso all'istituto di destinazione.	CON	NS
46.0	Codice reparto destinazione	AN	2	Indica il codice del reparto di ricovero dell'assistito nel caso in cui il paziente venga trasportato in ospedale per ricovero diretto.	CON	NS

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

- **Identificativo esterno assistito (32.0)**
- **Codice C.O. che esegue la missione (70.1)**
- **Anno Scheda Missione (70.2)**
- **Progressivo Scheda Missione (70.3)**

SCHEDE ANALITICHE

Premessa

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

<i>Tracciato</i>	Riporta il codice del tracciato a cui la scheda si riferisce.
<i>Nome del campo</i>	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna della tabella tracciato record.
<i>Obbligatorietà</i>	Può essere: SI , o NO , o CONDIZIONATO , come riportato nel tracciato.
<i>Campo N°</i>	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato.
<i>Descrizione del campo</i>	Attribuisce un significato univoco al nome del campo.
<i>Correttezza formale</i>	Contiene quattro righe così articolate: LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record. FORMATO: definisce il campo quale <i>alfabetico</i> , <i>alfanumerico</i> , <i>data</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato. VALORI AMMESSI: espone i soli valori fra cui scegliere l'informazione corretta. TABELLE DI RIFERIMENTO: quando il "valore ammesso" è riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga.
<i>Controlli applicati:</i>	Nel quadro "controlli applicati" sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli logici in cui è coinvolto il campo specifico.
<i>Osservazioni e precisazioni</i>	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico del tracciato.

Schede

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Codice Centrale Operativa inviante	01.0
INTERV	OBB		
MISS	OBB		
ANAG	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice della Centrale Operativa (C.O.) che invia i dati al sistema di monitoraggio regionale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

01 = C.O. Torino

02 = C.O. Alessandria

03 = C.O. Cuneo

04 = C.O. Novara

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Codice Scheda Segnalazione: Codice Centrale Operativa	02.1
INTERV	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice della Centrale Operativa che riceve la chiamata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04

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

CONTROLLI APPLICATI

L42 – Congruenza tra Codice C.O. e codice C.O. di trasferimento chiamata.

N01 – Scheda non elaborata: chiave non trovata.

N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.

N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio.

N04 – Scheda non elaborata: errata associazione Scheda Intervento.

N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.

S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

LEGENDA DEI CODICI:

01 = C.O. Torino

02 = C.O. Alessandria

03 = C.O. Cuneo

04 = C.O. Novara

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Codice Scheda Segnalazione: Anno di riferimento	02.2
INTERV	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
È l'anno di competenza riferito alla data della segnalazione.

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

CONTROLLI APPLICATI
L01 – Congruenza tra “anno Scheda Segnalazione” e “data inizio chiamata”. L04 – Congruenza tra “anno Scheda Segnalazione” e “anno Scheda Intervento”. N01 – Scheda non elaborata: chiave non trovata. N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata. N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio. N04 – Scheda non elaborata: errata associazione Scheda Intervento. N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati. S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
CAMPO CHIAVE

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Codice Scheda Segnalazione: progressivo	02.3
INTERV	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

È il progressivo della Scheda Segnalazione univoco nell'ambito dell'anno di competenza e della Centrale Operativa che riceve la chiamata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: A-Z, 0-9 (da AA0000 a ZZ9999)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

- N01 – Scheda non elaborata: chiave non trovata.
- N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.
- N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio.
- N04 – Scheda non elaborata: errata associazione Scheda Intervento.
- N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.
- S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

In conformità alla codifica 118 regionale, il codice è composto da due lettere maiuscole seguite da quattro cifre numeriche progressive (minimo 0000).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Tipo movimento	03.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se l'invio riguarda una nuova Scheda 118 o la richiesta di sostituzione o cancellazione di una Scheda precedentemente inviata e regolarmente accettata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: I, S, C

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

CONTROLLI APPLICATI

N01 – Scheda non elaborata: chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio.

S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La cancellazione di un record del tracciato “Segnalazione” (SEGN) comporta la cancellazione di tutti i record del tracciato “Intervento” (INTERV), del tracciato “Missione” (MISS) e del tracciato “Assistito” (ANAG) aventi medesime chiavi di collegamento.

La sostituzione di informazioni relative a segnalazioni, interventi, missioni o assistiti comporta l'invio di tutti i dati correlati: saranno oggetto di sostituzione integrale sia la scheda segnalazione sia tutti gli interventi, le missioni e gli assistiti ad esse collegati.

LEGENDA DEI CODICI:

“I” – primo invio
 “S” – sostituzione.
 “C” – cancellazione

N.B.: per “Primo invio” si intende una Scheda che non sia mai stata inviata in precedenza o che sia stata precedentemente cancellata (mediante invio pregresso con Tipo movimento “C”), oppure che sia stata respinta come “Non elaborabile” (errore Nxx).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Data inizio chiamata	04.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di ricezione della chiamata telefonica da parte della Centrale Operativa del 118.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra “anno Scheda Segnalazione” e “data inizio chiamata”.

L02 – Congruenza tra “data inizio chiamata” e “data fine chiamata”.

L03 – Congruenza tra “ora inizio chiamata” e “ora fine chiamata”.

L25 – Congruenza tra “data inizio chiamata” e “data di nascita”.

L28 – Congruenza tra “Anno nascita”, “Mese nascita”, “Età presunta” e “Data inizio chiamata”.

L30 – Congruenza tra “data inizio chiamata” e “anno di nascita”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Ora inizio chiamata	05.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'ora di ricezione della chiamata.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 5</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: HH:MM – da 00:00 a 23:59</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>

CONTROLLI APPLICATI
L03 – Congruenza tra “ora inizio chiamata” e “ora fine chiamata”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Tipo chiamata	06.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo di chiamata ricevuta dalla C.O.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 6, 9

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

CONTROLLI APPLICATI

L31 – Congruenza tra “Tipo chiamata” e “Tipologia di intervento”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

- 1 = Richiesta di soccorso
- 2 = Informazione all'utenza
- 3 = Ricerca posti letto
- 4 = Continuità assistenziale
- 5 = Trasporto secondario urgente
- 6 = Intervento già in corso
- 9 = Altro

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Tipo richiedente	07.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo di utente che ha effettuato la chiamata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 9, 20 – 23

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

- 1 = Continuità assistenziale
- 2 = Privato
- 3 = Carabinieri/Polizia
- 4 = Struttura penitenziaria
- 5 = Vigili del fuoco
- 6 = Guardia di Finanza
- 7 = MMG/PLS
- 8 = medico di emergenza territoriale
- 9 = Altro
- 20 = RSA
- 21 = Casa di Riposo
- 22 = Casa di cura privata
- 23 = Casa di reclusione

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Data fine chiamata	08.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di chiusura della chiamata alla C.O..

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L02 – Congruenza tra “data inizio chiamata” e “data fine chiamata”.

L03 – Congruenza tra “ora inizio chiamata” e “ora fine chiamata”.

L08 – Congruenza tra data “fine chiamata” e “data partenza verso”.

L09 – Congruenza tra “ora fine chiamata” e “ora partenza verso”.

L22 – Congruenza tra “Codice trattamento”, “Codice specialità reparto”, “Data fine chiamata”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Ora fine chiamata	09.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'ora di chiusura della chiamata alla C.O..

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 5</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: HH:MM – da 00:00 a 23:59</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>

CONTROLLI APPLICATI
<p>L03 – Congruenza tra “ora inizio chiamata” e “ora fine chiamata”.</p> <p>L09 – Congruenza tra “ora fine chiamata” e “ora partenza verso”.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	CON	Tipologia di intervento	10.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'esito della chiamata telefonica alla C.O..

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 6, 98, 99

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

CONTROLLI APPLICATI

L31 – Congruenza tra “Tipo chiamata” e “Tipologia di intervento”.

L39 – Congruenza tra “Tipologia di intervento” e “Codice C.O. di trasferimento”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = consiglio telefonico di consultare il medico di base

2 = attivazione della continuità assistenziale

3 = attivazione missione attraverso invio dei mezzi di soccorso

4 = deviato ad altro ente di soccorso

5 = consiglio clinico

6 = attivazione altre strutture SSN

98 = trasferita ad altra C.O. della Regione

99 = trasferita ad altra C.O. fuori Regione

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	OBB	Numero missioni attivate	11.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il numero di missioni attivate per lo stesso intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	OBB	Tipo luogo accaduto	12.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo di luogo in cui si è verificato l'evento segnalato.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: A

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

S = strada

P = uffici ed esercizi pubblici

Y = impianti sportivi

K = casa

L = impianti lavorativi

Q = scuole

Z = altri luoghi

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	OBB	Numero persone coinvolte	13.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il numero di persone coinvolte nell'evento segnalato alla C.O.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1-3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Qualora il numero delle persone coinvolte non sia noto, dovrà essere utilizzato il valore “999” (equivalente a numero non definito).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	OBB	Classe patologia principale presunta	14.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il gruppo di appartenenza della patologia prevalente dedotta a seguito della chiamata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza tra “Classe patologia principale presunta” e “Classe patologia secondaria presunta”.

L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.

L35 – Congruenza tra “Classe patologia presunta” e “Dinamica riscontrata”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	NBB	Classe patologia secondaria presunta 1	15.1

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria dedotta a seguito della chiamata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza tra “Classe patologia principale presunta” e “Classe patologia secondaria presunta”.

L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.º
INTERV	NBB	Classe patologia secondaria presunta 2	15.2

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria dedotta a seguito della chiamata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia presunta (tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza tra “Classe patologia principale presunta” e “Classe patologia secondaria presunta”

L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	OBB	Criticità presunta	16.0

DESCRIZIONE CAMPO

Rappresenta la criticità dell'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: A

VALORI AMMESSI:

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

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

R = rosso – molto critico

G = giallo – mediamente critico

V = verde – poco critico

B = bianco – non critico

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	NBB	Dinamica presunta	17.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la dinamica dell'evento dedotta a seguito della chiamata, in caso di evento traumatico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 00 – 19

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Dinamica riscontrata (tabella B delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.

L37 – Congruenza tra “Classe patologia presunta” e “Dinamica presunta”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	OBB	Tipologia mezzo	18.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia del mezzo di soccorso inviato.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 2
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1 – 15
TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

- 1 = Mezzo di soccorso di base (MSB) – Soccorritore
 2 = Mezzo di soccorso avanzato (MSA) – *Infermiere*
 3 = Mezzo di soccorso avanzato (MSA) – *Medico*
 4 = Mezzo di soccorso avanzato (MSA) – *Medico e infermiere*
 5 = Auto medica (AM) – *Infermiere*
 6 = Auto medica (AM) – *Medico*
 7 = Auto medica (AM) – *Medico e Infermiere*
 8 = Motomedica (MM) – *Infermiere*
 9 = Motomedica (MM) – *Medico*
 10 = Idroambulanza (IA) – *Soccorritore*
 11 = Idroambulanza (IA) – *Infermiere*
 12 = Idroambulanza (IA) – *Medico*
 13 = Idroambulanza (IA) – *Medico e Infermiere*
 14 = Elicottero
 15 = Altro

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	OBB	Ente di appartenenza del mezzo	19.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'Ente di appartenenza del mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 3, 9

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

- 1 = Mezzo di proprietà della Azienda sanitaria
- 2 = Mezzo di proprietà di Enti e Associazioni convenzionate
- 3 = Mezzo di proprietà di altri Enti Pubblici
- 9 = Altro

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	NBB	Data partenza verso	20.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di partenza del mezzo di soccorso verso il luogo dell'evento a seguito di attivazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra “data partenza verso” e “data arrivo”.
L08 – Congruenza tra data “fine chiamata” e “data partenza verso”.
L09 – Congruenza tra “ora partenza verso” e “ora fine chiamata”.
L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	NBB	Ora partenza verso	21.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'ora di partenza del mezzo di soccorso verso il luogo dell'evento a seguito di attivazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: HH:MM – da 00:00 a 23:59

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L09 – Congruenza tra “ora fine chiamata” e “ora partenza verso”.

L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	NBB		
		Data arrivo	22.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di arrivo del mezzo di soccorso sul luogo dell'evento

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L07 – Congruenza tra “data partenza verso” e “data arrivo”.

L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.

L11 – Congruenza tra “data arrivo” e “data partenza da luogo evento”.

L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	NBB	Ora arrivo	23.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di arrivo del mezzo di soccorso sul luogo dell'evento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: HH:MM – da 00:00 a 23:59

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L10 – Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”.
L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	OBB	Comune di destinazione	24.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il comune in cui è avvenuto l'evento, destinazione del mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei comuni – Codici ISTAT

CONTROLLI APPLICATI

L34 – Il codice comune deve esistere nella tabella di riferimento.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	CON	Dinamica riscontrata	25.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la dinamica dell'evento riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso, in caso di evento traumatico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 00 – 19

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Dinamica riscontrata (tabella B delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.

L35 – Congruenza tra “Classe patologia presunta” e “Dinamica riscontrata”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	NBB	Data partenza dal luogo evento	26.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di partenza del mezzo di soccorso dal luogo dell'evento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L11 – Congruenza tra “data arrivo” e “data partenza da luogo evento”.

L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.

L14 – Congruenza tra “data partenza da luogo evento” e “data rientro”.

L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	NBB	Ora partenza dal luogo evento	27.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'ora di partenza del mezzo di soccorso dal luogo dell'evento

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: HH:MM – da 00:00 a 23:59

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L12 – Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.

L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	CON	Numero pazienti trasportati	28.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il numero di pazienti trasportati dal mezzo di soccorso

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	NBB	Data rientro	29.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data in cui il mezzo di soccorso ritorna disponibile.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L14 – Congruenza tra “data partenza da luogo evento” e “data rientro”.

L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.

L18 – Congruenza tra “data arrivo istituto di destinazione” e “data rientro”.

L21 – Congruenza tra “ora arrivo istituto di destinazione” e “ora rientro”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	NBB	Ora rientro	30.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'ora in cui il mezzo di soccorso ritorna disponibile.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: HH:MM – da 00:00 a 23:59

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L15 – Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”.

L21 – Congruenza tra “ora arrivo istituto di destinazione” e “ora rientro”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

N.B. La percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	OBB	Esito missione	31.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'esito della missione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

L47 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice di accettazione al Pronto Soccorso”.

L50 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice esito trattamento”.

N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Per le missioni concluse con un trasporto dell'assistito presso una delle seguenti destinazioni:

- 1 = Domicilio
- 2 = Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.)
- 3 = Struttura sanitaria privata
- 4 = *Rendez-vous*
- 5 = Obitorio
- 6 = Ospedale

7 = Altro

Per le missioni non completate:

11 = Annullato da C.O.

12 = Avaria mezzo

13 = Meteo negativo

14 = Paziente non trovato

15 = Paziente già evacuato

16 = Target irraggiungibile

17 = Target non reperito

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Trattamento assistito soccorso: Identificativo esterno assistito	32.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identificativo esterno del soggetto nel sistema regionale di 118.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 14

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.

N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio.

N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.

N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.

N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.

N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

È il codice assistito nell’ambito della missione.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.º
ANAG	CON	Trattamento assistito soccorso: Valutazione sanitaria	33.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la valutazione sanitaria dell'assistito effettuata dagli operatori del mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: I0, I1, I2, I3, I4, 99

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L32 – Congruenza tra “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”.

L33 – Congruenza tra “Criticità fine”, “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

I0 = soggetto che NON necessita di intervento

I1 = soggetto affetto da forma morbosa di grado lieve

I2 = soggetto affetto da forma morbosa grave

I3 = soggetto con compromissione delle funzioni vitali

I4 = deceduto

99 = non rilevato

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Trattamento assistito soccorso: Classe patologia principale riscontrata	34.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il gruppo di appartenenza della patologia prevalente riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia riscontrata (tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Trattamento assistito soccorso: Classe patologia secondaria riscontrata 1	35.1

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia riscontrata (tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

- L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
- L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.
- L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
- L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Trattamento assistito soccorso: Classe patologia secondaria riscontrata 2	35.2

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia riscontrata (tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Trattamento assistito soccorso: Classe patologia secondaria riscontrata 3	35.3

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il gruppo di appartenenza della patologia secondaria riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Classe Patologia riscontrata (tabella A delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

- L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
- L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.
- L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
- L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Patologia riscontrata	36.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la patologia riscontrata dagli operatori del mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici patologia riscontrata (tabella C delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

- L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
- L20 – Congruenza tra Patologia riscontrata e Tempo di insorgenza.
- L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.
- L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
- L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Trattamento assistito soccorso: Prestazione principale	37.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la prestazione eseguita ritenuta più importante per gravità clinica ed impegno di risorse.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6 – 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Prestazioni 118 (tabella D delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Trattamento assistito soccorso: Erogatore prestazione principale 1	38.1

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione principale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L41 – Congruenza tra “Erogatore prestazione principale 1” e “Erogatore prestazione principale 2” e “Erogatore prestazione principale 3”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = medico

2 = infermiere

3 = non sanitario

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Trattamento assistito soccorso: Erogatore prestazione principale 2	38.2

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione principale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L41 – Congruenza tra “Erogatore prestazione principale 1” e “Erogatore prestazione principale 2” e “Erogatore prestazione principale 3” .

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = medico

2 = infermiere

3 = non sanitario

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Trattamento assistito soccorso: Erogatore prestazione principale 3	38.3

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione principale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L41 – Congruenza tra “Erogatore prestazione principale 1” e “Erogatore prestazione principale 2” e “Erogatore prestazione principale 3”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Medico

2 = infermiere

3 = non sanitario

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Trattamento assistito soccorso: Prestazione secondaria	39.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica le prestazioni secondarie per gravità clinica ed impegno di risorse.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Prestazioni 118 (tabella D delle Specifiche Funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso).

CONTROLLI APPLICATI

- L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
- L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.
- L36 – Congruenza tra “Prestazione secondaria” ed “Erogatore prestazione secondaria 1”.
- L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
- L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Trattamento assistito soccorso: Erogatore prestazione secondaria 1	40.1

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L36 – Congruenza tra “Prestazione secondaria” ed “Erogatore prestazione secondaria 1”.
L40 – Congruenza tra “Erogatore prestazione secondaria 1”, “Erogatore prestazione secondaria 2” e “Erogatore prestazione secondaria 3”.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Medico
2 = Infermiere
3 = Non sanitario

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Trattamento assistito soccorso: Erogatore prestazione secondaria 2	40.2

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L40 – Congruenza tra “Erogatore prestazione secondaria 1”, “Erogatore prestazione secondaria 2” e “Erogatore prestazione secondaria 3”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Medico

2 = Infermiere

3 = Non sanitario

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Trattamento assistito soccorso: Erogatore prestazione secondaria 3	40.3

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia del personale che ha erogato la prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L40 – Congruenza tra “Erogatore prestazione secondaria 1”, “Erogatore prestazione secondaria 2” e “Erogatore prestazione secondaria 3”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Medico

2 = Infermiere

3 = Non sanitario

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Trattamento assistito soccorso: Codice esito trattamento	41.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'esito del trattamento effettuato sull'assistito dagli operatori del mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

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

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L16 – Congruenza tra “Codice trattamento” e “Codice istituto destinazione”.

L17 – Congruenza tra “Codice trattamento”, “Data arrivo istituto destinazione”, “Ora arrivo istituto destinazione”.

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L22 – Congruenza tra “Codice trattamento”, “Codice specialità reparto”, “Data fine chiamata”.

L32 – Congruenza tra “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”.

L33 – Congruenza tra “Criticità fine”, “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”.

L43 – Congruenza tra “Codice trattamento” e “Criticità fine”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

L50 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice esito trattamento”

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Trasporto in pronto soccorso

2 = Trasporto diretto in reparto di specialità

3 = Trattamento sul posto senza trasporto

4 = Rifiuto trasporto

5 = Decesso sul posto

6 = Decesso durante il trasporto

7 = Trasporto in punto di primo intervento

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Trattamento assistito soccorso: Criticità post trattamento	42.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la criticità dello stato dell'assistito al momento in cui finisce il trattamento da parte degli operatori del 118.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: R, G, V, B, N

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

R = Rosso – molto critico
G = Giallo – mediamente critico
V = Verde – poco critico
B = Bianco – non critico
N = Nero – deceduto

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Trattamento assistito soccorso: Codice istituto destinazione	43.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice dell'istituto in cui è stato trasportato l'assistito dal mezzo di soccorso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici HSP11 e HSP11bis.

CONTROLLI APPLICATI

L16 – Congruenza tra “Codice trattamento” e “Codice istituto destinazione”.

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Trattamento assistito soccorso: Data arrivo Istituto destinazione	44.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di arrivo del mezzo di soccorso all'istituto di destinazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L17 – Congruenza tra “Codice trattamento” e “Data arrivo istituto destinazione”.

L18 – Congruenza tra “Data rientro” e “Data arrivo istituto destinazione”.

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L21 – Congruenza tra “Ora arrivo istituto di destinazione” e “Ora rientro”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Trattamento assistito soccorso: Ora arrivo istituto destinazione	45.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'ora di arrivo del mezzo di soccorso all'istituto di destinazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: HH:MM – da 00:00 a 23:59

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L17 – Congruenza tra “codice trattamento”, “data arrivo istituto destinazione”, “ora arrivo istituto destinazione”.

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L21 – Congruenza tra “ora arrivo istituto di destinazione” e “ora rientro”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Trattamento assistito soccorso: Codice specialità reparto destinazione	46.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice del reparto di ricovero dell'assistito nel caso in cui il paziente venga trasportato in ospedale per ricovero diretto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici ministeriali di disciplina ospedaliera indicati nel DM 23/12/1996 (e ribaditi nel DM 5/12/2006) e riportati successivamente nella SDO.

CONTROLLI APPLICATI

- L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
- L22 – Congruenza tra “Codice trattamento”, “Codice specialità reparto”, “Data fine chiamata”.
- L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.
- L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
- L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Identificativo AURA	47.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identificativo del soggetto nel sistema regionale AURA.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 1-10

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 9999999999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L23 – Congruenza fra “ID-AURA” e “codice fiscale”.
L24 – Congruenza tra “ID-AURA” e dati primari del profilo anagrafico.
L38 – Congruenza tra “ID-AURA” 2 “genere”.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Codice fiscale	48.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano nonché ai cittadini stranieri che presentano domanda d'ingresso nel territorio italiano oppure che richiedono il rilascio o rinnovo del permesso di soggiorno. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici '9', o sedici "0"

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L23 – Congruenza fra “ID-AURA” e “codice fiscale”.
L24 – Congruenza fra “ID-AURA” e dati primari del profilo anagrafico.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.
N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.
S02 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

--

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Cognome	49.0

DESCRIZIONE CAMPO

Cognome dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1-50

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: A – Z, spazio, apostrofo

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

- L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
- L24 – Congruenza fra “ID-AURA” e dati primari del profilo anagrafico.
- L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
- L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Nome	50.0

DESCRIZIONE CAMPO

Nome del soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1 – 50

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: A – Z, spazio, apostrofo

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L24 – Congruenza fra “ID-AURA” e dati primari del profilo anagrafico.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.º
ANAG	NBB	Data di Nascita	51.0

DESCRIZIONE CAMPO

Data di nascita del soggetto.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GMMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L24 – Congruenza fra “ID-AURA” e dati primari del profilo anagrafico.
L25 – Congruenza fra “data di inizio chiamata” e “data di nascita”.
L27 – Congruenza tra “Data di nascita”, “Anno nascita”, “Mese nascita” ed “Età presunta”.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Provincia e comune o stato estero di nascita	52.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice indicante il comune o stato estero di nascita.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani;
999 + codice ISTAT Stato estero (diverso da 100).

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici ISTAT dei Comuni e tabella Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L24 – Congruenza fra “ID-AURA” e dati primari del profilo anagrafico.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per i nati in Italia si indica il codice ISTAT indicante provincia e comune.
Per i nati all'estero si indica genericamente il codice dello “Stato Estero” preceduto da “999”.

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Genere	53.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice indicante il genere del soggetto.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 2; 9

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

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L24 – Congruenza fra ID-AURA e dati primari del profilo anagrafico.

L38 – Congruenza tra “ID-AURA” e “genere”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La compilazione del campo è obbligatoria se non presente l’ID-AURA;

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Maschio

2 = Femmina

9 = Non rilevato

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Cittadinanza	54.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice cittadinanza del soggetto.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: se cittadino italiano: **“100”**; se cittadino di Stato estero: **codice Stato estero**; se “apolide”: **“999”**; se “non identificabile”: **“000”**.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT degli Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L26 – Congruenza tra provincia e comune di residenza e cittadinanza.

L34 – Il codice deve esistere nella tabella di riferimento.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Codice Istituzione TEAM	55.0

DESCRIZIONE CAMPO

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

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 28

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L44 – Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Codice istituzione TEAM”
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Anno di nascita	56.0

DESCRIZIONE CAMPO

Anno di nascita del soggetto.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: AAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L27 – Congruenza tra “Data di nascita”, “Anno nascita”, “Mese nascita” ed “Età presunta”.

L28 – Congruenza tra “Anno nascita”, “Mese nascita”, “Età presunta” e “Data inizio chiamata”.

L30 – Congruenza tra “anno di nascita” e “data inizio chiamata”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Mese di nascita	57.0

DESCRIZIONE CAMPO

Mese di nascita del soggetto per età inferiore ad un anno.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01 – 12

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L27 – Congruenza tra “Data di nascita”, “Anno nascita”, “Mese nascita” ed “Età presunta”.

L28 – Congruenza tra “Anno nascita”, “Mese nascita”, “Età presunta” e “Data inizio chiamata”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Età presunta	58.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la fascia di età, anche apparente, del paziente soccorso.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 0 – 6

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L27 – Congruenza tra “Data di nascita”, “Anno nascita”, “Mese nascita” ed “Età presunta”.

L28 – Congruenza tra “Anno nascita”, “Mese nascita”, “Età presunta” e “Data inizio chiamata”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

0 = 0 – 30 giorni

1 = 1 – 12 mesi

2 = 1 – 5 anni

3 = 6 – 14 anni

4 = 15 – 64 anni

5 = 65 – 80 anni

6 = > 80 anni

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Provincia e Comune di residenza	59.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la Provincia ed il Comune italiano o lo Stato estero di residenza.

CONTROLLI FORMALI

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani;
999 + codice ISTAT Stato estero (diverso da 100);
STP + codice ISTAT Stato estero (diverso da 100);
999999 per i soggetti apolidi.

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

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra “Provincia/Comune di residenza” e “Regione di residenza”.
L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L26 – Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Cittadinanza”.
L29 – Congruenza tra “Comune di residenza” e “Regione di residenza”.
L44 – Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Codice istituzione TEAM”.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per i residenti in Italia, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza. Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune.

Per i residenti all'estero, il codice ISTAT dello Stato preceduto da 999, o STP seguito dal codice ISTAT Stato estero.

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

Per i soggetti apolidi, va indicato il codice “999999”

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Segnalazione da altra C.O.	60.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se la segnalazione è pervenuta da altra C.O.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = segnalazione non proveniente da trasferimento

2 = segnalazione pervenuta da altra C.O. della Regione Piemonte

3 = segnalazione pervenuta da altra C.O. fuori regione

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	CON	Codice C.O. di trasferimento chiamata	61.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice della Centrale Operativa a cui viene trasferita la chiamata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29

TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda dei codici nel quadro osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L39 – Congruenza tra “Tipologia di intervento” e “Codice C.O. di trasferimento chiamata”.
L42 – Congruenza tra “Codice C.O.”. e “codice C.O. di trasferimento chiamata”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Qualora trattasi di Centrale Operativa al di fuori della Regione Piemonte, viene indicata la Regione della Centrale Operativa o lo Stato estero (Francia o Svizzera) cui è trasferita la chiamata

LEGENDA DEI CODICI:

01 = C.O. Torino

02 = C.O. Alessandria

03 = C.O. Cuneo

04 = C.O. Novara

09 = C.O. Regione Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste

10 = C.O. Regione Lombardia
11 = C.O. Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol
12 = C.O. Regione Veneto
13 = C.O. Regione Friuli-Venezia Giulia
14 = C.O. Regione Liguria
15 = C.O. Regione Emilia-Romagna
16 = C.O. Regione Toscana
17 = C.O. Regione Umbria
18 = C.O. Regione Marche
19 = C.O. Regione Lazio
20 = C.O. Regione Abruzzo
21 = C.O. Regione Molise
22 = C.O. Regione Campania
23 = C.O. Regione Puglia
24 = C.O. Regione Basilicata
25 = C.O. Regione Calabria
26 = C.O. Regione Sicilia
27 = C.O. Regione Sardegna
28 = Francia
29 = Svizzera

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	NBB	Codice Scheda 118 trasferita: Codice Centrale Operativa	62.1

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice della Centrale Operativa che ha trasferito la chiamata ad altra Centrale Operativa.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29

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

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Qualora trattasi di Centrale Operativa al di fuori della Regione Piemonte, viene indicata la Regione della Centrale Operativa o lo Stato estero (Francia o Svizzera) da cui è stata trasferita la chiamata

LEGENDA DEI CODICI:

01 = C.O. Torino

02 = C.O. Alessandria

03 = C.O. Cuneo

04 = C.O. Novara

09 = C.O. Regione Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste

10 = C.O. Regione Lombardia

11 = C.O. Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol

12 = C.O. Regione Veneto

13 = C.O. Regione Friuli-Venezia Giulia
14 = C.O. Regione Liguria
15 = C.O. Regione Emilia-Romagna
16 = C.O. Regione Toscana
17 = C.O. Regione Umbria
18 = C.O. Regione Marche
19 = C.O. Regione Lazio
20 = C.O. Regione Abruzzo
21 = C.O. Regione Molise
22 = C.O. Regione Campania
23 = C.O. Regione Puglia
24 = C.O. Regione Basilicata
25 = C.O. Regione Calabria
26 = C.O. Regione Sicilia
27 = C.O. Regione Sardegna
28 = Francia
29 = Svizzera

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	NBB	Codice Segnalazione trasferita: Anno di riferimento	62.2

DESCRIZIONE CAMPO

È l'anno di competenza della Scheda 118 trasferita ad altra Centrale Operativa.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	NBB	Codice Segnalazione trasferita: Progressivo	62.3

DESCRIZIONE CAMPO

È il progressivo della Scheda Segnalazione trasferita ad altra Centrale Operativa univoco nell'ambito dell'anno di competenza e della Centrale Operativa stessa.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: A-Z, 0-9 (da AA0000 a ZZ9999)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

In conformità alla codifica 118 regionale, il codice è un progressivo composto da due lettere maiuscole seguite da quattro cifre numeriche (da 0000 a 9999).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Criticità fine	63.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la criticità dello stato dell'assistito al momento in cui finisce la presa incarico da parte degli operatori del 118. Il campo deve essere compilato anche nei casi in cui non viene effettuato il trasporto al PS.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: R, G, V, B, N

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

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L43 – Congruenza tra “Codice trattamento” e “Criticità fine”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

R = Rosso – molto critico

G = Giallo – mediamente critico

V = Verde – poco critico

B = Bianco – non critico

N = Nero – deceduto

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	OBB	Codice Scheda Intervento: Codice Centrale Operativa	64.1
MISS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice della Centrale Operativa che esegue l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04

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

CONTROLLI APPLICATI

L04 – Congruenza tra “anno Scheda Segnalazione” e “anno Scheda Intervento”.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.

N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio.

N04 – Scheda non elaborata: errata associazione Scheda Intervento.

N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.

N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.

S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

LEGENDA DEI CODICI:

01 = C.O. Torino

02 = C.O. Alessandria

03 = C.O. Cuneo

04 = C.O. Novara

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	OBB	Codice Scheda Intervento: Anno di riferimento	64.2
MISS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
È l'anno di competenza della Scheda Intervento.

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

CONTROLLI APPLICATI
L04 – Congruenza tra “Anno Scheda Segnalazione” e “Anno Scheda Intervento”. L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”. L48 – Congruenza tra “Anno Scheda Intervento” e “Anno Scheda Missione”. N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata. N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio. N04 – Scheda non elaborata: errata associazione Scheda Intervento. N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate. N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati. S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
CAMPO CHIAVE

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
INTERV	OBB	Codice Scheda Intervento: Progressivo	64.3
MISS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

È il progressivo Scheda intervento univoco nell'ambito dell'anno di competenza e della Centrale Operativa.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: A-Z, 0-9 (da AA000000 a ZZ999900)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.

N03 – Scheda non elaborata: scheda già presente in archivio.

N04 – Scheda non elaborata: errata associazione Scheda Intervento.

N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.

N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.

S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

In conformità alla codifica 118 regionale, il codice è composto da due lettere maiuscole seguite da sei cifre numeriche, secondo il seguente schema:

Progressivo Scheda Segnalazione + “00” (valore fisso poiché ad ogni Segnalazione corrisponde un solo intervento)

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
SEGN	OBB	Segnalazione con intervento	65.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se alla segnalazione è collegato uno o più interventi/missioni.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2

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

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

N04 – Scheda non elaborata: errata associazione Scheda Intervento.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI

1 = sì

2 = no

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	OBB	Missione con assistito/i	66.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se alla missione è collegata almeno una scheda assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2

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

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L33 – Congruenza tra “Criticità fine”, “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI

1 = sì
2 = no

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Regione di residenza	67.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la regione di residenza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice regione o codice '999' per i soggetti residenti all'estero o apolidi.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT regioni d'Italia

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Provincia/Comune di residenza e Regione di residenza.

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L26 – Congruenza tra comune di residenza e regione di residenza.

L29 – Congruenza tra comune di residenza e regione di residenza

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

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 – 999 per residenti all'estero.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Tempo di insorgenza	68.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tempo di insorgenza delle patologie: dolore toracico, sindrome coronarica acuta, ictus.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

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

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.

L20 – Congruenza tra Patologia riscontrata e Tempo di insorgenza.

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI

Dolore toracico o sindrome coronarica acuta:

1: < 2h

2: 2-12h

3: 12-24h

4: > 24h

Ictus:

5: < 3h

6: >= 3h

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Codice di accettazione al Pronto Soccorso	69.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo dell'assistito assegnato in fase di accettazione al triage dell'ospedale di destinazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 13

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi “Assistito”.
L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.
L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.
L47 – Congruenza tra “Esito missione” e “Codice di accettazione al Pronto Soccorso”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	OBB	Codice Scheda Missione: Codice Centrale Operativa	70.1
ANAG	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice della Centrale Operativa che esegue la missione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04

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

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.

N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.

N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.

N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.

N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.

N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.

S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

LEGENDA DEI CODICI:

01 = C.O. Torino

02 = C.O. Alessandria

03 = C.O. Cuneo

04 = C.O. Novara

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	OBB	Codice Scheda Missione: Anno di riferimento	70.2
ANAG	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
È l'anno di competenza della Scheda Missione.

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

CONTROLLI APPLICATI
<p>L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.</p> <p>L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.</p> <p>L48 – Congruenza tra “Anno Scheda Intervento” e “Anno Scheda Missione”.</p> <p>N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.</p> <p>N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.</p> <p>N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.</p> <p>N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.</p> <p>N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.</p> <p>N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.</p> <p>S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
MISS	OBB	Codice Scheda Missione: Progressivo	70.3
ANAG	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

È il progressivo Scheda Missione univoco nell'ambito dell'anno di competenza e della Centrale Operativa.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 101000001 - 2626999999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”.

L46 – Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”.

N02 – Scheda non elaborata: chiave duplicata.

N05 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate.

N06 – Scheda non elaborata: presenza di “orfani” nei tracciati.

N07 – Scheda non elaborata: errata associazione schede Assistito.

N08 – Scheda non elaborata: congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede assistito associate.

N09 – Scheda non elaborata: “Codice fiscale” ripetuto.

S01 – Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

v. paragrafo Gestione delle missioni per la composizione del codice

TABELLA DEI CONTROLLI

Premessa

È articolata in quattro colonne:

N° Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "correttezza logica" delle schede:

Lxx = controllo logico

Nxx = condizione di record **non elaborabile**

Sxx = segnalazione

Descrizione dei controlli

Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.

Tipo CTR Si utilizzano le abbreviazioni:

L = controllo logico

F = controllo formale

N = controllo bloccante

Campo A sua volta articolata in due colonne (N° e Nome) che enumerano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "correttezza logica", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.

Controlli

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO □	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
L01	Congruenza tra “Anno Scheda Segnalazione” e “Data inizio chiamata”: ▲ l’”Anno Scheda Segnalazione” (02.2) e l’anno della “Data inizio chiamata” (04.0) alla C.O. devono coincidere.		02.2	Anno Scheda Segnalazione
			04.0	Data inizio chiamata
L02	Congruenza tra “Data inizio chiamata” e “Data fine chiamata”: ▲ la “Data inizio chiamata” (04.0) deve essere minore o uguale della “Data fine chiamata” (08.0).		04.0	Data inizio chiamata
			08.0	Data fine chiamata
L03	Congruenza tra “Ora inizio chiamata” e “Ora fine chiamata”: ▲ se la “data inizio chiamata” è uguale a “data fine chiamata”, l’“ora fine chiamata” deve essere maggiore o uguale dell’“ora inizio chiamata”.		04.0	Data inizio chiamata
			05.0	Ora inizio chiamata
			08.0	Data fine chiamata
			09.0	Ora fine chiamata
L04	Congruenza tra “Anno Scheda Segnalazione” e “Anno Scheda Intervento”: ▲ il valore del campo “Anno Scheda Segnalazione” ed il valore del campo “Anno Scheda Intervento” devono coincidere.		02.2	Anno Scheda Segnalazione
			64.2	Anno Scheda Intervento
L05	Congruenza tra “Classe patologia principale presunta” e “Classe patologia secondaria presunta”: ▲ non è ammesso l’inserimento della stessa Classe di patologia in entrambi i campi “Classe patologia principale presunta” (14.0) e “Classe patologia secondaria presunta” (15.0).		14.0	Classe patologia principale presunta
			15.0	Classe patologia secondaria presunta
L06	Congruenza fra Provincia/Comune di residenza e Regione di residenza: ▲ se il codice Regione esiste nella tabella delle Regioni italiane (diverso da “999”), allora il Comune di residenza deve essere situato nella Regione di residenza indicata.		59.0	Provincia/Comune o Stato estero di residenza
			67.0	Regione di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	□ TIPO	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
L07	Congruenza tra “data partenza verso” e “data arrivo”: ▲ se “Data partenza verso” (20.0) e “Data arrivo” (22.0) sono entrambe compilate, allora “Data partenza verso” dev’essere minore o uguale di “Data arrivo”. N.B. Le percentuali di indisponibilità di “Data partenza verso” e “Data arrivo” sono oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.		20.0	Data partenza verso
			22.0	Data arrivo
L08	Congruenza tra “data fine chiamata” e “data partenza verso”: ▲ se compilata, “Data partenza verso” (20.0) dev’essere maggiore o uguale di “Data fine chiamata” (08.0). N.B. La percentuale di indisponibilità di “Data partenza verso” è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.		20.0	Data partenza verso
			08.0	Data fine chiamata
L09	Congruenza tra “ora fine chiamata” e “ora partenza verso”: ▲ se “Data partenza verso” (20.0) è compilata ed uguale a “Data fine chiamata” (08.0), allora, se “Ora partenza verso” (21.0) è compilata, dev’essere maggiore di “Ora fine chiamata” (09.0). N.B. Le percentuali di indisponibilità di “Data partenza verso” e “Ora partenza verso” sono oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.		08.0	Data fine chiamata
			09.0	Ora fine chiamata
			20.0	Data partenza verso
			21.0	Ora partenza verso
L10	Congruenza tra “data partenza verso”, “ora partenza verso”, “data arrivo” e “ora arrivo”: ▲ se “Data partenza verso” (20.0) e “Data arrivo” (22.0) sono entrambe compilate e se “Data partenza verso” è uguale a “Data arrivo”, allora, se “Ora partenza verso” (20.0) ed “Ora di arrivo” (23.0) sono entrambe compilate, “Ora arrivo” deve essere maggiore di “Ora partenza verso”. N.B. Le percentuali di indisponibilità di “Data partenza verso”, “Ora partenza verso”, “Data arrivo” e “Data arrivo” sono oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.		20.0	Data partenza verso
			21.0	Ora partenza verso
			22.0	Data arrivo
			23.0	Ora arrivo
L11	Congruenza tra “data arrivo” e “data partenza da luogo evento”:		22.0	Data arrivo

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO <input type="checkbox"/>	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
	<p>⚠ se “Data arrivo” (22.0) e “Data partenza da luogo evento” (26.0) sono entrambe compilate, allora “Data partenza da luogo evento” dev’essere maggiore o uguale di “Data arrivo”.</p> <p>N.B. Le percentuali di indisponibilità di “Data arrivo” e “Data partenza da luogo evento” sono oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>		26.0	Data partenza da luogo evento
L12	<p>Congruenza tra “data arrivo”, “ora arrivo”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento”:</p> <p>⚠ se “Data arrivo” (22.0) e “Data partenza da luogo evento” (26.0) sono entrambe compilate, se “data partenza da luogo evento” è uguale a “data arrivo”, allora, se “Ora arrivo” (23.0) e “Ora partenza da luogo evento” (27.0) sono entrambe compilate, “ora partenza da luogo evento” deve essere maggiore di “ora arrivo”.</p> <p>N.B. Le percentuali di indisponibilità di “Data arrivo”, “Ora arrivo”, “Data partenza da luogo evento” e “Ora partenza da luogo evento” sono oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>		22.0	Data arrivo
			23.0	Ora arrivo
			26.0	Data partenza da luogo evento
			27.0	Ora partenza da luogo evento
L14	<p>Congruenza tra “data partenza da luogo evento” e “data rientro”:</p> <p>⚠ se “Data partenza da luogo evento” (26.0) e “Data rientro” (29.0) sono entrambe compilate, allora “data rientro” deve essere maggiore o uguale di “data partenza da luogo evento”.</p> <p>N.B. Le percentuali di indisponibilità di “Data partenza da luogo evento” e “Data rientro” sono oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>		26.0	Data partenza da luogo evento
			29.0	Data rientro
L15	<p>Congruenza tra “data rientro”, “ora rientro”, “data partenza da luogo evento” e “ora partenza da luogo evento” :</p> <p>⚠ se “Data partenza da luogo evento” (26.0) e “Data rientro” (29.0) sono entrambe compilate, se “Data partenza da luogo evento” è uguale a “Data rientro”, allora, se “Ora partenza da luogo evento” (27.0) e “Ora rientro” (30.0) sono entrambe compilate, “Ora rientro” dev’essere maggiore di “Ora partenza da luogo evento”.</p> <p>N.B. Le percentuali di indisponibilità di “Data partenza da luogo evento”, “Ora partenza da luogo evento”, “Data rientro” e “Ora rientro” sono oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>		26.0	Data partenza da luogo evento
			27.0	Ora partenza da luogo evento
			29.0	Data rientro
			30.0	Ora rientro

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO <input type="checkbox"/>	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
L16	<p>Congruenza tra “codice trattamento” e “codice istituto destinazione”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se il valore del campo “codice trattamento” è “1 = trasporto in PS” o “2 = trasporto diretto in reparto di specialità”, la compilazione del campo “Codice istituto destinazione” è obbligatoria; ⤴ per tutti gli altri valori del campo “Codice trattamento”, il campo “codice istituto destinazione” non deve essere compilato. 		41.0	Codice esito trattamento
			43.0	Codice istituto destinazione
L17	<p>Congruenza tra “esito trattamento”, “data arrivo istituto destinazione”, “ora arrivo istituto destinazione”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se il valore del campo “esito trattamento” è “1” (trasporto in PS) o “2” (trasporto diretto in reparto di specialità), allora la compilazione dei campi “data arrivo istituto destinazione” e “ora arrivo istituto destinazione” è obbligatoria; ⤴ per tutti gli altri valori assunti dal campo “esito trattamento”, il campo “data arrivo istituto destinazione” e “ora arrivo istituto destinazione” non deve essere compilato. 		41.0	Codice esito trattamento
			44.0	Data arrivo istituto destinazione
			45.0	Ora arrivo istituto destinazione
L18	<p>Congruenza tra “data rientro” e “data arrivo istituto di destinazione”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se “Data rientro” (29.0) e “Data arrivo istituto destinazione” (44.0) sono entrambe compilate, allora “Data rientro” dev’essere maggiore o uguale di “Data arrivo istituto destinazione”. <p>N.B. La percentuale di indisponibilità di “Data rientro” è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>		29.0	Data rientro
			44.0	Data arrivo istituto destinazione
L19	<p>Congruenza tra “Esito missione”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se “Esito missione” (31.0) = “11”, “12”, “13”, “14”, “15”, “16” o “17” (missione non completata/annullata), allora il valore del campo “Missione con assistito/i” (66.0) deve essere pari a 2 (“No”) ed i campi del tracciato “Assistito” (ANAG) non devono essere compilati; ⤴ per tutti gli altri valori assunti dal campo “Esito missione”, la compilazione del tracciato “Assistito” è 		31.0	Esito missione
			Campi: 63.0, dal n. 32.0 al 59.0 e dal 67.0 al 70.3	Campi del tracciato assistito

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	□ TIPO	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
	obbligatoria – sulla base delle obbligatorietà specifiche del tracciato – ed il valore del campo “Missione con assistito/i” deve essere pari a 1 (“sì”).		66.0	Missione con assistito/i
L20	<p>Congruenza tra Patologia riscontrata e Tempo di insorgenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se il valore del campo Patologia riscontrata è C0203 (dolore toracico) o C0206 (sindrome coronarica acuta), la compilazione del campo Tempo di insorgenza è obbligatoria e può assumere solo i valori da 1 a 4; ⤴ se il valore del campo Patologia riscontrata è C0404 (ictus), la compilazione del campo Tempo di insorgenza è obbligatoria e può assumere solo i valori da 5 a 6; ⤴ per tutti gli altri valori del campo Patologia riscontrata, il campo Tempo di insorgenza non deve essere compilato. 		36.0	Patologia riscontrata
			68.0	Tempo di insorgenza
L21	<p>Congruenza tra “ora arrivo istituto di destinazione” e “ora rientro”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se “Data rientro” (29.0) e “Data arrivo istituto destinazione” (44.0) sono entrambe compilate, se “data rientro” è uguale a “data arrivo istituto di destinazione”, allora, se “Ora rientro” (30.0) e “Ora arrivo istituto destinazione” (45.0) sono entrambe compilate, “Ora arrivo istituto di destinazione” dev’essere minore di “Ora rientro”. <p>N.B. Le percentuali di indisponibilità di “Data rientro” e “Ora rientro” sono oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute.</p>		29.0	Data rientro
			30.0	Ora rientro
			44.0	Data arrivo istituto destinazione
			45.0	Ora arrivo istituto destinazione
L22	<p>Congruenza tra “Codice esito trattamento”, “Codice specialità reparto”, “Data fine chiamata”:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se “Codice esito trattamento” (41.0) assume il valore “2” (trasporto diretto in reparto di specialità), allora la compilazione del campo “Codice reparto destinazione” (46.0) è obbligatoria e il codice ministeriale di disciplina ospedaliera inserito dev’essere valido alla “Data fine chiamata telefonica” (08.0); ⤴ per tutti gli altri valori del campo “esito trattamento”, il campo non deve essere compilato. 		08.0	Data fine chiamata telefonica
			41.0	Codice esito trattamento
			46.0	Codice specialità reparto destinazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO □	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
L23	Congruenza fra "ID-AURA" e "Codice fiscale": ▲ se il campo "ID-AURA" è valorizzato, allora la compilazione del Codice Fiscale è obbligatoria e l'identificativo AURA ed il codice fiscale devono corrispondere nel sistema regionale AURA-TS.		47.0	ID-AURA
			48.0	Codice Fiscale
L24	Congruenza fra "ID-AURA" e i dati primari del profilo anagrafico: ▲ se il campo "ID-AURA" ed il campo "codice fiscale" sono valorizzati, allora i campi: ▲ "cognome", "nome", "data di nascita", "provincia e comune o stato estero di nascita", "genere" non devono essere compilati.		47.0	ID-AURA
			49.0	Cognome
			50.0	Nome
			51.0	Data di nascita
			52.0	Provincia e comune o stato estero di nascita
			53.0	Genere
L25	Congruenza fra "data inizio chiamata" e "data di nascita": ▲ la "data di nascita" deve essere minore o uguale a "data inizio chiamata".		04.0	Data inizio chiamata
			51.0	Data nascita
L26	Congruenza tra provincia e comune di residenza e cittadinanza: ▲ se il campo "Cittadinanza" (54.0) è compilato ed il suo valore è diverso da '999' (apolide), allora il valore del campo "Comune di residenza" (59.0) non può essere '999999'.		54.0	Cittadinanza
			59.0	Comune di residenza
L27	Congruenza tra "Data di nascita", "Anno nascita", "Mese nascita" ed "Età presunta": ▲ se il campo "Data di nascita" (51.0) è valorizzato, non devono essere valorizzati i seguenti campi: ▲ "Anno nascita" (56.0); ▲ "Mese nascita" (57.0); ▲ "Età presunta" (58.0); ▲ se il campo "Data di nascita" non è valorizzato, allora dev'essere compilato il campo "Anno di nascita" oppure il campo "Età presunta".		51.0	Data di nascita
			56.0	Anno di nascita
			57.0	Mese nascita
			58.0	Età presunta

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO <input type="checkbox"/>	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
L28	Congruenza tra “Anno nascita”, “Mese nascita”, “Età presunta” e “Data inizio chiamata”: ▲ se il campo “Anno di nascita” (56.0) è valorizzato, allora il campo “Età presunta” (58.0) non deve essere compilato; ▲ se il campo “Età presunta” è valorizzato, allora il campo “Mese di nascita” (57.0) non deve essere compilato; ▲ se il campo “Mese di nascita” (57.0) è valorizzato, allora l’Anno di nascita dev’essere uguale all’anno della “Data di inizio chiamata telefonica” (04.0) o all’anno precedente.		04.0	Data di inizio chiamata telefonica
			56.0	Anno di nascita
			57.0	Mese nascita
			58.0	Età presunta
L29	Congruenza tra comune di residenza e regione di residenza: ▲ se i primi tre caratteri del valore del campo “comune di residenza” sono diversi da '999', allora il valore del campo regione di residenza non può essere '999'.		59.0	Comune di residenza
			67.0	Regione di residenza
L30	Congruenza tra anno di nascita e data inizio chiamata: ▲ “anno di nascita” deve essere minore o uguale a “data inizio chiamata”.		04.0	Data inizio chiamata
			56.0	Anno nascita
L31	Congruenza tra “Tipo chiamata” e “Tipologia di intervento”: ▲ se “Tipo chiamata” (06.0) assume il valore “2” (Informazioni all’utenza), “6” (Intervento già in corso) o “9” (altro), allora il campo “Tipologia di intervento” (10.0) non deve essere compilato; ▲ per ogni altro valore assunto dal campo “Tipo chiamata”, la compilazione del campo “Tipologia di intervento” è obbligatoria.		06.0	Tipo chiamata
			10.0	Tipologia di intervento
L32	Congruenza tra “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”: ▲ se “Valutazione sanitaria” (33.0) assume il valore “I4” (Deceduto), allora il campo “Codice esito trattamento” (41.0) deve essere valorizzato a “5” (Decesso sul posto).		33.0	Valutazione sanitaria
			41.0	Codice esito trattamento
L33	Congruenza tra “Criticità fine”, “Valutazione sanitaria” e “Codice esito trattamento”: ▲ se “Criticità fine” (63.0) assume il valore “N” (Nero – deceduto), allora il campo “Valutazione sanitaria” deve assumere il valore “I4” (Deceduto) ed il campo “Codice esito trattamento” (41.0) dev’essere valorizzato a “5” (Decesso sul posto).		33.0	Valutazione sanitaria
			41.0	Codice esito trattamento
			63.0	Criticità fine

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO <input type="checkbox"/>	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
L34	Congruenza tra campo codice e la tabella di riferimento: ▲ il campo codice deve esistere nella tabella di riferimento.		14.0	Patologia presunta
			15.1	Patologia secondaria presunta
			15.2	Patologia secondaria presunta
			17.0	Dinamica presunta
			24.0	Comune di destinazione
			25.0	Dinamica riscontrata
			34.0	Classe patologia principale riscontrata
			35.1	Classe patologia secondaria riscontrata 1
			35.2	Classe patologia secondaria riscontrata 2
			35.3	Classe patologia secondaria riscontrata 3
			36.0	Patologia riscontrata
			37.0	Prestazione 118
			39.0	Prestazione secondaria 118
			43.0	Codice Istituto destinazione
46.0	Codice specialità reparto destinazione			
54.0	Cittadinanza			
L35	Congruenza tra “dinamica riscontrata” e “codice patologia presunta”: ▲ se “classe patologia presunta” assume il valore “C01” (“Traumatica”), allora la compilazione del campo “dinamica riscontrata” è obbligatoria. ▲ per tutti gli altri valori assunti dal campo “classe patologia presunta”, il campo “dinamica riscontrata” non deve essere compilato.		14.0	Classe patologia presunta
			25.0	Dinamica riscontrata
L36	Congruenza tra “Prestazione secondaria” ed “Erogatore prestazione secondaria 1”: ▲ se è valorizzata almeno un'occorrenza del campo “Prestazione secondaria” (39.0), allora la compilazione del campo “Erogatore prestazione secondaria 1” (40.1) è obbligatoria.		39.0	Prestazione secondaria
			40.1	Erogatore prestazione secondaria 1
L37	Congruenza tra “classe patologia presunta” e “dinamica presunta”: ▲ se “classe patologia presunta” assume valore diverso da “C01” (“Traumatica”), allora il campo non deve essere compilato.		14.0	Classe patologia presunta
			17.0	Dinamica presunta

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	□ TIPO	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
L38	Congruenza tra “ID-AURA” e “genere”: ▲ se presente l'id-Aura non è valorizzato, allora la compilazione del campo “genere” è obbligatoria.		47.0	Identificativo AURA
			53.0	Genere
L39	Congruenza tra “Tipologia di intervento” e “Codice C.O. di trasferimento chiamata”: ▲ se il valore assunto dal campo “Tipologia di intervento” (10.0) è “98” (trasferita ad altra C.O. della Regione) o “99” (trasferita ad altra C.O. fuori Regione), allora il campo “Codice Centrale Operativa di trasferimento” (61.0) deve essere compilato. ▲ Per tutti gli altri valori assunti dal campo “Tipologia di intervento”, il campo “Codice Centrale Operativa di trasferimento” non deve essere compilato.		10.0	Tipologia di intervento
			61.0	Codice C.O. di trasferimento
L40	Congruenza tra “Erogatore prestazione secondaria 1”, “Erogatore prestazione secondaria 2”, “Erogatore prestazione secondaria 3”: ▲ Non è ammesso l’inserimento dello stesso codice Erogatore in più di uno dei campi “Erogatore prestazione secondaria 1” (40.1), “Erogatore prestazione secondaria 2” (40.2), “Erogatore prestazione secondaria 3” (40.3).		40.1	Erogatore prestazione secondaria 1
			40.2	Erogatore prestazione secondaria 2
			40.3	Erogatore prestazione secondaria 3
L41	Congruenza tra “Erogatore prestazione principale 1”, “Erogatore prestazione principale 2” e “Erogatore prestazione principale 3”: ▲ Non è ammesso l’inserimento dello stesso codice Erogatore in più di uno dei campi “Erogatore prestazione principale 1” (38.1), “Erogatore prestazione principale 2” (38.2), “Erogatore prestazione principale 3” (38.3).		38.1	Erogatore prestazione principale 1
			38.2	Erogatore prestazione principale 2
			38.3	Erogatore prestazione principale 3
L42	Congruenza tra “Codice C.O.” e “codice C.O. di trasferimento chiamata”: ▲ il Codice della Centrale Operativa che riceve la chiamata (02.1) deve essere diverso dal Codice della Centrale Operativa cui viene trasferita la chiamata (61.0)		02.1	Codice Centrale Operativa
			61.0	Codice C.O. di trasferimento chiamata
L43	Congruenza tra “Codice trattamento” e “Criticità fine”: ▲ se il valore assunto dal campo “Codice esito trattamento” è “1” (Trasporto in PS), “2” (Trasporto diretto in reparto di specialità), “6” (Decesso durante il		41.0	Codice esito trattamento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO <input type="checkbox"/>	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
	<p>trasporto), allora la compilazione del campo “criticità fine” è obbligatoria;</p> <p>⚠ per tutti gli altri valori assunti dal campo “codice trattamento”, il campo “criticità fine” non deve essere compilato”.</p>		63.0	Criticità fine
L44	<p>Congruenza tra “Provincia/Comune di residenza” e “Codice istituzione TEAM”:</p> <p>⚠ se il codice inserito nel campo “Provincia/Comune di residenza” (59.0) è relativo ad un apolide oppure include il codice ISTAT relativo ad uno Stato estero non membro dell'Unione Europea, dello SEE o della Svizzera, allora il campo “Codice istituzione TEAM” (55.0) non deve essere valorizzato.</p>		55.0	Codice istituzione TEAM
			59.0	Provincia e Comune di residenza
L45	<p>Congruenza tra “Tipologia di Intervento”, “Segnalazione con intervento” e campi dei tracciati “Intervento”, “Missione” ed “Assistito”:</p> <p>⚠ se il campo “Tipologia di intervento” (10.0) assume il valore “3” (Attivazione missione attraverso invio di mezzi di soccorso), allora il campo “Segnalazione con intervento” (65.0) dev'essere valorizzato a “1” (Si) e almeno i campi dei tracciati “Intervento” (INTERV) e “Missione” (MISC) devono essere compilati secondo la</p>		10.0	Tipologia di intervento
			65.0	Segnalazione con intervento
			Campi: dal n. 11.0 al 59.0, dal 62.0 al 64.3 e dal 66.0 al 70.3	Campi dei tracciati Intervento, Missione ed Assistito
L46	<p>Congruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Missione con assistito/i” e campi del tracciato “Assistito”:</p> <p>⚠ se il campo “Esito missione” (31.0) assume un valore pari a “2”, “3” o “6” (trasporto dell'assistito presso un</p>		28.0	Numero pazienti trasportati
			31.0	Esito missione

² In fase di invio al NSIS, gli esiti missione indicati sono ricondotti alla voce “Missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto”.

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO <input type="checkbox"/>	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
	<p>“C.A.P.”, una “S.S. Privata” o un “Ospedale”), allora il valore del campo “Numero pazienti trasportati” (28.0) dev’essere maggiore di zero e i campi del tracciato “Assistito” (ANAG) devono essere compilati per ognuno degli assistiti trasportati e/o soccorsi;</p> <p>▲ se il campo “Esito missione” assume un valore pari a “1”, “4”, “5”, “7” (trasporto dell’assistito presso “Domicilio” o “Obitorio”, “Rendez-Vous” o “Altro”), allora il valore del campo “Numero pazienti trasportati” dev’essere valorizzato a zero, ma i campi del tracciato “Assistito” devono essere compilati per ognuno degli assistiti trasportati e/o soccorsi²;</p> <p>▲ se il campo “Esito missione” assume un valore pari a “11”, “12”, “13”, “14”, “15”, “16” o “17” (missione non completata/annullata), allora il valore del campo “Numero pazienti trasportati” dev’essere valorizzato a zero e i campi del tracciato “Assistito” non devono essere compilati.</p>		<p>Campi: n. 63.0, dal n. 32.0 al 59.0, dal 67.0 al 70.3</p>	Campi del tracciato Assistito
L47	<p>Congruenza tra “Esito missione” e “Codice di accettazione al Pronto Soccorso”:</p> <p>▲ se “Esito missione” (31.0) è diverso da “3” (Missione conclusa con trasporto in ospedale), il campo “Codice di accettazione al Pronto Soccorso” (69.0) non deve essere compilato.</p>		31.0	Esito missione
			69.0	Codice di accettazione al Pronto Soccorso
L48	<p>Congruenza tra “Anno Scheda Intervento” e “Anno Scheda Missione”:</p> <p>▲ il valore del campo “Anno Scheda Intervento” (64.2) ed il valore del campo “Anno Scheda Missione” (70.2) devono coincidere.</p>		64.2	Anno Scheda Intervento
			70.2	Anno Scheda Missione
L50	<p>Congruenza tra “Esito missione” e “Codice esito trattamento”:</p> <p>▲ se “Codice esito trattamento” (41.0) è pari a “7” (trasporto in punto di primo intervento), il campo “Esito missione” (31.0) può essere valorizzato solo a “2” o “3” (trasporto in “C.A.P.” o “S.S. Privata”).</p>		31.0	Esito missione
			41.0	Codice esito trattamento
N01	<p>Schede non elaborate per chiave non trovata:</p> <p>▲ se Tipo Movimento = C, allora deve esistere in archivio</p>		02.1	Codice Centrale Operativa
			02.2	Anno Scheda

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO <input type="checkbox"/>	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
	una Scheda Segnalazione avente stessa chiave già elaborata come corretta.		02.3	Progressivo Scheda 118
			03.0	Tipo movimento
N02	Schede non elaborate per chiave duplicata: [^] non possono essere inviate più Schede aventi stessa chiave nell'ambito dello stesso tracciato (SEGNALAZIONE, INTERVENTO, MISSIONE, ASSISTITO).		02.1	Codice Centrale Operativa
			02.2	Anno Scheda
			02.3	Progressivo Scheda
			03.0	Tipo movimento
			32.0	Identificativo esterno assistito
			64.1	Codice Centrale Operativa
			64.2	Anno Scheda
			64.3	Progressivo Scheda Intervento
			70.1	Codice Centrale Operativa
			70.2	Anno di riferimento
			70.3	Progressivo Scheda Missione
N03	Schede non elaborate per scheda già presente in archivio: [^] se Tipo Movimento = I, allora non devono esistere in archivio Schede già elaborate come corrette e avente stesse chiavi.		02.1	Codice Centrale Operativa
			02.2	Anno Scheda
			02.3	Progressivo Scheda Segnalazione
			03.0	Tipo movimento
			32.0	Identificativo esterno assistito
			64.1	Codice Centrale Operativa
			64.2	Anno Scheda
			64.3	Progressivo Scheda Intervento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO □	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
			70.1	Codice Centrale Operativa
			70.2	Anno di riferimento
			70.3	Progressivo Scheda Missione
N04	<p>Schede non elaborate per errata associazione Scheda Intervento:</p> <p>⚠ campo “Segnalazione con intervento” (65.0) del tracciato Segnalazione è valorizzato a “1” (Si) e nessuna Scheda Intervento associata oppure campo “Segnalazione con intervento” valorizzato a “2” (No) in presenza di schede Intervento associate.</p>		02.1	Codice Centrale Operativa
			02.2	Anno Scheda
			02.3	Progressivo Scheda 118
			64.1	Codice Centrale Operativa
			64.2	Anno Scheda
			64.3	Progressivo Scheda Intervento
N05	<p>Schede non elaborate per incongruenza tra “Numero missioni attivate” e numero schede Missione associate:</p> <p>⚠ scheda Intervento priva di schede Missione associate o numero di schede Missione inviate diverso da “Numero missioni attivate” (11.0) indicato in scheda Intervento collegata.</p>		11.0	Numero missioni attivate
			64.1	Codice Centrale Operativa
			64.2	Anno Scheda
			64.3	Progressivo Scheda Intervento
			70.1	Codice Centrale Operativa
			70.2	Anno di riferimento
			70.3	Progressivo Scheda Missione
N06	<p>Schede non elaborate per presenza di “orfani” nei tracciati</p> <p>⚠ Interventi non riconducibili ad alcuna Segnalazione e/o Missioni non riconducibili ad alcun Intervento e/o Assistenti non riconducibili ad alcuna Missione.</p>		02.1	Codice Centrale Operativa
			02.2	Anno Scheda

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO <input type="checkbox"/>	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
			02.3	Progressivo Scheda Segnalazione
			32.0	Identificativo esterno assistito
			64.1	Codice Centrale Operativa
			64.2	Anno Scheda
			64.3	Progressivo Scheda Intervento
			70.1	Codice Centrale Operativa
			70.2	Anno di riferimento
			70.3	Progressivo Scheda Missione
N07	<p>Schede non elaborate per errata associazione schede Assistito:</p> <p>⤴ campo “Missione con assistito/i” (66.0) del tracciato Missione valorizzato a “1” (Si) e nessuna Scheda Assistito associata oppure “Missione con assistito/i” valorizzato a “2” (No) in presenza di Schede Assistito associate.</p>		32.0	Identificativo esterno assistito
			66.0	Missione con assistito/i
			70.1	Codice Centrale Operativa
			70.2	Anno di riferimento
			70.3	Progressivo Scheda Missione
N08	<p>Schede non elaborate per incongruenza tra “Esito missione”, “Numero pazienti trasportati”, “Numero persone coinvolte” e numero schede Assistito associate:</p> <p>⤴ campo “Esito missione” (31.0) pari a “2”, “3” o “6” e numero di schede Assistito minore di “Numero di pazienti trasportati” (28.0) indicato in scheda Missione collegata;</p> <p>⤴ campo “Esito missione” pari a “1”, “4”, “5”, “7” e nessuna scheda Assistito collegata a relativa scheda Missione;</p> <p>⤴ numero di schede Assistito maggiore di “Numero persone coinvolte” (13.0).</p>		13.0	Numero persone coinvolte
			28.0	Numero di pazienti trasportati
			31.0	Esito missione
			32.0	Identificativo esterno assistito
			70.1	Codice Centrale Operativa

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO □	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
			70.2	Anno di riferimento
			70.3	Progressivo Scheda Missione
N09	<p>Scheda non elaborata per codice fiscale ripetuto:</p> <p>⌘ Codice fiscale (48.0) ripetuto nell'ambito delle schede assistito relative alla medesima missione.</p>		32.0	Identificativo esterno assistito
			48.0	Codice fiscale
			70.1	Codice Centrale Operativa
			70.2	Anno di riferimento
			70.3	Progressivo Scheda Missione
S01	<p>Schede Intervento, Missione e Assistito cancellate:</p> <p>⌘ viene segnalata la cancellazione delle schede Intervento, Missione e Assistito eliminate in quanto collegate alla Scheda Segnalazione trasmessa con "Tipo movimento" (03.0) = "C".</p>		02.1	Codice Centrale Operativa
			02.2	Anno Scheda
			02.3	Progressivo Scheda Segnalazione
			03.0	Tipo movimento
			32.0	Identificativo esterno assistito
			64.1	Codice Centrale Operativa
			64.2	Anno di riferimento
			64.3	Progressivo Scheda Intervento
			70.1	Codice Centrale Operativa
			70.2	Anno di riferimento
	70.3	Progressivo Scheda Missione		
S02	Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS		48.0	Codice fiscale

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	□ TIPO	CAMPO	
			N°	NOME CAMPO
S05	Invio in extracompetenza: * vengono segnalate le schede inviate oltre il termine del periodo di competenza.			

DISCIPLINARE TECNICO

**FLUSSI INFORMATIVI
FARMACEUTICA**

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

1	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
1.1	OBIETTIVI.....	3
1.2	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	3
1.3	CONCETTI PRINCIPALI.....	3
2	REGOLE DI COMPILAZIONE	5
3	TIPO DI CONTROLLI	6
3.1.1	CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD	6
3.1.2	CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE	6
3.1.3	CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA	6
4	Note di COMPILAZIONE	7
4.1	CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE	7
4.1.1	CANCELLAZIONE	7
4.1.1.1	FLUSSI “D”, “F” E COMPONENTE ANAG	7
4.1.2	SOSTITUZIONE	7
4.1.2.1	FLUSSI “D”, “F” E COMPONENTE ANAG	7
4.1.2.2	SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA	8
4.2	FILE “F” - PRECISAZIONI	8
4.2.1	Unità di misura file F e tabelle di conversione	10
4.3	TRACCIATI RECORD	10
4.4	Tracciato anagrafico	12
4.5	Tracciato D	14
4.6	Tracciato F	15
4.7	Tracciato Consumo Ospedaliero di Faramaci.....	16
5	SCHEDE DEI CONTROLLI	70
5.1	Controlli Logici (tipo L)	70
5.2	Controlli Formali (tipo F).....	79
5.3	Controlli Bloccanti (tipo N).....	79
5.4	Segnalazioni.....	80
6	TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI.....	81
7	INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI	82
8	TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI	83
9	TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI.....	84

1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 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.

1.2 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 4.3, **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** e 5 contengono rispettivamente i tracciati record, le schede analitiche di compilazione dei campi e l'elenco dettagliato dei controlli di congruenza logica applicati.

1.3 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.

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, C2, D e F).

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

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

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

NON OBBLIGATORIO – codice NOB

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

NON VALORIZZARE – codice NV

Questi campi devono essere impostati nel seguente modo:

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

CONDIZIONATO – codice CON

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

Relativamente alle regole di compilazione si ricorda inoltre che:

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

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

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

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 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.

3.1.2 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

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 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.

Il 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.

4.1.2 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 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.

Il 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.

4.1.2.2 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').

4.2 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 1 paragrafo 9)
- i codici prodotti per emocomponenti (tabella 5 paragrafo 9)
- i vaccini iposensibilizzanti (tabella 6 paragrafo 9)
- i farmaci galenici per malattie rare (tabella 7 paragrafo 9)
- i farmaci galenici generici codifica ministeriale (tabella 9 paragrafo 9)
- i farmaci esteri codifica ministeriale (tabella 10 paragrafo 9)
- le costanti OSSIGENO, OSSIGENOLQ

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.1 Unità di misura file F e tabelle di conversione

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

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

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

Codice Unità Misura	Descrizione
01	Scatola/Confezione
25	Unità posologiche

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

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

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

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

Galenici = le quantità erogate vanno sempre espresse come confezioni

4.3 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 2 "Regole di compilazione".

4.4 Tracciato anagrafico

Il presente tracciato è comune ai flussi D, F.

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

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

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

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

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

4.5 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)

4.6 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 che 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
	Filler	AN	36	165	200		

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)

4.7 Tracciato Consumo Ospedaliero di Faramaci

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
89.0	Quantità erogata	N	6	80	85		OBB
120.0	Prezzo Acquisto	N	7	86	93		OBB

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)

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	
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
ANAG – F	OSP		

NOME CAMPO: Codice medico prescrittore

DESCRIZIONE CAMPO
Tracciato ANAG - D/F: codice regionale del medico o codice atto ad individuare il prescrittore

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: “Codice Disciplina + codice progressivo unità operativa, Codice Timbro , codice medico,	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei medici	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>.</p> <p>Per il tracciato ANAG F per le sole ricette del SSN per la distribuzione per conto)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Per il tracciato ANAG per flusso F ad eccezione delle ricette del SSN per la distribuzione per conto: valorizzare con codice del medico regionale oppure con il Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa oppure con il Codice Timbro del medico</p>

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 (*) Per i tracciati ANAG è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonimato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
ANAG	OBB	
		06.0
NOME CAMPO: Nome		

DESCRIZIONE CAMPO
Nome del paziente a cui la prescrizione si riferisce.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: nome dell'assistito (*) Per i tracciati ANAG è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonimato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Codice fiscale del paziente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice fiscale. Sono ammessi anche: "9999999999999999", codice STP, "0000000000000000"	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per tutti i tracciati ANAG:</p> <p>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 S07 – Codice fiscale non presente in archivio AURA. LF1 – Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Per i tracciati ANAG:</p> <p>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". 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".</p> <p>Il controllo formale sul codice fiscale viene modificato secondo il seguente schema adottato dal Ministero della Salute. Se il codice fiscale è effettivo (primi tre caratteri sono diversi da "STP" e successivi 3 sono caratteri) si esegue la seguente verifica dei caratteri da 7-11:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita - 9 carattere uguale a mese di nascita (A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D=aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre) - 10-11 carattere uguale a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40. - 10-11 carattere uguale a sesso (se < 40 sesso =M, se > 40 sesso =F) <p>Con nota prot. n. 15420/D028/28.5 del 22.12.2006 è stata introdotta la segnalazione S07 – Codice fiscale non presente in archivio AURA.</p>

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 - 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	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 paragrafo 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
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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 Agli schemi descritti viene applicata la validazione formale del campo; se il formato non viene rispettato la ricetta sarà scartata. Per il tracciato F : Nel caso di distribuzione per conto riportare il numero della ricetta SSN, compilato secondo le regole cui sopra. In tutti gli altri casi, se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero progressivo di registro per l'erogazione effettuata.

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indica una determinata riga di una ricetta.

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

CONTROLLI APPLICATI

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Data di erogazione farmaco

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

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per i tracciati D, F:</p> <p>L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore</p> <p>L04 – Data di nascita minore o uguale alla data di erogazione prestazione (o erogazione farmaco)</p> <p>L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno dellaprestazione</p> <p>L30 – Se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni</p> <p>Per i tracciati F:</p> <p>L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione</p> <p>L08 – Data prestazione minore o uguale alla data di trasmissione</p> <p>L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione – eccetto file F</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Nomenclatore regionale

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

CONTROLLI APPLICATI

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	D		
			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
<p>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</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>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</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		20.0
NOME CAMPO: Importo Ticket			

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

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

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

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

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: N

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

TABELLE DI RIFERIMENTO: nomenclatore tariffario regionale ove previsto.

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati D, F:

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

Per il tracciato F:

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il formato degli importi deve essere NNNNN,NN

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

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

23.0

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 "	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

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

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Riporta il codice del farmaco distribuito.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
Tracciati D e F: - Codice Minsan	
- Codice regionale vaccini iposensibilizzanti	
- Codifica ministeriale farmaci galenici generici (ad eccezione dei farmaci galenici per malattie rare)	
- OSSIGENO	
Tracciato F: - OSSIGENOLQ	
- codici regionali galenici per malattie rare	
- codici emocomponenti (tabella codici per emocomponenti)	
- Principio attivo del farmaco fornito ai sensi della Legge 648/96 (tabella codici sostanza farmaci)	
- codici parafarmaco: NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, PROT_HIV	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici Minsan, Tabelle codici regionali	

CONTROLLI APPLICATI
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
LB5 – Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket
LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione, tipo prestazione e codice farmaco
LB7 – Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (vaccino iposensibilizzante, GAL, codici galenici per malattie rare, OSSIGENO, OSSIGENOLQ)
LC5 – Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi
LC8 – Congruenza tra codice farmaco H e tipo prestazione
LF1 – Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito
LF2 – Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco
LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

- Codifica ministeriale farmaci galenici generici da applicarsi a partire dalla competenza 2012, per le competenze anni precedenti vale ancora la costante GAL (farmaci galenici generici)
- OSSIGENO: per l'ossigeno gassoso
- OSSIGENOLQ: per l'ossigeno liquido
- NEFRO: dietetici per nefropatie croniche
- MATMED: materiali per medicazioni
- NOM_TAR: nomenclatore tariffario (ausili per incontinenti e tracheostomizzati)
- DIAB: presidi per diabetici
- DIET_EM: dietetici errori metabolici/morbo celiaco
- PROT_HIV: protesi relativa DGR 46-10149 del 24/11/2008

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)

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	F	
		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	
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 – “Cancellazione o sostituzione Blocchi informazione”.

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

43.0

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici esenzione.

CONTROLLI APPLICATI

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

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

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

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

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

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

56.0

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 25

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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 paragrafo 10

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 10.

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

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il farmaco è stato somministrato o distribuito

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: D, S, P

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LE6 – Congruenza tra modalità d'erogazione e tipo prestazione

LE7 – Congruenza tra modalità di erogazione e codice farmaco

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Indicare "S" se il farmaco viene somministrato

Indicare "D" se il farmaco viene distribuito

Indicare "P" se il farmaco è distribuito per conto

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	F	
		58.0

NOME CAMPO: Tipo prestazione

DESCRIZIONE CAMPO
Tipologia di erogazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tipologia di erogazione univoca nell'ambito della ricetta	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle tipologie di erogazione (tabella 2 paragrafo 10)	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		59.0
NOME CAMPO: Luogo di erogazione			

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

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

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

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la cittadinanza dell'assistito

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Assume valore <ul style="list-style-type: none"> - 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 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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 paragrafo 11.

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	64.0
NOME CAMPO: Codice istituzione competente		

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

CONTROLLI APPLICATI
L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

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

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
ANAG	CON	65.0

NOME CAMPO: Numero identificazione tessera europea di assicurazione di malattia

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

CONTROLLI APPLICATI
L90 – Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG – D	
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: gmmaaaa	
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 paragrafo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
L89 - Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

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

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
ANAG	CON	79.0
NOME CAMPO: Qualifica Beneficiario		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice della qualifica del beneficiario

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: A, B, C, D, E	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>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).</p> <p>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</p>

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

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

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

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
ANAG	CON	81.0

NOME CAMPO: Codice attestato

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

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

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

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

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

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

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

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
F	CON	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 campo targatura, codice farmaco, quantità erogata e unità di misura

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
F	OBB	89.0

NOME CAMPO: Quantità erogata

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6	FORMATO: N
--------------	------------

VALORI AMMESSI: Da 0 a 999999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

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

93.0

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: 10,80 ; 12,00 ; 13,20	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Nel campo va riportato l'onere della distribuzione per conto (IVA al 21% inclusa) per confezione di farmaco erogata così come individuati dalla D.G.R. 38 – 5092 del 18/12/2012.
A seconda di tipologia/fatturato dell'ente distributore farmacia e a partire dalla competenza di gennaio 2013, il valore da attribuire è il seguente :
<ul style="list-style-type: none"> - 8,14€ (6,73€ + IVA al 21%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 9,29€ (7,68€ + IVA al 21%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 7,26€ (6,00€ + IVA al 21%): tutti gli altri casi.

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indicazione dei codici sostanza legge 648/96

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 9	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella 1 - Codici sostanza di farmaci forniti ai sensi della legge 648/96	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
-

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	F		NOB
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
<p>Il campo può assumere i seguenti valori:</p> <ul style="list-style-type: none"> 'A': farmaco presente nel prontuario aziendale 'R': farmaco presente nel prontuario regionale 'S': farmaco presente sia in pronturia aziendale, sia in prontuario regionale 'Z': farmaco non presente in nessuno dei prontuari

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	H		OBB
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
<p>Il campo può assumere i seguenti valori:</p> <ul style="list-style-type: none"> 'A': farmaco presente nel prontuario aziendale 'R': farmaco presente nel prontuario regionale 'S': farmaco presente sia in pronturia aziendale, sia in prontuario regionale 'Z': farmaco non presente in nessuno dei prontuari

5 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.

5.1 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 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) Flusso F Se tipo prestazione = 08 allora l'importo totale della riga deve coincidere con il prodotto tra le quantità erogata e costo unitario del emocomponente	SI	23.0	Tipo record
			21.0	Importo totale
			18.0	Quantità

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
			89.0	Quantità erogata
58.0	Tipo prestazione			
L12	<p>Congruenza tra l'importo totale anagrafico, importi totali righe di dettaglio e ticket.</p> <p>L'importo totale presente sulla riga del record anagrafico deve essere uguale alla sommatoria degli importi totali delle singole righe di dettaglio meno l'importo ticket presente sulla riga del record anagrafico.</p>	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
			41.0	Libera professione
L13	<p>Congruenza anonimato</p> <p>Nel caso di cittadini residenti in Italia, cittadini italiani all'estero e assistiti italiani SASN. Se il codice fiscale uguale a sedici '9' allora Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO in presenza di ricetta autoimpegnativa Nel caso di cittadini STP e ENI Se il codice fiscale uguale STP999999999999 o ENI999999999999 allora Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO in presenza di ricetta autoimpegnativa.</p> <p>Tracciato F Se Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO Il codice fiscale è = sedici '9' oppure 'STP' / 'ENI' seguito da tutti '9'. Per il solo file F il controllo non applicato nel caso per tipo prestazione 05 , 09 e 25 e codice regione 010</p>	SI	05.0	Cognome utente
			06.0	Nome utente
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante
			13.0	Numero Ricetta
L15	<p>Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione</p> <p>Per residenti in Italia: Il codice della Provincia e del Comune di residenza deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p> <p>Per residenti all'estero: Il codice dello Stato estero deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p>	SI	11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L17	<p>La ricetta non deve essere già esistente nel tipo record.</p> <p>Segnalato in caso di ricetta corretta inviata con un identificativo esterno differente da quello originale.</p>	SI	03.0	Ente erogatore
			13.0	Numero ricetta
			23.0	Tipo record
L20	<p>Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome</p> <p>Se i primi tre caratteri del codice fiscale sono STP e ENI, i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a STP e</p>	SI	05.0	Nome
			06.0	Cognome
			08.0	Codice fiscale

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	<p>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 05, 09 e 25 e il codice regione è uguale a 010</p>		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
L47	<p>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)</p>	SI	18.0	Quantità (riga dettaglio)
			47.0	Quantità record anagrafico
L48	<p>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.</p>	SI	13.0	Numero ricetta
			38.0	Identificativo esterno
			40.0	Tipo movimento
L58	<p>Congruenza tra unità misura farmaco galenico generico. In presenza di codice galenici generici l'unità di misura può essere solamente 01.</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità di misura
L74	<p>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.</p>	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	<p>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</p>	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
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
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 paragrafo - controllo L99	SI	13.0	Numero Ricetta
			23.0	Tipo record
LA5	Congruenza tra matricola unita 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	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	SI	28.0	Codice farmaco

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	essere compilato con un codice prestazione della "Tabella codici per Emocomponenti"		58.0	Tipo prestazione
LB2	<p>Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore dove previsto</p> <p>I farmaci della tipologia 07 devono essere codici minsan associati ai codici ATC il cui terzo livello sia "B02" oppure se il tipo di prestazione vale 07 e il codice Minsan è quello relativo al farmaco Zevalin/Ytracis allora l'ente erogatore deve essere l'istituto 010901, 010904, 010905, 010907, 010908</p>	SI	03.2	Ente erogatore
			28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LB3	<p>Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome per tipo prestazione 05 , 09 o 25 e codice regione 010.</p> <p>Se tipo prestazione uguale a 05, 09 o 25 e codice regione uguale a 010 allora il dato può essere inviato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in forma aggregata e anonima (il cognome deve essere 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; <p>Se invece il codice regione è diverso da 010 le regole di compilazione anagrafica devono essere sempre rispettate</p>	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
LB4	<p>Congruenza tra il codice farmaco e il tipo prestazione</p> <p>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, e viceversa. (valido fino alla competenza del 30.10.2008). Se tipo prestazione vale 25 allora il codice farmaco deve essere PROT_HIV(e vice versa)</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
			87.0	Codice EAN
			28.0	Codice farmaco
LB5	<p>Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket</p> <p>Per il tipo record F, l'importo ticket deve essere zero, con la seguente eccezione: se codice vaccino iposensibilizzante l'importo può essere uguale o maggiore di zero.</p>	SI	20.0	Importo ticket
			23.0	Tipo record
			28.0	Codice farmaco
LB6	<p>Congruenza tra codice identificativo esenzione e tipo prestazione</p> <p>Se farmaco per malattia rara allora il campo codice esenzione deve essere compilato con un codice malattia rara e il campo tipo prestazione non può essere 20,21,22,23,24,25 o 30</p>	SI	43.0	Codice identificativo esenzione
			58.0	Tipo prestazione
LB7	<p>Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (codice vaccino iposensibilizzante, GAL, codici farmaci galenici per malattie rare, OSSIGENO, OSSIGENOLQ)</p>	SI	28.0	Codice farmaco

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	I farmaci codice vaccino iposensibilizzante. GALE, codici farmaci galenici per malattie rare, OSSIGENO, OSSIGENOQL non possono essere erogati solo nelle categorie 20,21,22,23,24, 25		58.0	Tipo prestazione
LC4	<p>Congruenza tra tipo prestazione e flag Off Label Se il tipo prestazione vale 30 allora il campo Off_Label deve essere compilato con 'S'.</p> <p>Se il campo Off_Label viene compilato con S, allora il campo tipo prestazione puo' ammettere solo uno di questi valori: '03,'06','30'</p>		58.0	Tipo prestazione
			86.0	/Off Label
LC5	<p>Congruenza tra flag Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi.</p> <p>Se il flag Off_Label è valorizzato con 'S' allora il codice farmaco non deve essere valorizzato con OSSIGENO, OSSIGENOLQ, vaccini iposensibilizzanti e il codice diagnosi deve essere compilato.</p>	SI	86.0	/Off Label
			28.0	Codice farmaco
			29.0	Codice diagnosi
LC6	<p>Congruenza tra codice fiscale e cognome e nome per tipo prestazione "Assistenza integrativa e codice regione 010:</p> <p>Se codice regione uguale a "010" e tipo prestazione uguale 20, 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; per codice regione diverso da "010" e tipo prestazione uguale a 20, 21, 22, 23, 24 le regole di compilazione anagrafica devono essere rispettate".</p>	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso
			10.0	Data di nascita
			11.0	Comune di residenza
			12.0	Asl di residenza
			58.0	Tipo prestazione
			62.0	Regione di residenza
LC8	<p>Congruenza tra codice farmaco648, tipo prestazione e Indicazione 648 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</p>		117.0	Indicazione 648
			28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LC9	<p>Congruenza tra unità di misura e tipo prestazione Attualmente sospeso</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità misura
			58.0	Tipo prestazione
LD8	<p>Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco. 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 pubblicata in extranet</p>	SI	58.0	Tipo Prestazione
			17.0	Codice Prestazione
			28.0	Codice Farmaco
LE6	<p>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</p>	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			58.0	Tipo prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
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 seguenti indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> - 8,14€ (6,73€ + IVA al 21%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 9,29€ (7,68€ + IVA al 21%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 7,26€ (6,00€ + IVA al 21%): tutti gli altri casi. 	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: <ul style="list-style-type: none"> - il campo tipo prestazione valorizzato con 10 e in alternativa il campo scheda nosologica con il numero della cartella clinica di DH oncologico oppure il campo codice prestazione con il valore 99.25 - il campo tipo prestazione valorizzato con 30 	SI	17.0	Codice prestazione
			28.0	Codice farmaco
			33.0	Scheda nosologica
			58.0	Tipo prestazione
LF1	Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito" In presenza di codice farmaco = IPOsensibilizzante (come da elenco regionale) e assistito residente in Italia, allora Codice Fiscale non puo' essere '9999999999999999' (indicazione per anonimi)	SI	28.0	Codice Farmaco
			08.0	Codice Fiscale
LF2	Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco. Per i farmaci erogati a partire dal 1 maggio ,se Codice farmaco è valorizzato con uno dei seguenti farmaci: Immunoglobuline: identificato con il codice ATC7 = C02KX01,	SI	28.0	Codice Farmaco

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	Bosentan: identificato con il codice ATC7 = J06BA01 e J06BA02, allora il Codice diagnosi deve sempre essere compilato con la diagnosi completa (5 cifre) Nel caso dei Fattori stimolanti la crescita granulocitaria : farmaci il cui codice ATC inizia con L03AA, il codice diagnosi è facoltativo		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 campo targatura, codice farmaco, quantità erogata e unità di misura Nel caso in cui si valorizza la targatura del farmaco allora devono verificarsi le seguenti condizioni: -codice farmaco deve essere un MinSan, ovvero farmaco provvisto di codifica AIC) -la quantità erogata deve essere valorizzata con 1 -unità di misura deve essere valorizzata con 01 – Confezioni/Scatole Nel caso in cui venga valorizzata la targatura, lo stesso codice farmaco può essere ripetuto su più righe.	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità di misura
			88.0	Targatura
			89.0	Quantità erogata
LF8	Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco Ente erogante sia valorizzato con un codice HSP11 + Bis è ammessa uno dei seguenti tipo prestazione farmaco 01 - Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo; 03 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi		03.1	Ente Erogatore

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	<p>in carico (da utilizzare anche nella ospedalizzazione domiciliare); 09 - Distribuzione diretta e gratuita di farmaci agli istituti penitenziari.</p> <p>Diversamente, nel caso in cui l'ente erogante sia valorizzato con un codice STS11 allora è ammessa una sola delle seguenti tipologie : 02 - Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo; 03 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico; 04 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza domiciliare; 05 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza residenziale o semi-residenziale ;09 - Distribuzione diretta e gratuita di farmaci agli istituti penitenziari.</p>		58.0	Tipo prestazione
LF9	<p>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 pubblicata in extranet all'indice "Tabelle Istituti Pubblici".</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			15.0	Data effettuazione prestazione
LG0	<p>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.</p>	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LG1	<p>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</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
LG2	<p>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</p>		56.0	Unità di misura
			58.0	Tipo prestazione
			89.0	Quantità erogata

5.2 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

5.3 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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
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"

5.4 Segnalazioni

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Ricetta Fuori Tempo Massimo	NO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S07	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA (nel corso dell'anno 2014 la segnalazione diventerà un controllo logico bloccante)	NO
S10	Incongruenza tra importo totale, quantità erogata, prezzo al pubblico del medicinale	NO

6 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.

7 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	iang0001.txt	iprd0001.txt
F	iang0002.txt	iprf0002.txt

8 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

Le tabelle di supporto alla compilazione dei flussi prestazioni, vengono pubblicate su una apposita sezione nell'ambito del sito <http://extranet.csi.it/sanita/report/>

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

File F: Tabella 1 - Codici sostanza di farmaci forniti ai sensi della legge 648/96 e non ancora registrati e commercializzati in Italia (per compilazione campo 28.0). La tabella è pubblicata in extranet.

File F: Tabella 2 - Tabella delle tipologie di erogazione del farmaco (per compilazione campo 58.0). La tabella è pubblicata in extranet.

File F: Tabella 3 - Unità Misura per tracciato F (per compilazione campo 56.0). La tabella è pubblicata in extranet.

File F: Tabella 4 - Codici prestazioni per Farmaci somministrati in regime ambulatoriale (per compilazione campo 17.0). La tabella è pubblicata in extranet.

File F: Tabella 5 - Codici prodotto per Emocomponenti connessi alla prestazione di trasfusione (per compilazione campo 28.0). La tabella è pubblicata in extranet.

File F: Tabella 6 - Codici vaccini iposensibilizzanti (per compilazione campo 28.0) e relativo prezzo da listino . La tabella è pubblicata in extranet.

File F: Tabella 7 - Codici farmaci galenici per malattie rare (per compilazione campo 28.0). La tabella è pubblicata in extranet.

File F: Tabella 8 - Codici prestazione e codici farmaco rilevabili nell'ambito della tipologia 10 – farmaci somministrati direttamente.

File F: Tabella 9 - Codici farmaci galenici generici (codifica ministeriale) da utilizzarsi per la compilazione del campo 28.0.

File F: Tabella 10 - Codici farmaci esteri (codifica ministeriale) da utilizzarsi per la compilazione del campo 28.0.

Tutti i flussi – Tabella 1 – Tabella codici stati esteri. La tabella è pubblicata in extranet.

9 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 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”)
- **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/l.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
14	Libera Professione (*)	nullo	nullo o ID CITTADI NO	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato o codice STP	Comune d'Italia o 999 + codice stato estero o STP + codice stato estero	Regione d'Italia o Codice stato estero	Asl d'Italia o 999	qualsiasi eccetto 999	nullo		no	a carico utente

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

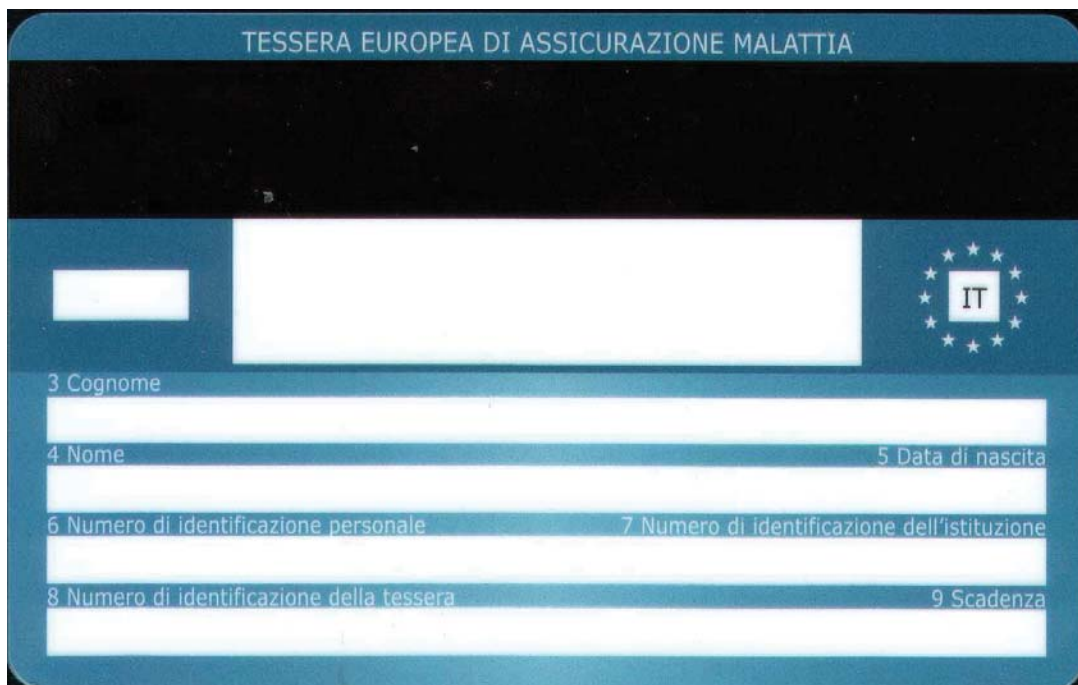
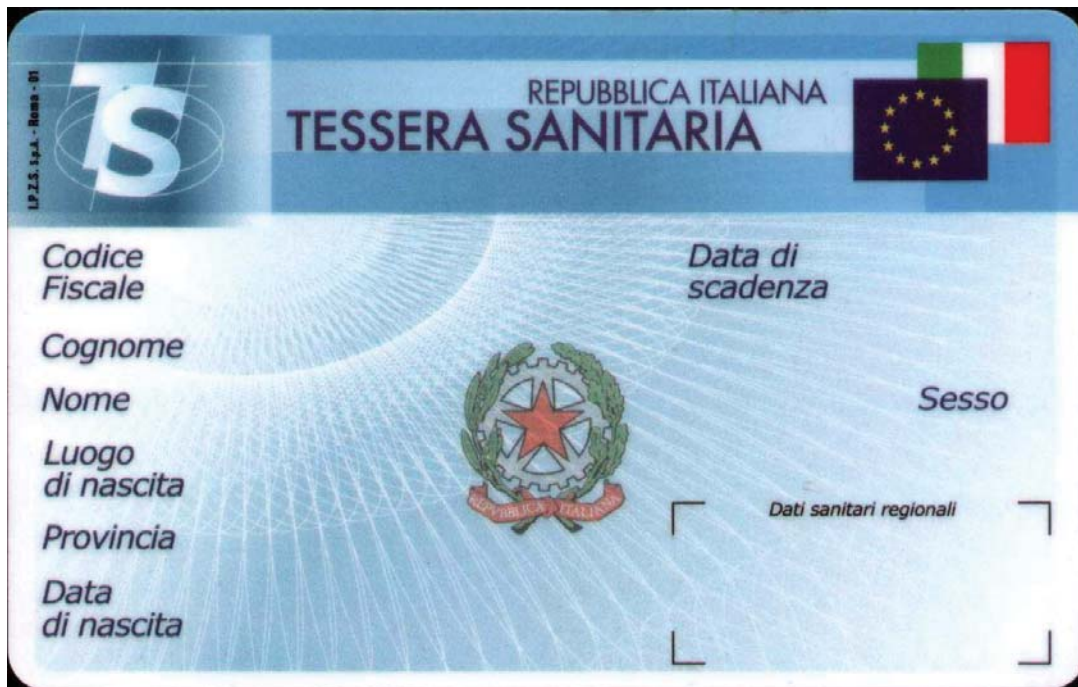
- 11.0 – “Provincia/Comune di residenza”
- 12.0 - “ASL di residenza”
- 62.0 – “Regione di residenza”

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

Controllo L99 - Congruenza tra Numero Ricetta e Tipo Record

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

FAC SIMILE TESSERA SANITARIA



DISCIPLINARE TECNICO

**FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE
per il MONITORAGGIO
DELL'ASSISTENZA PRESSO GLI HOSPICE**

SOMMARIO

<u>PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO.....</u>	<u>4</u>
<u>OBIETTIVI.....</u>	<u>4</u>
<u>STRUTTURA DEL DOCUMENTO.....</u>	<u>4</u>
<u>GENERALITÀ.....</u>	<u>5</u>
<u>ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI.....</u>	<u>5</u>
<u>RIFERIMENTI NORMATIVI.....</u>	<u>14</u>
<u>CONTESTO DI RIFERIMENTO.....</u>	<u>15</u>
<u>Ambito di rilevazione.....</u>	<u>15</u>
<u>Strutture di erogazione.....</u>	<u>15</u>
<u>Classificazione delle patologie.....</u>	<u>15</u>
<u>Codice Univoco dell'Assistito.....</u>	<u>15</u>
<u>REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE.....</u>	<u>16</u>
<u>Obbligatorietà dei campi.....</u>	<u>16</u>
<u>Modalità di movimentazione dei dati.....</u>	<u>16</u>
<u>SISTEMA DEI CONTROLLI.....</u>	<u>16</u>
<u>Controlli di tipo formale.....</u>	<u>16</u>
<u>Controlli logici e normativi.....</u>	<u>16</u>
<u>CALENDARIO DEGLI INVII.....</u>	<u>18</u>
<u>ALLEGATI.....</u>	<u>19</u>
<u>TRACCIATI RECORD.....</u>	<u>19</u>
<u>Chiave univoca di collegamento dei tracciati.....</u>	<u>19</u>
<u>Invio dei tracciati.....</u>	<u>19</u>
<u>Movimentazione dei record.....</u>	<u>19</u>
<u>Descrizione del tracciato.....</u>	<u>20</u>
<u>Tracciato "Assistito".....</u>	<u>21</u>
<u>Tracciato "Eventi".....</u>	<u>23</u>
<u>TABELLA DEI CONTROLLI.....</u>	<u>49</u>

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V03	22/07/2013	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati Riferimenti normativi (voce D10 per rilascio nuove specifiche ministeriali); - Aggiornato paragrafo Strutture di Erogazione; - Aggiornato paragrafo Chiave univoca di collegamento dei tracciati; - Campo 02.0: aggiornati denominazione , descrizione, valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campi 16.0, 18.0, 19.0: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Campo 23.0, 25.0, 28.0 29.0: aggiornati condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB) e valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campo 27.0: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Campo: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Controlli L03, L04, L15, L16, L17, L18: aggiornate prescrizioni controllo.
V02	27/11/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornati Riferimenti normativi (voce D10); - Campo 08.0: applicato nuovo controllo L21; - Campi 04.0, 05.0, 31.0: applicato nuovo controllo N08; - Controlli L21, N08: nuovo inserimento.
V01	26/10/2012	Versione iniziale del documento.

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

OBIETTIVI

Il presente documento costituisce il disciplinare tecnico di riferimento per la corretta compilazione del flusso informativo regionale per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice della Regione Piemonte (flusso HOSP-RP), in coerenza con il Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice”.

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

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il documento si articola 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;
- ALLEGATI:
 - tracciato in forma tabellare;
 - schede analitiche relative ad ogni campo del tracciato;
 - tabelle di codifica.

GENERALITÀ ACRONIMI ED 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	=	<i>Diagnosis-Related Groups</i> (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)
ECG	=	ElettroCardioGramma
FIM	=	FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
G.U.	=	Gazzetta Ufficiale
HGT	=	<i>Haemo-Gluco-Test</i>
HOSP-RP	=	Flusso informativo regionale per il monitoraggio dell'assistenza presso gli Hospice
ICD9CM	=	<i>International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification</i> (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica)
IRCCS	=	ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
L.	=	Legge (nazionale)
LEA	=	Livelli Essenziali di Assistenza
LIS	=	<i>Locked-in Syndrome</i>
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	=	<i>Vacuum Assisted Closure</i>
XML	=	<i>eXtensible Markup Language</i>
XSD	=	<i>XML Schema Definition</i>

RIFERIMENTI NORMATIVI

- [D1] – D.P.R. 14 gennaio 1997 “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”, pubblicato sul supplemento ordinario alla G.U n. 42 del 20 febbraio 1997.
- [D2] – D.G.R. 6 maggio 1998, n. 17-24510 “Approvazione linee guida indicanti i requisiti organizzativi tecnici strutturali di tutto il sistema delle cure palliative e domiciliari in Piemonte.
- [D3] – D.P.C.M. 20 gennaio 2000 “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative”.
- [D4] – D.M. MdS 27 ottobre 2000, n. 380 “Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”.
- [D5] – D.G.R. 14 ottobre 2002, n. 15-7336 “Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti all'applicazione delle cure palliative in Piemonte, alla formazione degli operatori e all'attuazione del Programma regionale per le Cure Palliative. Parziale modifica della D.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998”.
- [D6] – D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, pubblicato nel supplemento ordinario n. 123 alla G.U. n. 174 del 29 luglio 2003.
- [D7] – L. 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, pubblicata nella G.U. n. 65 del 19 marzo 2010.
- [D8] – Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 380 dell'11 ottobre 2011 "Parere favorevole sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante 'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice'".
- [D9] – D.M. MdS 6 giugno 2012 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice”, pubblicato nella G.U. n. 142 del 20 giugno 2012.
- [D10] – Specifiche funzionali dei tracciati Hospice (Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice) versione 1.7 in vigore dal 5 agosto 2013; emesse dal Ministero della Salute.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Ambito di rilevazione

Il flusso informativo regionale Hospice (HOSP-RP) rileva le **informazioni riguardanti l'assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata presso gli Hospice** della Regione Piemonte. Restano esclusi dalla rilevazione **tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da “sostegno sociale” alla persona.**

L'assistenza sanitaria erogata presso gli Hospice è rilevata **anche per le strutture Hospice ubicate all'interno di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.**

Il flusso è alimentato con le informazioni relative all'**assistenza erogata a partire dal 1 luglio 2012.**

Il flusso informativo fa riferimento alle informazioni relative all'erogatore dell'assistenza e ad una serie di dati personali dell'assistito non direttamente identificativi dell'interessato, a' sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 [D6]:

- a) caratteristiche dell'assistito;
- b) informazioni precedenti la fase di presa in carico;
- c) informazioni legate alla fase di presa in carico;
- d) informazioni relative all'inizio dell'assistenza;
- e) principali segni/sintomi oggetto di assistenza;
- f) tipologia delle prestazioni erogate;
- g) informazioni relative alla fase di conclusione.

Le informazioni raccolte devono essere trasmesse a conclusione del percorso assistenziale.

Strutture di erogazione

Si intendono Hospice esclusivamente le strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dal D.P.C.M. 20 gennaio 2000 [D3].

In ambito regionale, l'articolazione organizzativa di ogni struttura di erogazione è definita dalle Aziende Sanitarie regionali, in coerenza con l'Atto Aziendale, nell'applicativo regionale ASN (Anagrafe delle Strutture sanitarie).

A' fini di identificazione della struttura di erogazione sono censite le seguenti informazioni:

- **Codice ASL/AO di presa in carico:** codice dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera nel cui territorio si trova l'Hospice presso cui è in carico l'assistito;
- **Struttura erogatrice:** codice HSP.11/HSP.11bis/STS.11 della struttura Hospice presso cui è preso in carico l'assistito;
- **Matricola Unità Produttiva:** Codice matricola dell'Unità Produttiva che eroga l'assistenza (Punto di erogazione).

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 Hospice ed il flusso SDO.

Codice Univoco dell'Assistito

Secondo le specifiche ministeriali, a' fini dell'invio dei dati raccolti al NSIS, l'assistito dev'essere

identificato attraverso un codice univoco (ed anonimo), della lunghezza massima di 32 caratteri, derivante dal processo di codifica coerente con quanto indicato nello schema tipo di Regolamento regionale (applicabile sia a cittadini italiani sia stranieri).

A tal fine, il Codice Univoco dell'Assistito è generato attraverso codifica del “Codice fiscale” dell'assistito (campo 07.0).

REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

Obbligatorietà dei campi

Campi obbligatori

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

Campi non obbligatori

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

Campi condizionati

Riguarda le informazioni che diventano obbligatorie soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato (esempio: la compilazione del campo "Ospedale/Struttura di provenienza" diventa obbligatoria se il campo "Provenienza assistito" contiene il valore "2 – provenienza Ospedale" o "3 - provenienza dimissione protetta").

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)**

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".

SISTEMA DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli prevede due tipologie di verifica:

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

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.

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.

CALENDARIO DEGLI INVII

Le informazioni oggetto di rilevazione devono essere trasmesse a conclusione del percorso assistenziale.

Scadenze e periodicità degli invii sono fissate dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, con specifica D.G.R. del Settore DB2019 – Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro le quali i dati debbano essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.

Nel caso in cui i dati siano inviati oltre la scadenza definita nel calendario, il sistema di monitoraggio acquisisce ugualmente i dati, ma classificandoli in extracompetenza.

Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza viene considerata la Data di dimissione dell'assistito (campo 31.0).

ALLEGATI

TRACCIATI RECORD

Il flusso informativo regionale HOSP-RP è costituito da due tracciati, attraverso cui sono rispettivamente rilevate le informazioni inerenti ai dati anagrafici e di residenza degli assistiti e quelle relative all'assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata a loro beneficio.

Tracciato Assistito (ANAG)

Accoglie le informazioni inerenti ai dati anagrafici e di residenza dell'assistito nonché della struttura che eroga l'assistenza.

Tracciato Eventi (EVEN)

Censisce le seguenti informazioni relative all'assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata a beneficio dell'assistito:

- **“Presa in carico”**: informazioni rilevanti precedenti la fase di presa in carico, informazioni relative all'erogatore, informazioni rilevanti legate alla fase di presa in carico;
- **“Erogazione”**: informazioni relative all'inizio dell'assistenza, principali segni/sintomi oggetto dell'assistenza, tipologia di prestazioni erogate;
- **“Conclusioni”**: informazioni rilevanti relative alla fase di presa in carico.

Chiave univoca di collegamento dei tracciati

Anche al fine di garantire la separazione tra dati identificativi dell'assistito e relativi dati sanitari, il tracciato “Assistito” ed il tracciato “Eventi” sono logicamente collegati da una chiave univoca di collegamento composta da più campi:

- Progressivo univoco assistito;
- Codice ASL/AO di presa in carico;
- Struttura erogatrice;
- Data ricovero.

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 [D8].

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 “Assistito” dev'essere collegato un record “Eventi” attraverso la relativa chiave univoca di collegamento.

Movimentazione dei record

Un record può essere inviato con “Tipo movimento” = “I” solo qualora non inviato in precedenza.

La cancellazione di un record del tracciato Assistito comporta la cancellazione di tutti gli eventi ad esso associati: per operare una cancellazione, è sufficiente **inviare un record del tracciato “Assistito” con la chiave univoca di identificazione del record da eliminare** (combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico”, “Struttura erogatrice”, “Data ricovero” e “Codice fiscale”), indicando il “Tipo movimento” = “S”; saranno eliminati anche tutti i dati relativi

a Prese in carico, Erogazioni e Conclusione ad esso collegati.

La sostituzione di informazioni relative a un assistito o ad uno o più eventi ad esso associati comporta l'invio di entrambi i tracciati e di tutti i dati inerenti all'assistito e a tutti gli eventi correlati, indicando nel tracciato “Assistito” il “Tipo movimento” = “S”: saranno oggetto di sostituzione integrale l'intero record Assistito e tutti i dati relativi a Prese in carico, Erogazioni e Conclusione ad esso collegati.

Non è possibile trasmettere sostituzioni di record che non siano stati precedentemente inseriti.

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).

Tracciato "Assistito"

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

Num. scheda	Nome campo			Tipo	Lun.	Note	OBB	NSIS
Chiave univoca di collegamento								
01.0	Progressivo univoco assistito	N	32	Progressivo numerico, univoco nell'ambito dell'ASL di presa in carico, attribuito sequenzialmente ad ogni record assistito inviato.	OBB		RP	
02.0	Codice ASL/AO di presa in carico	AN	3	Codice dell'azienda Sanitaria/Ospedaliera nel cui territorio si trova l'Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.	OBB		NS	
03.0	Struttura erogatrice	AN	8	Codice HSP.11/HS P.11 bis/STS .11 della struttura Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.	OBB		NS	
04.0	Data ricovero	D	8	Data di ricovero dell'assistito.	OBB		NS	
Campo tecnico								
05.0	Tipo movimento			A	1	I: inserimento; C: cancellazione; S: sostituzione.	OBB	NS

Num. scheda	Nome campo			Tipo	Lun.	Note	OBB	NSIS
Dati struttura								
06.0	Matricola Unità Produttiva			AN	6	Codice matricola dell'Unità Produttiva che eroga l'assistenza.	OBB	RP
Assistito								
07.0	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'assistito	OBB	RP		
Dati anagrafici assistito								
08.0	Anno di nascita			N	4	Anno di nascita dell'assistito.	OBB	NS
09.0	Genere			N	1	Sesso dell'assistito.	OBB	NS
10.0	Cittadinanza			AN	3	Cittadinanza dell'assistito.	OBB	NS
11.0	Titolo di studio			N	1	Titolo di studio dell'assistito.	OBB	NS
Residenza assistito								
12.0	Regione di residenza			AN	3	Regione in cui risiede l'assistito.	OBB	NS
13.0	ASL di residenza			AN	3	Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito.	OBB	NS
14.0	Comune di residenza			AN	6	Codice ISTAT del comune nella cui Anagrafe della Popolazione residente è iscritto l'assistito.	OBB	NS
15.0	Stato estero di residenza			AN	3	Eventuale Stato estero di residenza dell'assistito	NBB	NS

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

- Codice ASL presa in carico (02.0)
- Struttura erogatrice (03.0)
- Data ricovero (04.0)
- Codice fiscale (07.0)

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

- Progressivo univoco assistito (01.0)
- Codice ASL/AO di presa in carico (02.0)
- Struttura erogatrice (03.0)
- Data ricovero (04.0)

Ad ogni Progressivo univoco assistito può corrispondere una ed una sola combinazione dei campi che costituiscono la chiave univoca di identificazione.

Tracciato "Eventi"

Nella trattazione delle schede esplicative i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice "EVEN".

Num. scheda	Nome campo			Tipo	Lun.	Note	OBB	NSIS
Chiave univoca di collegamento								
01.0	Progressivo univoco assistito	N	32	Progressivo numerico, univoco nell'ambito dell'ASL di presa in carico, attribuito sequenzialmente ad ogni record assistito inviato.	OBB	RP		
02.0	Codice ASL/AO di presa in carico	AN	3	Codice dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera nel cui territorio si trova l'Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.	OBB	NS		
03.0	Struttura erogatrice	AN	8	Codice HSP.11/HSP.11bis/STS.11 della struttura Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.	OBB	NS		
04.0	Data ricovero	D	8	Data di ricovero dell'assistito.	OBB	NS		
Evento Presa in Carico (PIC)								
16.0	Tariffa giornaliera			N	9	Componente della tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Nazionale	OBB	NS

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	OBB	NSIS
17.0	Tipo Struttura di provenienza	N	1	Struttura o luogo di provenienza dell'assistito.	OBB	NS
18.0	Data Richiesta Ricovero	D	8	Data presente sulla richiesta del medico che propone il ricovero dell'assistito.	OBB	NS
19.0	Data Ricezione Richiesta Ricovero	D	8	Data in cui l'Hospice riceve la richiesta di ricovero.	OBB	NS
20.0	Patologia responsabile	AN	3	Patologia responsabile del quadro clinico.	OBB	NS
21.0	Motivo prevalente ricovero	N	1	Motivo prevalente per il quale è richiesta la presa in carico.	OBB	NS
22.0	Segno/Sintomo clinico 1 (SS1)	AN	6	Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.	OBB	NS
23.0	Segno/Sintomo clinico 2 (SS2)	AN	6	Ulteriore segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.	OBB	NS
24.0	Motivo non clinico 1 (MNC1)	AN	6	Motivo non clinico alla base della presa in carico.	OBB	NS
25.0	Motivo non clinico 2 (MNC2)	AN	6	Ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico.	OBB	NS
Evento erogazione						
26.0	Segno/Sintomo primario 1 (SSP1)	AN	6	Segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.	OBB	NS
27.0	Segno/Sintomo primario 2 (SSP2)	AN	6	Ulteriore segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.	OBB	NS
28.0	Segno/Sintomo secondario 1 (SSS1)	AN	6	Altro segno/sintomo gestito dalla struttura.	OBB	NS
29.0	Segno/Sintomo secondario 2 (SSS2)	AN	6	Ulteriore altro segno/sintomo gestito dalla struttura.	OBB	NS
30.0	<i>Macroprestazioni (sezione ripetibile): campo "Macroprestazione" ripetibile da 1 a 10 occorrenze</i>					
	Macroprestazione	N	2	Macroprestazione che caratterizza l'assistenza erogata.	OBB	NS
Evento conclusione						
31.0	Data Dimissione	D	8	Data di dimissione dell'assistito.	OBB	NS
32.0	Modalità Dimissione	AN	1	Ragione per la quale viene conclusa l'assistenza.	OBB	NS

La **chiave univoca di identificazione** dei record del tracciato Eventi – nonché **chiave univoca di collegamento** tra i tracciati – è costituita dai seguenti campi:

- Progressivo univoco assistito (01.0)
- Codice ASL/AO di presa in carico (02.0)
- Struttura erogatrice (03.0)
- Data ricovero (04.0)

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Progressivo univoco assistito	01.0
EVEN	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Progressivo numerico, univoco nell'ambito dell'ASL di presa in carico, attribuito sequenzialmente ad ogni record assistito inviato.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1 – 32 FORMATO: N VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata. N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato. N04 – Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito. N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi. N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito. S01 – Invio in extracompetenza. S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE (chiave logica di collegamento)

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Codice ASL/AO di presa in carico	02.0
EVEN	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera nel cui territorio si trova l'Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 904, 905

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.
N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.
N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato.
N04 – Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.
N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi.
N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.
N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.
S01 – Invio in extracompetenza.
S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

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).

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Struttura erogatrice	
EVEN	OBB		03.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice HSP.11/HSP.11bis/STS.11 della struttura Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6 – 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.
 N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.
 N04 – Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.
 N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi.
 N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.
 N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.
 S01 – Invio in extracompetenza.
 S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

In attesa dell'adozione del modello proposto dal Mattone 1 "classificazione delle strutture, che sarà recepito nel NSIS attraverso il progetto MRA ("Monitoraggio della Rete di Assistenza"), il campo utilizzerà i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis e STS.11.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Data ricovero	04.0

EVEN	OBB	
-------------	------------	--

DESCRIZIONE CAMPO
Data di ricovero dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L02 – Congruenza tra Data ricovero e Anno di nascita.

L03 – Congruenza tra Data ricovero e Data richiesta ricovero.

L04 – Congruenza tra Data ricovero e Data ricezione richiesta ricovero.

L05 – Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione.

N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.

N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.

N04 – Record elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.

N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi.

N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.

N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.

N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero.

S01 – Invio in extracompetenza.

S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
CAMPO CHIAVE			
TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Tipo movimento	05.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il record inviato riguarda un nuovo inserimento, una richiesta di sostituzione o una richiesta di cancellazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: I, S, C

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.
N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.
N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato.
N04 – Record elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.
N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.
N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.
N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero.
S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**CAMPO TECNICO**

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
------------------	-----------------	-------------------	--------------------

ANAG	OBB	Matricola Unità Produttiva	06.0

DESCRIZIONE CAMPO
Codice matricola dell'Unità Produttiva che eroga l'assistenza (punto di erogazione)

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 999999

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella Anagrafe Strutture della Regione Piemonte (ASN)

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

In via transitoria, il campo assume il valore 999999 qualora la Matricola non sia ancora censita in Anagrafe Strutture.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Codice fiscale	07.0

<p>DESCRIZIONE CAMPO</p>
<p>Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano nonché ai cittadini stranieri che presentano domanda d'ingresso nel territorio italiano oppure che richiedono il rilascio o rinnovo del permesso di soggiorno. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita.</p>

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici "9".

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici fiscali in AURA-TS

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS.

L07 – Congruenza tra codice fiscale ed anno di nascita.

N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.

N04 – Record elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.

N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.

N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Il codice fiscale dell'assistito dev'essere acquisito direttamente dalla Tessera Sanitaria TS-TEAM (inviata all'Agenzia delle Entrate) al momento della presa in carico:

- per i cittadini stranieri residenti in Italia ci si riferisce al codice fiscale;
- per cittadini stranieri iscritti ai centri ISI, si inserisce il codice ISI avente la seguente struttura: "STP + 010 + codice ASL presa in carico + 7 cifre numeriche";
- per cittadini stranieri non residenti in Italia e gli apolidi, si inseriscono sedici '9'.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Anno di nascita	08.0

DESCRIZIONE CAMPO

Anno di nascita dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: AAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L02 – Congruenza tra Data ricovero e Anno di nascita. L07 – Congruenza tra codice fiscale ed anno di nascita. L21 – Congruenza tra anno immesso e anno corrente.
--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Genere	09.0

DESCRIZIONE CAMPO
Sesso dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI

1 = maschio;
2 = femmina.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Cittadinanza	10.0

DESCRIZIONE CAMPO
Cittadinanza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: se cittadino italiano: “**100**”; se cittadino di Stato estero: **codice ISTAT Stato estero**; se “apolide”: “**999**”; se “non identificabile”: “**000**”.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT codici Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L20 – Congruenza tra Cittadinanza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Titolo di studio	11.0

--	--	--

DESCRIZIONE CAMPO

Titolo di studio dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

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

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI

1 = nessuno;
2 = licenza elementare;
3 = licenza media inferiore;
4 = diploma media superiore;
5 = laurea;
6 = sconosciuto.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Regione di residenza	12.0

DESCRIZIONE CAMPO

Regione in cui risiede l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice ISTAT regione; "999" per gli assistiti residenti all'estero.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT regioni d'Italia

CONTROLLI APPLICATI

L08 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.
L09 – Congruenza tra Regione di residenza e Comune di residenza.
L10 – Congruenza tra Regione di residenza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti 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.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	ASL di residenza	13.0

DESCRIZIONE CAMPO
Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 201 – 213 per le ASL della Regione Piemonte; altri codici nell'intervallo 001 – 998 per le ASL di altre regioni; “999” per i residenti all'estero.</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: codici regionali delle ASL d'Italia.</p>

CONTROLLI APPLICATI

L08 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.
L11 – Congruenza tra ASL di residenza e Comune di residenza.
L12 – Congruenza tra ASL di residenza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali, in particolare nel modello FLS.11 “Dati di struttura e di organizzazione della Unità Sanitaria Locale”.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Comune di residenza	14.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice ISTAT del comune nella cui Anagrafe della Popolazione residente è iscritto l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani;
“999999” per gli assistiti residenti all'estero.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L08 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.

L11 – Congruenza tra ASL di residenza e Comune di residenza.

L13 – Congruenza tra Comune di residenza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice da utilizzare è quello previsto dalla 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.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	NBB	Stato estero di residenza	15.0

DESCRIZIONE CAMPO
Eventuale Stato estero di residenza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ISTAT Stato estero (**diverso da 100**); se “apolide”: “**999**”.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT degli Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L10 – Congruenza tra Regione di residenza e Stato estero di residenza.

L12 – Congruenza tra ASL di residenza e Stato estero di residenza.

L13 – Congruenza tra Comune di residenza e Stato estero di residenza.

L20 – Congruenza tra Cittadinanza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo non deve essere valorizzato per i residenti in Italia.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Tariffa giornaliera	16.0

DESCRIZIONE CAMPO
Componente della tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Regionale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0.01 – 999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Tipo Struttura di provenienza	17.0

DESCRIZIONE CAMPO
Struttura o luogo di provenienza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

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

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**LEGENDA DEI CODICI**

1 = domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive;
2 = domicilio dell'assistito, con cure palliative domiciliari attive;
3 = struttura sociosanitaria residenziale;
4 = struttura sociale;
5 = struttura ospedaliera;
6 = struttura di riabilitazione;
9 = altro.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Data Richiesta Ricovero	18.0

--	--	--

DESCRIZIONE CAMPO
Data presente sulla richiesta del medico che propone il ricovero dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

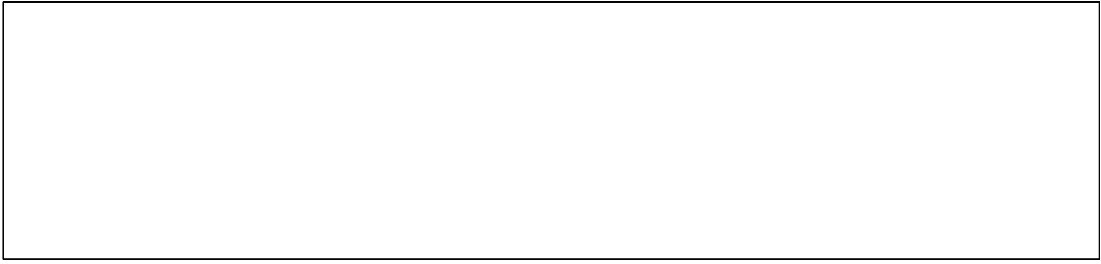
CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L03 – Congruenza tra Data ricovero e Data richiesta ricovero.

L14 – Congruenza tra Data richiesta ricovero e Data ricezione richiesta ricovero.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI



TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Data Ricezione Richiesta Ricovero	19.0

DESCRIZIONE CAMPO
Data in cui l'Hospice riceve la richiesta di ricovero.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L04 – Congruenza tra Data ricovero e Data ricezione richiesta ricovero.

L14 – Congruenza tra Data richiesta ricovero e Data ricezione richiesta ricovero.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Patologia responsabile	20.0

DESCRIZIONE CAMPO
Patologia responsabile del quadro clinico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Primi tre caratteri del codice ICD9CM.

TABELLE DI RIFERIMENTO: ICD9CM versione 2007

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

È possibile indicare una sola patologia.
Utilizzare codifica ICD 9 CM, limitatamente ai primi tre caratteri che individuano la categoria.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Motivo prevalente ricovero	21.0

DESCRIZIONE CAMPO
Motivo prevalente per il quale è richiesta la presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI

1 = motivo clinico;
2 = motivo non clinico.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo clinico 1 (SS1)	22.0

DESCRIZIONE CAMPO
Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L15 – Congruenza tra Segno/Sintomo clinico 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo clinico 2 (SS2)	23.0

DESCRIZIONE CAMPO
Ulteriore segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 – 6 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX” TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI
L15 – Congruenza tra Segno/Sintomo clinico 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Nel caso in cui non sia presente alcun ulteriore segno/sintomo clinico alla base della presa in carico, valorizzare con “XXXXXX”.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Motivo non clinico 1 (MNC1)	24.0

DESCRIZIONE CAMPO
Motivo non clinico alla base della presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX”

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi non clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L16 – Congruenza tra Motivo non clinico 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Nel caso in cui non sia presente alcun motivo non clinico alla base della presa in carico, valorizzare con "XXXXXX".			
TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Motivo non clinico 2 (MNC2)	25.0

DESCRIZIONE CAMPO
Ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 – 6 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX” TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi non clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L16 – Congruenza tra Motivo non clinico 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel caso in cui non sia presente alcun ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico, valorizzare con “XXXXXX”.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo primario 1 (SSP1)	26.0

DESCRIZIONE CAMPO
Segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L17 – Congruenza tra Segno/Sintomo primario 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo primario 2 (SSP2)	27.0

DESCRIZIONE CAMPO
Ulteriore segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 – 6 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: codice ICD9CM TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI
L17 – Congruenza tra Segno/Sintomo primario 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo secondario 1 (SSS1)	28.0

DESCRIZIONE CAMPO
Altro segno/sintomo gestito dalla struttura.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 – 6 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX” TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI
L18 – Congruenza tra Segno/Sintomo secondario 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Nel caso in cui non sia presente alcun segno/sintomo secondario alla base della presa in carico, valorizzare con "XXXXXX".			
TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo secondario 2 (SSS2)	29.0

DESCRIZIONE CAMPO
Ulteriore altro segno/sintomo gestito dalla struttura.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 3 – 6 FORMATO: AN VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX” TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L18 – Congruenza tra Segno/Sintomo secondario 1 e 2.
--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel caso in cui non sia presente alcun ulteriore segno/sintomo secondario alla base della presa in carico, valorizzare con "XXXXXX".
--

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Macroprestazione	30.0

DESCRIZIONE CAMPO
Macroprestazione che caratterizza l'assistenza erogata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99

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

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra macroprestazioni.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**CAMPO RIPETIBILE (CHIAVE LOGICA)**

Possono essere inserite al massimo 10 macroprestazioni.
Sono da segnalare solo le macroprestazioni erogate nel corso dell'assistenza.

LEGENDA DEI CODICI

1 = controllo dolore;
2 = controllo dispnea;
3 = controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, ecc.);
4 = controllo sintomi psicocomportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium, ecc);
5 = medicazioni complesse;
6 = sedazione terminale/palliativa;
7 = gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee, ecc.);
8 = ascolto/supporto al paziente/alla famiglia;
9 = accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente);
99 = altra macroprestazione.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Data Dimissione	31.0

DESCRIZIONE CAMPO
Data di dimissione dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L05 – Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione.

N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero.

S01 – Invio in extracompetenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Modalità Dimissione	32.0

DESCRIZIONE CAMPO

Ragione per la quale viene conclusa l'assistenza.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

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

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI
1 = dimissione ordinaria al domicilio dell'assistito; 2 = dimissione al domicilio dell'assistito con assistenza domiciliare; 3 = dimissione al domicilio dell'assistito con cure palliative domiciliari; 4 = dimissione presso strutture residenziali extraospedaliere; 5 = trasferito ad ospedale; 6 = deceduto; 9 = altro.

TABELLA DEI CONTROLLI

Premessa

La tabella è articolata in quattro colonne:

N.

Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "CONTROLLI APPLICATI" di ogni scheda:

Lxx = controllo logico

Nxx = condizione di record **non elaborabile**

Sxx = segnalazione

Descrizione dei controlli

Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.

Tipo

Indica il tipo di controllo:

L = controllo logico

F = controllo formale

N = controllo bloccante

Campo

A sua volta articolata in due colonne (**n. scheda** e **Nome campo**) che elencano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "CONTROLLI APPLICATI", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
L01	Congruenza tra data immessa e data corrente: <ul style="list-style-type: none"> la data inserita non può essere maggiore della data corrente (data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati). 	L	04.0	Data ricovero
			18.0	Data richiesta ricovero
			19.0	Data ricezione richiesta ricovero
			31.0	Data dimissione
L02	Congruenza tra Data ricovero e Anno di nascita: <ul style="list-style-type: none"> l'Anno di nascita (08.0) non può essere maggiore dell'anno della "Data ricovero" (04.0) 	L	04.0	Data ricovero
			08.0	Anno di nascita
L03	Congruenza tra Data ricovero e Data richiesta ricovero: <ul style="list-style-type: none"> la "Data richiesta ricovero" (18.0) non può essere maggiore della "Data ricovero" (04.0) 	L	04.0	Data ricovero
			18.0	Data richiesta ricovero
L04	Congruenza tra Data ricovero e Data ricezione richiesta ricovero: <ul style="list-style-type: none"> la "Data ricezione richiesta" ricovero (19.0) non può essere maggiore della "Data ricovero" (04.0) 	L	04.0	Data ricovero
			19.0	Data ricezione richiesta ricovero
L05	Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione: <ul style="list-style-type: none"> la "Data dimissione" (31.0) non può essere minore della "Data ricovero" (04.0) 	L	04.0	Data ricovero
			31.0	Data dimissione
L06	Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS: <ul style="list-style-type: none"> se il campo "Codice fiscale" (07.0) non è valorizzato con un codice ISI o sedici "9", allora il Codice fiscale inserito dev'essere presente nel sistema AURA-TS. 	L	07.0	Codice fiscale
L07	Congruenza tra Codice fiscale ed Anno di nascita: <ul style="list-style-type: none"> se il campo "Codice fiscale" (07.0) non è valorizzato con un codice ISI o sedici "9", allora l'Anno di nascita (08.0) dell'assistito deve corrispondere all'anno di nascita indicato nel Codice fiscale. 	L	07.0	Codice fiscale
			08.0	Anno di nascita
L08	Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza: <ul style="list-style-type: none"> se "Regione di residenza" (12.0) = "999", allora "ASL di residenza" (13.0) dev'essere valorizzato con "999"; se "Regione di residenza" è diverso da "999", allora "ASL di residenza" non può assumere il valore "999" e deve corrispondere al codice di un'ASL situata nella regione di residenza indicata. 	L	12.0	Regione di residenza
			13.0	ASL di residenza
L09	Congruenza tra Regione di residenza e Comune di residenza:	L	12.0	Regione di residenza

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
	<ul style="list-style-type: none"> se “Regione di residenza” (12.0) = “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. 		14.0	Comune di residenza
L10	Congruenza tra Regione di residenza e Stato estero di residenza: <ul style="list-style-type: none"> se “Regione di residenza” (12.0) è diverso da “999”, allora “Stato estero di residenza” (15.0) non deve essere compilato 	L	12.0	Regione di residenza
			15.0	Stato estero di residenza
L11	Congruenza tra ASL di residenza e Comune di residenza: <ul style="list-style-type: none"> se “ASL di residenza” (13.0) = “999”, allora “Comune di residenza” (14.0) 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. 	L	13.0	ASL di residenza
			14.0	Comune di residenza
L12	Congruenza tra ASL di residenza e Stato estero di residenza: <ul style="list-style-type: none"> se “ASL di residenza” (13.0) è diverso da “999”, allora “Stato estero di residenza” (15.0) non deve essere compilato. 	L	13.0	ASL di residenza
			15.0	Stato estero di residenza
L13	Congruenza tra Comune di residenza e Stato estero di residenza: <ul style="list-style-type: none"> se “Comune di residenza” (14.0) è diverso da “999999”, allora “Stato estero di residenza” (15.0) non deve essere compilato 	L	14.0	Comune di residenza
			15.0	Stato estero di residenza
L14	Congruenza tra Data richiesta ricovero e Data ricezione richiesta ricovero: <ul style="list-style-type: none"> la “Data ricezione richiesta ricovero” (19.0) non può essere minore della “Data richiesta ricovero” (18.0) 	L	18.0	Data richiesta ricovero
			19.0	Data ricezione richiesta ricovero
L15	Congruenza tra Segno/Sintomo clinico 1 e 2: <ul style="list-style-type: none"> “Segno/Sintomo clinico 2” (23.0) deve essere diverso da “Segno/Sintomo clinico 1” (22.0). 	L	22.0	Segno/Sintomo clinico 1
			23.0	Segno/Sintomo clinico 2
L16	Congruenza tra Motivo non clinico 1 e 2: <ul style="list-style-type: none"> se “Motivo non clinico 1” (24.0) è valorizzato con “XXXXXX”, allora “Motivo non clinico 2” (25.0) deve essere valorizzato con “XXXXXX”; se “Motivo non clinico 1” è diverso da “XXXXXX”, allora “Motivo non clinico 2” deve essere diverso da “Motivo non clinico 1” 	L	24.0	Motivo non clinico 1
			25.0	Motivo non clinico 2

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
L17	Congruenza tra Segno/Sintomo primario 1 e 2: <ul style="list-style-type: none"> “Segno/Sintomo primario 2” (26.0) dev'essere diverso da “Segno/Sintomo primario 1” (27.0). 	L	26.0	Segno/Sintomo primario 1
			27.0	Segno/Sintomo primario 2
L18	Congruenza tra Segno/Sintomo secondario 1 e 2: <ul style="list-style-type: none"> se “Segno/Sintomo secondario” 1 (28.0) è valorizzato con “XXXXXX”, allora “Segno/Sintomo secondario 2” (29.0) deve essere valorizzato con “XXXXXX”; se “Segno/Sintomo secondario 1” è diverso da “XXXXXX”, allora “Segno/Sintomo secondario 2” deve essere diverso da “Segno/Sintomo secondario 1”. 	L	28.0	Segno/Sintomo secondario 1
			29.0	Segno/Sintomo secondario 2
L19	Congruenza tra macroprestazioni: <ul style="list-style-type: none"> se è valorizzata più di una macroprestazione (30.0), non sono ammesse occorrenze duplicate (CHIAVE LOGICA). 	L	30.0	Macroprestazione
L20	Congruenza tra Cittadinanza e Stato estero di residenza: <ul style="list-style-type: none"> se “Stato estero di residenza” (15.0) è valorizzato con “999” (apolide), allora “Cittadinanza” (10.0) può essere valorizzato solo con “999” (apolide). 	L	10.0	Cittadinanza
			15.0	Stato estero di residenza
L21	Congruenza tra Anno di nascita e anno corrente: <ul style="list-style-type: none"> l’”Anno di nascita” (08.0) non può essere maggiore dell'anno corrente (anno della data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati). 	L	08.0	Anno di nascita

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento
			07.0	Codice fiscale

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
N02	<p>Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Progressivo univoco assistito" (01.0), "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0) e "Data ricovero" (04.0). 	N	01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento
N03	<p>Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il "Codice ASL presa in carico" (02.0) indicato, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesimo "Progressivo univoco assistito" (01.0). 	N	01.0	Progressivo univoco assistito

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			02.0	Codice ASL presa in carico
			05.0	Tipo movimento
N04	<p>Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesimo "Progressivo univoco assistito" (01.0), ma diversa combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" 	N	01.0	Progressivo univoco assistito

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" - un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). <p>(02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0);</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" - un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico", "Struttura erogatrice", "Data ricovero", e "Codice fiscale" ma "Progressivo univoco assistito" diverso; 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			05.0	Tipo movimento
			07.0	Codice fiscale
N05	<p>Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> nel medesimo invio, ogni record Eventi dev'essere logicamente collegato ad un record Assistito, e viceversa, attraverso la chiave univoca di collegamento (combinazione dei campi "Progressivo univoco assistito" (01.0), "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura 	N	01.0	Progressivo univoco assistito

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" - un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). <p>erogatrice" (03.0) e "Data ricovero" (04.0))</p>	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" - un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
N06	<p>Record non elaborato per chiave non trovata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", se "Tipo movimento" (05.0) = "S", allora deve esistere in archivio un record avente la medesima chiave univoca di identificazione (combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0)); per il tracciato "Assistito", se "Tipo movimento" = "C", allora deve esistere in archivio un record avente la medesima chiave univoca di identificazione. 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			05.0	Tipo movimento
			07.0	Codice fiscale
N07	<p>Record non elaborato per tentata sostituzione Progressivo univoco assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", se "Tipo movimento" (05.0) = "S", non deve esistere in archivio un record avente medesima chiave univoca di identificazione (combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" 	N	01.0	Progressivo univoco assistito

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). <p>(04.0), e "Codice fiscale" (07.0)) ma "Progressivo univoco assistito" (01.0) differente.</p>	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			05.0	Tipo movimento
			07.0	Codice fiscale
N08	<p>Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero.</p> <ul style="list-style-type: none"> la "Data ricovero" (04.0) non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) diverso da "C"; 	N	04.0	Data ricovero

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Data dimissione" (31.0), non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" diverso da "C"; se "Data ricovero" è uguale alla data ricovero di una cartella presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" diverso da "C" - allora la "Data dimissione" non può essere uguale alla data dimissione della stessa cartella; se "Data dimissione" è uguale alla data dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" diverso da "C" - allora la "Data ricovero" non può essere uguale alla data ricovero della stessa cartella. 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			05.0	Tipo movimento
			31.0	Data dimissione
N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" – un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			n. scheda	NOME CAMPO
S01	<p>Invio in extracompetenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record inviati oltre il termine del periodo di competenza. 	F	01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" - un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			31.0	Data dimissione

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
S02	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione Eventi cancellati: duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> viene segnalata la cancellazione degli eventi collegati al per il tracciato "Assistito" non deve essere presente nel record "Assistito eliminato" con "Tipo movimento" (05.0) medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" - un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	F N	02.0	Codice ASL presa in carico
N01			03.0	Struttura erogatrice
			01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	<p>Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> per il tracciato "Assistito", non deve essere presente nel medesimo file di invio - e/o in archivio, se "Tipo movimento" (05.0) = "I" - un record avente medesima combinazione dei campi "Codice ASL presa in carico" (02.0), "Struttura erogatrice" (03.0), "Data ricovero" (04.0), e "Codice fiscale" (07.0). 	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento

DISCIPLINARE TECNICO

FLUSSO INFORMATIVO MEDICINA DELLO SPORT

FLUSSO REGIONALE MEDICINA DELLO SPORT

Tabella per dati di rilevazione delle attività dei servizi di Medicina dello Sport della Regione Piemonte

Anno _____

Nota 1: la rilevazione ha cadenza semestrale. Si faccia riferimento al calendario regionale flussi e rilevazioni per le scadenze.

Nota 2: si ricorda che la presente rilevazione costituisce obbligo esclusivamente per le aziende sanitarie regionali che non utilizzino già il servizio erogato dall'applicativo Med Sport messo a disposizione dal Sistema Informativo Sanitario Regionale.

PRESTAZIONE

*N.ro In
orario di
servizio* *N.ro Fuori
orario di
servizio*

1) IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

Visita medica per idoneità sport agonistico

Sottogruppi delle visite sopra indicate:

Casi complessi		
Disabili		
Obesi / sovrappesi		
Affetti da malattie croniche		
Rivalutati dopo sospensione		
Non idonei		

ECG a riposo		
ECG durante test da sforzo		
ECG dopo sforzo		
Esame urine		
Spirometria		
Altri esami (specificare: _____)		
Certificazioni di idoneità / non idoneità		
n.ro visite autorizzate per centro convenzionato		
n.ro visite effettuate tramite convenzione		
Numero totale di modelli per la certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica utilizzati dalle Strutture dell'ASL e/o consegnati ai soggetti privati autorizzati alla certificazione		

2) ALTRE PRESTAZIONI CLINICHE

Visita medica per idoneità sport NON agonistico		
Visita per esercizio - terapia / tipo A		
visita per esercizio - terapia / tipo B		
Visita per traumatologia da sport		
Consulenza dietologica per sport		
Visita per valutazione ed avviamento allo sport		
Visita di valutazione funzionale per atleti		
Visita specialistica medico-sportiva		
Ecografia muscolare / articolare		

3) ATTIVITA' DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA E DI PREVENZIONE / CURA

- Progetti nazionali

Titolo e breve descrizione:

- Progetti regionali

Titolo e breve descrizione:

- Progetti locali

Titolo e breve descrizione:

- Interventi per la prevenzione del doping

n.ro soggetti coinvolti:

Titolo intervento / Note:

- Altro:

7) STRUTTURA DI MEDICINA DELLO SPORT

ASL _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SEDE: VIA _____ N.ro _____

COMUNE _____ (_____)

TELEFONO _____

E-MAIL _____

PERIODO DI RIFERIMENTO:
Anno _____

LUOGO: _____ DATA: _____

IL RESPONSABILE (TIMBRO E
FIRMA)

LEGENDA / ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Visita per idoneità allo sport agonistico

Visita medico sportiva per soggetti praticanti sport agonistico, inviati dalle società sportive ai fini ottenimento dell'idoneità.

Casi complessi

Visite con valutazione di situazioni cliniche complesse (per es. aritmie, cardiomiopatie, patologie neurologiche, ecc...) che hanno richiesto valutazioni strumentali e cliniche specialistiche esterne ai fini della concessione dell'idoneità.

Disabili

Visite per portatori di sabilità, motoria o mentale, ai fini della concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica e non (secondo norme CIP, per Special Olympics, per sport-terapia, etc...).

Obesi / sovrappeso

Visite per osggetti richiedenti l'idoneità allo sport in situazione di sovrappeso e obesità (con IMC > 25 e >30)

Affetti da malattie croniche

Visite per soggetti richiedenti l'idoneità allo sport affetti da malattie croniche non trasmissibili: cardiopatia ischemia, ipertensione arteriosa, diabete e altre malattie metaboliche, etc...

Rivalutati dopo sospensione del giudizio

Casi che abbiamo richiesto ulteriore visita, dopo sospensione del giudizio per necessità di ulteriori accertamenti o di ricontrollo clinico, rivalutati e definiti.

Non idonei

Visite concluse con l'emissione di un giudizio di non idoneità alla pratica dello sport agonistico

ECG a riposo

Elettrocardiogramma a 12 derivazioni effettuato a riposo

ECG durante sforzo

Elettrocardiogramma effettuato dopo lo svolgimento del test da sforzo

ECG dopo sforzo

Elettrocardiogramma effettuato dopo lo svolgimento del test da sforzo

Esame urine

Esame delle urine

Spirometria

Prove spirometriche con rilevazione dei dati richiesti nel D.M. 18.02.1982



Altri esami
Eventuali esami previsti, dai protocolli del D.M. 18.02.1982, effettuati autonomamente del proprio servizio
Certificazioni idoneità / non idoneità
N.ro dei certificati emessi (di idoneità o meno) su modello regionale, essendo previsti casi in cui il singolo atleta pratica agonisticamente più di uno sport e ne richieda relativa certificazione
N.ro visite autorizzate per centro convenzionato
N.ro di sportivi autorizzati a effettuare la visita di idoneità allo sport agonistico presso centri convenzionati con l'ASL, previa verifica dei tempi d'attesa e del possesso dei requisiti
N.ro visite effettuate tramite convenzione
N.ro atleti che risultano avere effettuato la visita presso il centro convenzionato come da richiesta di pagamento
Visita per idoneità sportiva non agonistica
Visita per idoneità allo sport agonistico con emissione di certificato secondo D.M. 28.02.83
Visita per esercizio-terapia A
Visita per la valutazione clinico-funzionale del paziente, comprensiva di test cardio-respiratorio, e la prescrizione di esercizio fisico
Visita per esercizio-terapia B
Visita per la valutazione clinico-funzionale del paziente, senza test cardio-respiratorio, e la prescrizione di esercizio fisico
Visita per traumatologia da sport
Visita per diagnosi, valutazione ed eventuale prescrizione terapeutica/riabilitativa per soggetti affetti da postumi o esiti di traumi da sport
Consulenza dietologica per sport
Consulenza dietologica per soggetti praticanti sport
Visita medica di valutazione e avviamento allo sport
Visita medico-sportiva effettuata per valutazione clinica e avviamento allo sport per alunni delle scuole o altri gruppi di bambini non richiedenti l'idoneità agonistica
Visita medico sportiva di valutazione funzionale
Visita medico sportiva di valutazione funzionale effettuata per sportivi praticanti attività di elevato impegno/livello
Visita specialistica medico-sportiva
Visita specialistica effettuata per altri motivi non indicati alle voci precedenti

--

Ecografia muscolare / articolare

Esame disgnostico ecografico per soggetti affetti da postumi o esiti di traumi da sport

DISCIPLINARE TECNICO

**FLUSSO INFORMATIVO
PRESCRIZIONI MEDICO VETERINARIE**

INDICE

1	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
1.1	OBIETTIVO DEL DOCUMENTO.....	3
1.2	CONCETTI PRINCIPALI.....	3
1.3	LA PRESCRIZIONE MEDICO VETERINARIA ALL'INTERNO DEL SISTEMA SIPREV.....	4
2	REGOLE DI COMPILAZIONE	5
3	TIPO DI CONTROLLI	5
3.1	CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD	5
3.2	CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE.....	5
3.3	CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA.....	6
4	Note di COMPILAZIONE.....	6
4.1	NOTA PER LA COMPILAZIONE DEI CAMPI DI TIPO "DATA"	6
4.2	NOTA PER LA COMPILAZIONE DEI CAMPI CON VALORI "TAPPO"	6
4.3	NOTA PER LA SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE.....	6
4.3.1	SOSTITUZIONE	7
5	TRACCIATI XML.....	7
5.1	Tracciato prescrizioni	9
5.2	Tracciato Farmaci	9
6	SCHEDA ANALITICHE	10
7	SCHEDA DEI CONTROLLI.....	47
7.1	Controlli Logici (tipo L).....	47
7.2	Controlli Formali (tipo F).....	48
7.3	Controlli Bloccanti (tipo N).....	48
7.4	Segnalazioni.....	50
8	TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI.....	51
9	TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI.....	51

1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

Il presente documento si pone l'obiettivo di offrire alle Aziende Sanitarie Regionali un quadro complessivo riguardante i controlli formali e logici da applicare ai dati inerenti le prescrizioni medico veterinarie inviate al CSI Piemonte tramite lo strumento MOBS.

1.2 CONCETTI PRINCIPALI

Il sistema SIPREV (Sistema Informativo PREscrizioni medico Veterinarie) permette di centralizzare la registrazione delle prescrizioni di farmaci compilate dai medici veterinari per gli interventi di profilassi e curativi destinati agli animali da reddito.

Tra le modalità di registrazione delle prescrizioni all'interno del sistema SIPREV vi è l'utilizzo del sistema MOBS, che rappresenta il nuovo gestore dei flussi informativi sanitari regionali.

MOBS basa la sua funzionalità sulla ricezione dei flussi di prescrizioni in formato XML che vengono pre-validati tramite specifiche regole di grammatica XSD.

Successivamente i dati vengono sottoposti a controlli di validazione logica e registrati all'interno del sistema SIPREV.

Infine, sempre tramite MOBS, vengono restituiti gli esiti della registrazione in modo da fornire elementi di analisi per predisporre eventuali interventi di correzione e re-invio di prescrizioni.

I dati inerenti le prescrizioni medico veterinarie devono essere inviati al CSI tramite il sistema MOBS sotto forma di due file XML.

Il primo file XML, relativo alla prescrizione, contiene una serie di campi (tag) che definiscono l'identificativo univoco della prescrizione stessa ("chiave univoca prescrizione") unitamente ad altri campi riguardanti informazioni accessorie, quali ad esempio l'indicazione che specifica il rifornimento per scorta propria / scorta per l'impianto.

Oltre a questi, sono presenti i campi che specificano le informazioni relative al destinatario del/i farmaco/i prescritto/i, al medico veterinario prescrittore e al distributore del/i farmaco/i prescritto/i.

La "chiave univoca prescrizione" deve essere generata tramite un algoritmo specifico perché sul cartaceo della prescrizione medico veterinaria non è prevista la presenza di alcuna identificazione. La "chiave univoca prescrizione" deve essere riportata sulla copia cartacea.

Il secondo file XML contiene i campi che specificano le informazioni relative al/i farmaco/i prescritto/i.

Tra queste informazioni, vi è riportata la "chiave univoca prescrizione", citata precedentemente, che permette di ricondurre le informazioni del farmaco alla corrispondente prescrizione.

Questo vincolo definito dalla "chiave univoca prescrizione" risulta molto utile perché permette di identificare un eventuale farmaco che non ha una corrispondente prescrizione – casistica che crea scarto, in quanto situazione non possibile –.

Allo stesso modo, è facilmente identificabile una prescrizione all'interno della quale sono prescritti più farmaci.

Per motivi tecnici si è scelto di "scorporare" in un file XML a se stante l'informazione del farmaco. Nonostante questa suddivisione, però, è importante precisare che il farmaco è da considerare

logicamente come un “attributo” della prescrizione veterinaria alla stessa stregua, ad esempio, del medico veterinario prescrittore.

1.3 LA PRESCRIZIONE MEDICO VETERINARIA ALL'INTERNO DEL SISTEMA SIPREV

La prescrizione medico veterinaria viene registrata all'interno del sistema SIPREV suddividendo le varie informazioni che la compongono in unità logiche più semplici, strettamente correlate tra loro.

Le unità logiche sono essenzialmente cinque :

UNITA' LOGICA	FILE XML DI COMPETENZA
Dati della prescrizione	File XML Prescrizione
Dati del destinatario della fornitura farmaci	
Dati del distributore della fornitura farmaci	
Dati del medico veterinario prescrittore	
Dati del farmaco prescritto	File XML Farmaco

Il processo di validazione logica, a valle dei controlli di pre-validazione XSD, elabora le unità logiche semplici e per ognuna si esse ne restituisce un esito, al quale può essere associata la registrazione all'interno del sistema SIPREV se le regole di validazione sono state rispettate (VALIDATA), altrimenti la segnalazione (NON VALIDATA) o lo scarto se queste regole non vengono rispettate.

I controlli di validazione logica possono avere esiti differenti, in base alla selettività della regola che sottintendono : vi sono infatti controlli che possono scaturire in uno SCARTO dell'unità logica (controlli logici “bloccanti”) oppure controlli che scaturiscono in una NON VALIDAZIONE dell'unità logica (controlli logici “di segnalazione”, “non bloccanti”).

In termini pratici, uno SCARTO non permetterà la registrazione dell'unità logica all'interno del sistema SIPREV, mentre una NON VALIDAZIONE permetterà comunque la registrazione dell'unità logica all'interno del sistema SIPREV, alla quale verrà associata l'indicazione di una non completa correttezza dell'informazione.

L'esito di validazione dell'unità logica relativa ai “Dati della prescrizione” - che rappresenta l'unità logica principale - è subordinato agli esiti di validazione delle altre unità logiche.

L'unità logica relativa ai “Dati della prescrizione” è VALIDATA solo se tutte le altre quattro unità logiche sono VALIDATE.

Se una o più unità logiche tra le altre quattro risulta NON VALIDATA, allora anche l'unità logica “Dati della prescrizione” risulterà NON VALIDATA.

Se una o più unità logiche tra le altre quattro risulta SCARTATA (non registrata all'interno del sistema SIPREV), allora anche l'unità logica “Dati della prescrizione” risulterà SCARTATA e come tale non registrata all'interno del sistema SIPREV

Se tutte le altre quattro unità logiche risultano NON VALIDATE, l'unità logica “Dati della prescrizione” verrà SCARTATA e come tale non registrata all'interno del sistema SIPREV.

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 dell'intera scheda XML, sia per quanto concerne l'informazione della prescrizione che quella del farmaco a cui la prescrizione fa riferimento.

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

NON OBBLIGATORIO – codice NOB

Sono i campi che possono anche non essere compilati.

CONDIZIONATO – codice CON

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

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

Come già anticipato, la suddivisione delle informazioni in due file XML distinti introduce un controllo specifico.

Poiché i dati della prescrizione sono separati dai dati del farmaco è necessario abbinare i dati mediante la "chiave univoca prescrizione" che è presente su entrambi i file.

Per questo motivo sono introdotti dei controlli mirati alla ricerca delle schede XML di farmaci che non hanno riscontro nel file delle prescrizioni e viceversa.

Tali controlli sono prioritari e implicano lo scarto della scheda XML dell'informazione che risulta incompleto ovvero privo della controparte.

3.2 CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE

I file XML di prescrizioni e farmaci trasmessi al CSI tramite il sistema MOBS subiscono in prima battuta i controlli riguardanti la correttezza formale dei dati mediante specifiche regole di grammatica XSD. In particolare per ciascun campo viene verificato che:

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

Se una qualunque delle suddette condizioni non è soddisfatta, la scheda XML della prescrizione o l'insieme delle schede XML (nel caso di più schede XML farmaci riferite alla stessa prescrizione) viene segnalata errata e non viene sottoposta ai successivi controlli di correttezza logica.

La regole XSD che sottintendono questo tipo di controlli sono definite nel documento “PMVE--SRS-02-V01-Requisiti-Grammatica-XML-XSD.doc” - scaricabile dalla home page dell'applicativo Rupar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.ruparpiemonte.it/portal/public/rupar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>) -

3.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA

I campi formalmente corretti vengono sottoposti a controlli logici al fine di individuare eventuali incongruenze.

In questa fase vengono verificati i campi il cui contenuto deve eventualmente corrispondere a quanto censito all'interno di tabelle anagrafiche di riferimento.

L'elaborazione delle schede XML processate in questa fase può scaturire errori logici segnalati come non bloccanti.

In alcuni casi specifici, l'insieme di più segnalazioni non bloccanti produce una segnalazione bloccante, per la quale tutte le schede XML afferenti a questa casistica vengono segnalate errate e come tali non registrabili nel sistema SIPREV.

4 NOTE DI COMPILAZIONE

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

4.1 NOTA PER LA COMPILAZIONE DEI CAMPI DI TIPO “DATA”

I campi del tracciato XML di tipo “data” devono essere compilati con il format mask **GGMMAAAA**

4.2 NOTA PER LA COMPILAZIONE DEI CAMPI CON VALORI “TAPPO”

E' possibile che durante il processo di digitalizzazione delle prescrizioni (da formato “cartaceo” a formato “elettronico”) vi siano dei problemi di riconoscimento delle informazioni presenti sul cartaceo della prescrizione.

Per non perdere queste informazioni è possibile utilizzare dei valori di “comodo” (valori “tappo”) tramite i quali è comunque possibile inserire l'informazione all'interno del tracciato XML.

In questo modo, il motore di elaborazione non scarterà a priori la scheda XML contenente il campo così valorizzato, ma lo segnalerà come errore logico non bloccante.

I campi del tracciato XML contenenti valori “tappo” devono essere valorizzati con una serie di numeri 9 (nove) per l'intera lunghezza del campo.

4.3 NOTA PER LA SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE

L'invio di una scheda XML afferente ad una prescrizione già inserita nel sistema SIPREV a parità di “chiave univoca prescrizione” produce automaticamente la sostituzione della prescrizione stessa.

Il motore di elaborazione effettua la cancellazione della prescrizione “precedente” ed inserisce ex-novo la “nuova” prescrizione.

In quest'ottica di elaborazione è opportuno che, prima di compilare i tracciati XML, venga richiesto al CSI l'ultimo valore raggiunto dal campo progressivo prescrizione – informazione che contribuisce alla definizione della “chiave univoca prescrizione” – al fine di evitare inopportune sostituzioni di prescrizioni.

Tramite questo accorgimento invii successivi di file XML conterranno il valore corretto della “chiave univoca prescrizione” rispetto a quanto già presente nel sistema.

Si ricorda che il valore della “chiave univoca prescrizione” è il risultato di un algoritmo specifico che sopperisce la mancanza di un codice identificativo sul cartaceo della prescrizione medico veterinaria.

E' necessario l'anno di prescrizione faccia riferimento all'anno corrente o a tutto l'anno precedente, pena lo scarto della prescrizione.

4.3.1 SOSTITUZIONE

L'operazione di sostituzione avviene ritrasmettendo l'intera scheda XML della prescrizione e l'intera scheda XML del/i farmaco/i avente la stessa “chiave univoca prescrizione” di quella già presente nel sistema e determinata dai seguenti campi:

Elemento XML	Descrizione Funzionale
codiceRegionePrescrizione	Codice regione di prescrizione
annoInserimentoPrescrizione	Anno Inserimento Prescrizione
aslPrescrizione	Asl di prescrizione
progressivoPrescrizione	Progressivo prescrizione

5 TRACCIATI XML

Il file XML contenente le informazioni delle prescrizioni è denominato pmve_pf002_01.xml, dove “002” rappresenta la versione corrente del file.

Il file XML contenente le informazioni dei farmaci prescritti è denominato pmve_pf002_02.xml; anche in questo caso “002” rappresenta la versione corrente del file.

Si ricorda che le informazioni contenute nei due files sono logicamente legate tra loro tramite la serie di campi che identifica la “chiave univoca prescrizione”.

La descrizione dei tracciati XML dei due files è riportata nel documento “PMVE--SRS-02-V01-Requisiti-Grammatica-XML-XSD.doc”.

Nei paragrafi successivi sono riportate in dettaglio le caratteristiche dei campi che compongono questi tracciati.

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:

E' il nome del campo all'interno del tracciato XML.

Tipo:

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

Lunghezza:

numero 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.

Modalità:

Indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo. 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 prescrizioni

Scheda	Elemento XML	Tipo	Lung	Modalità	Note
01.0	codiceRegionePrescrizione	AN	3	OBB	Codice identificavo Regione Piemonte
02.0	annoInserimentoPrescrizione	N	4	OBB	Anno inserimento Prescrizione
03.0	aslPrescrizione	AN	3	OBB	Asl di Prescrizione
04.0	progressivoPrescrizione	AN	6	OBB	Progressivo della prescrizione
05.0	dataPrescrizione	AN	8	OBB	Data di prescrizione
06.0	idRicettaMinisteriale	AN	1-20	NOB	Identificativo ministeriale prescrizione
07.0	rifornimentoScortaPropria	N	1	CON	Flag identificazione "rifornimento per scorta propria"
08.0	rifornimentoScortaImpianto	N	1	CON	Flag identificazione "rifornimento per scorta impianto"
09.0	idVeterinario	N	1-10	OBB	Codice identificativo medico veterinario prescrittore
10.0	autoprescrizione	N	1	CON	Flaf identificazione "autoprescrizione"
11.0	idAllevamento	N	1-10	CON	Codice identificativo allevamento destinatario
12.0	idGrossista	N	1-10	CON	Codice identificativo grossista distributore
13.0	codRegFarmacia	AN	1-5	CON	Codice Regionale farmacia distributrice
14.0	dataConsegnaFarmaci	AN	8	OBB	Data consegna dei farmaci
31.0	tipoPrescrizione	N	1	OBB	Tipologia della prescrizione

Di seguito la serie di campi che identifica la "chiave univoca prescrizione":

- codiceRegionePrescrizione (01.0)
- annoInserimentoPrescrizione (02.0)
- aslPrescrizione (03.0)
- progressivoPrescrizione (04.0)

5.2 Tracciato Farmaci

Scheda	Elemento XML	Tipo	Lung	Modalità	Note
01.0	codiceRegionePrescrizione	AN	3	OBB	Codice identificavo Regione Piemonte
02.0	annoInserimentoPrescrizione	N	4	OBB	Anno inserimento Prescrizione
03.0	aslPrescrizione	AN	3	OBB	Asl di Prescrizione
04.0	progressivoPrescrizione	AN	6	OBB	Progressivo della prescrizione
15.0	idFarmaco	N	1-9	OBB	Codice identificativo del farmaco
16.0	numeroConfezioni	N	1-5	OBB	Numero confezioni
17.0	quantita	N	1-4	NOB	Quantità
18.0	posologia	AN	1-250	NOB	Posologia
19.0	durataTrattamento	AN	1-250	NOB	Durata del trattamento
20.0	tempoSospensione	AN	1-250	NOB	Tempo di sospensione
21.0	numeroCapi	N	1-6	OBB	Numero dei capi

Scheda	Elemento XML	Tipo	Lung	Modalità	Note
22.0	affezioneDaTrattare	AN	1-250	NOB	Affezione da trattare
23.0	idCategoria	N	1-3	OBB	Codice identificativo categoria della specie animale
24.0	farmacoInDeroga	N	1	OBB	Farmaco prescritto "in deroga"
25.0	farmacoUsoUmano	N	1	OBB	Farmaco umano ad "uso veterinario"
26.0	tipologiaMangime	N	1		Tipologia del mangime prescritto
27.0	quantitaMangimeMedicato	N	1-3		Quantità del mangime medicato
28.0	percentualeMangimeMedicato	AN	1-250		Percentuale del mangime medicato
29.0	raccomandazioniAllevatore	AN	1-250		Raccomandazioni per l'allevatore
30.0	note	AN	1-250		Note

Di seguito la serie di campi che identifica la "chiave univoca prescrizione":

- codiceRegionePrescrizione (01.0)
- annoInserimentoPrescrizione (02.0)
- aslPrescrizione (03.0)
- progressivoPrescrizione (04.0)

6 SCHEDE ANALITICHE

In questo capitolo sono riportate le schede di riferimento con l'insieme dei controlli, formali e logici, che si applicano al singolo campo XML. I controlli di tipo formale riguardano vincoli espressi sul singolo campo XML mentre i controlli logici possono coinvolgere tra loro più campi XML del tracciato.

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

Tracciato	Riporta l'indicazione del tracciato XML a cui la scheda si riferisce						
Modalità	indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo. 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 XML.						
Nome del Campo	Corrisponde al nome dell'elemento XML, così come definito nella seconda colonna del tracciato XML.						
Descrizione del campo	Riporta una descrizione del campo.						
Correttezza Formale	Contiene cinque righe così articolate: <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>LUNGHEZZA:</td> <td>numero dei caratteri dell'elemento XML. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato XML.</td> </tr> <tr> <td>FORMATO:</td> <td>definisce la tipologia dell'elemento XML quale <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i>. Corrisponde alla terza colonna del tracciato XML.</td> </tr> <tr> <td>VALORI AMMESSI:</td> <td>espone i soli valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella anagrafica di riferimento dalla quale ricavare il valore.</td> </tr> </table>	LUNGHEZZA:	numero dei caratteri dell'elemento XML. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato XML.	FORMATO:	definisce la tipologia dell'elemento XML quale <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato XML.	VALORI AMMESSI:	espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella anagrafica di riferimento dalla quale ricavare il valore.
LUNGHEZZA:	numero dei caratteri dell'elemento XML. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato XML.						
FORMATO:	definisce la tipologia dell'elemento XML quale <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato XML.						
VALORI AMMESSI:	espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella anagrafica di riferimento dalla quale ricavare il valore.						

TABELLE ANAGRAFICHE DI RIFERIMENTO: quando il "valore ammesso" è riportato in una specifica tabella anagrafica di riferimento, questa viene indicata in questa riga.

Correttezza Logica Sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto l'elemento XML specifico.

Osservazioni e Precisazioni Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione dell'elemento XML specifico.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
PRESCRIZIONI	OBB		01.0
FARMACI	OBB		
NOME CAMPO: codiceRegionePrescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice identificativo della Regione Piemonte.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 010.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dell'unico valore ammesso.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			02.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	OBB		
FARMACI	OBB		
NOME CAMPO: annoInserimentoPrescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO
Anno in cui si sta effettuando l'inserimento della prescrizione all'interno del sistema

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: tutti gli anni compresi dal 2005 al 2030.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			03.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	OBB		
FARMACI	OBB		
NOME CAMPO: aslPrescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice ASL di competenza della prescrizione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Aziende Sanitarie Regionali (Rif. Cap. 9-TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI)	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.
N06 – Controllo di validazione bloccante per verificare che il dato inserito sia censito nella tabella di riferimento.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			04.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	OBB		
FARMACI	OBB		
NOME CAMPO: progressivoPrescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO
Progressivo della prescrizione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 6	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella del progressivo prescrizione. (Rif. Cap. 9 -TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI)	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.
N15 – Controllo di validazione bloccante per la verifica del progressivo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Il primo carattere del progressivo prescrizione deve essere un carattere alfabetico che è correlato all'ASL di prescrizione. Questa associazione è riportata nella tabella di riferimento "Tabella del progressivo prescrizione"</p> <p>Dal secondo al sesto carattere deve essere indicato un contatore numerico incrementato progressivamente che identifica univocamente la prescrizione all'interno dell'ASL di competenza per l'anno di inserimento che si sta trattando. Ad ogni nuovo anno di inserimento, il progressivo deve essere resettato ripartendo dal valore UNO.</p> <p>Esempio : anno di inserimento 2010 - progressivo prescrizione D00001 → Prescrizione inserita nel sistema nell'anno 2010 relativa ad ASL 204 – TO4 Esempio : anno di inserimento 2010 - progressivo prescrizione H01252 → Prescrizione inserita nel sistema nell'anno 2010 relativa ad ASL 208 – NO Esempio : anno di inserimento 2011 - progressivo prescrizione H00001 → Prescrizione inserita nel sistema nell'anno 2011 relativa ad ASL 208 – NO</p>

TRACCIATO			05.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	OBB		
NOME CAMPO: dataPrescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO
Data in cui è stata effettuata la prescrizione dei farmaci da parte del medico veterinario competente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: dal 01012005 al 31122030 (formato ggmmaaaa)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
N05 – Controllo di validazione bloccante per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad una data. L01 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto al dato relativo alla data consegna farmaci N26 – Controllo di validazione bloccante per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto all'anno corrente

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
L01 – E' necessario che la data prescrizione sia anteriore alla data consegna farmaci
N26 – E' necessario che il valore dell'anno di prescrizione faccia riferimento all'anno corrente o a tutto l'anno precedente.
Esempio: Anno corrente 2010 – Data prescrizione 01/05/ 2010 → Controllo logico N26 OK Esempio: Anno corrente 2010 – Data prescrizione 01/04/ 2009 → Controllo logico N26 OK Esempio: Anno corrente 2010 – Data prescrizione 01/01/ 2009 → Controllo logico N26 OK Esempio: Anno corrente 2010 – Data prescrizione 21/11/ 2008 → Controllo logico N26 KO Esempio: Anno corrente 2010 – Data prescrizione 31/12/ 2008 → Controllo logico N26 KO

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
PRESCRIZIONI	NOB		06.0
NOME CAMPO: idRicettaMinisteriale			

DESCRIZIONE CAMPO
Identificativo ministeriale della prescrizione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: identificativo ministeriale della prescrizione, se presente	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo, se valorizzato.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			07.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	CON		
NOME CAMPO: rifornimentoScortaPropria			

DESCRIZIONE CAMPO
Flag che identifica se il rifornimento è destinato a costituire scorta di strutture veterinarie.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: 0 - 1	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
L02 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto al dato relativo alla scorta per impianto
L08 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto alla scorta propria.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
L02 : Il valore del flag relativo al rifornimento per scorta propria è mutuamente esclusivo rispetto al valore del flag rifornimento per scorta impianto. Se il valore del flag relativo al rifornimento per scorta propria è pari a UNO, il flag relativo al rifornimento per scorta impianto deve essere valorizzato a ZERO e viceversa. Non è possibile che entrambi i flag siano valorizzati a UNO
Esempio: Flag rifornimento scorta propria 0 – Flag rifornimento scorta impianto 0 → Controllo logico L02 OK Esempio: Flag rifornimento scorta propria 0 – Flag rifornimento scorta impianto 1 → Controllo logico L02 OK Esempio: Flag rifornimento scorta propria 1 – Flag rifornimento scorta impianto 0 → Controllo logico L02 OK Esempio: Flag rifornimento scorta propria 1 – Flag rifornimento scorta impianto 1 → Controllo logico L02 KO
L08: Se il flag autoprescrizione è valorizzato con UNO il valore relativo al flag “rifornimento scorta propria” non può essere valorizzato con ZERO
Esempio : Flag autoprescrizione 0 – Rifornimento scorta propria 0 -> Controllo logico L08 OK

Esempio : Flag autoprescrizione **1** – Rifornimento scorta propria **0** -> Controllo logico L08 **KO**

TRACCIATO			08.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	CON		
NOME CAMPO: rifornimentoScortaImpianto			

DESCRIZIONE CAMPO
Flag che identifica se il rifornimento è destinato a costituire scorta per impianti di allevamento.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: 0 - 1	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
L02 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto al dato relativo alla scorta propria
L09 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto alla scorta impianto.
S18 – Controllo di validazione: se l'allevamento non è autorizzato alla detenzione della scorta il campo non può essere valorizzato con 1 (Rifornimento per “scorta impianto”)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
L02 : Il valore del flag relativo al rifornimento per scorta impianto è mutuamente esclusivo rispetto al valore del flag rifornimento per scorta propria. Se il valore del flag relativo al rifornimento per scorta impianto è pari a UNO, il flag relativo al rifornimento per scorta propria deve essere valorizzato a ZERO e viceversa. Non è possibile che entrambi i flag siano valorizzati a UNO
Esempio: Flag rifornimento scorta propria 0 – Flag rifornimento scorta impianto 0 → Controllo logico L02 OK
Esempio: Flag rifornimento scorta propria 0 – Flag rifornimento scorta impianto 1 → Controllo logico L02 OK
Esempio: Flag rifornimento scorta propria 1 – Flag rifornimento scorta impianto 0 → Controllo logico L02 OK
Esempio: Flag rifornimento scorta propria 1 – Flag rifornimento scorta impianto 1 → Controllo logico L02 KO
L09: Se il flag autoprescrizione è valorizzato con UNO il valore relativo al flag “rifornimento scorta impianto” non può essere valorizzato con UNO
Esempio: Flag autoprescrizione 0 – Rifornimento scorta impianto 0 -> Controllo logico L09 OK
Esempio: Flag autoprescrizione 1 – Rifornimento scorta impianto 1 -> Controllo logico L09 KO

TRACCIATO			09.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	OBB		
NOME CAMPO: idVeterinario			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice identificativo del medico veterinario prescrittore.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Valore presente in tabella	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella anagrafica di riferimento relativa ai medici veterinari prescrittori. (Rif. Cap. 9 - TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI)	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.
S07 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile a valore “tappo”
S08 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad un veterinario presente nella tabella anagrafica di riferimento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			10.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	CON		
NOME CAMPO: autoprescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO
Flag che identifica se i farmaci prescritti costituiscono approvvigionamento per il medico veterinario prescrittore

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: 0 - 1	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
L05 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto all'allevamento destinatario della fornitura.
L08 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto alla scorta propria.
L09 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto alla scorta impianto.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
L05: Il valore del flag autoprescrizione è mutuamente esclusivo rispetto al valore dell'identificativo allevamento destinatario. Se il flag autoprescrizione è valorizzato con UNO, l'identificativo allevamento destinatario non deve essere valorizzato. Se il flag autoprescrizione è valorizzato con ZERO, l'identificativo dell'allevamento destinatario deve essere valorizzato Non è possibile che il flag autoprescrizione sia valorizzato con UNO e nel contempo sia valorizzato anche il dato relativo all'allevamento destinatario.
Esempio: Flag autoprescrizione 0 – Identificativo Allevamento non valorizzato → Controllo logico L05 KO Esempio: Flag autoprescrizione 0 – Identificativo Allevamento valorizzato → Controllo logico L05 OK Esempio: Flag autoprescrizione 1 – Identificativo Allevamento non valorizzato → Controllo logico L05 OK Esempio: Flag autoprescrizione 1 – Identificativo Allevamento valorizzato → Controllo logico L05 KO
L08: Se il flag autoprescrizione è valorizzato con UNO il valore relativo al flag "rifornimento scorta propria" non può essere valorizzato con ZERO

L09: Se il flag autoprescrizione è valorizzato con UNO il valore relativo al flag “rifornimento scorta impianto” non può essere valorizzato con UNO

Esempio : Flag autoprescrizione **0** – Rifornimento scorta propria **0** -> Controllo logico L08 **OK**

Esempio : Flag autoprescrizione **1** – Rifornimento scorta propria **0** -> Controllo logico L08 **KO**

Esempio : Flag autoprescrizione **0** – Rifornimento scorta impianto **0** -> Controllo logico L09 **OK**

Esempio : Flag autoprescrizione **1** – Rifornimento scorta impianto **1** -> Controllo logico L09 **KO**

TRACCIATO			11.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	CON		
NOME CAMPO: idAllevamento			

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo dell'allevamento destinatario della fornitura farmaci.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1-10

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: Valore presente in tabella

TABELLE DI RIFERIMENTO:

Tabella anagrafica di riferimento relativa agli allevamenti destinatari della fornitura

Tabella anagrafica di riferimento relativa alle aziende

Tabella anagrafica di riferimento relativa alle specie animali allevate

Tabella anagrafica di riferimento relativa agli operatori (proprietari e/o detentori di allevamenti)

(Rif. Cap. 9 -TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI)

CONTROLLI APPLICATI

Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.

L05 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto al valore del flag autoprescrizione

S01 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile a valore “tappo”

S02 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad un allevamento presente nella tabella anagrafica di riferimento

S03 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad una azienda presente nella tabella anagrafica di riferimento

S04 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad una specie presente nella tabella anagrafica di riferimento

S05 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad un codice fiscale proprietario presente nella tabella anagrafica di riferimento

S06 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad un codice fiscale detentore presente nella tabella anagrafica di riferimento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

L05: Il valore del flag autoprescrizione è mutuamente esclusivo rispetto al valore dell'identificativo allevamento destinatario.

Se il flag autoprescrizione è valorizzato con UNO, l'identificativo allevamento destinatario non deve essere valorizzato.

Se il flag autoprescrizione è valorizzato con ZERO, l'identificativo dell'allevamento destinatario deve essere valorizzato

Non è possibile che il flag autoprescrizione sia valorizzato con UNO e nel contempo sia valorizzato anche il dato relativo all'allevamento destinatario.

Esempio: Flag autoprescrizione **0** – Identificativo Allevamento **non valorizzato** → Controllo logico L05 **KO**
Esempio: Flag autoprescrizione **0** – Identificativo Allevamento **valorizzato** → Controllo logico L05 **OK**
Esempio: Flag autoprescrizione **1** – Identificativo Allevamento **non valorizzato** → Controllo logico L05 **OK**
Esempio: Flag autoprescrizione **1** – Identificativo Allevamento **valorizzato** → Controllo logico L05 **KO**

TRACCIATO			12.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	CON		
NOME CAMPO: idGrossista			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice identificativo del grossista distributore farmaci

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-10	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Valore presente in tabella	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella anagrafica di riferimento relativa ai grossisti distributori (Rif. Cap. 9 -TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI)	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.
L06 - Controllo di validazione logica per verificare che il valore inserito sia congruente rispetto al valore del codice regionale della farmacia
S09 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile a valore “tappo”
S11 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad un grossista presente nella tabella anagrafica di riferimento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
L06: Il valore del codice identificativo grossista è mutuamente esclusivo rispetto al valore del codice regionale farmacia.
Se il codice identificativo grossista è valorizzato, il codice regionale farmacia non deve essere valorizzato.
Se il codice identificativo grossista non è valorizzato, il codice regionale farmacia deve essere valorizzato.
Non è possibile che il codice identificativo grossista sia valorizzato e nel contempo sia valorizzato anche il dato relativo al codice regionale farmacia.
Esempio: Codice identificativo grossista non valorizzato – Codice regionale farmacia non valorizzato → Controllo logico L06 KO
Esempio: Codice identificativo grossista non valorizzato – Codice regionale farmacia valorizzato → Controllo logico L06 OK
Esempio: Codice identificativo grossista valorizzato – Codice regionale farmacia non valorizzato → Controllo logico L06 OK
Esempio: Codice identificativo grossista valorizzato – Codice regionale farmacia valorizzato → Controllo logico L06 KO

TRACCIATO			13.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	CON		
NOME CAMPO: codRegFarmacia			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice regionale che identifica la farmacia distributrice farmaci

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Valore presente in tabella	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella anagrafica di riferimento relativa alle farmacie distributrici (Rif. Cap. 9 -TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI)	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.
L06 – Controllo di validazione logica per verificare che il valore inserito sia congruente rispetto al valore del codice identificativo del grossista
S10 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile a valore “tappo”
S11 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad una farmacia presente nella tabella anagrafica di riferimento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
L06: Il valore del codice identificativo grossista è mutuamente esclusivo rispetto al valore del codice regionale farmacia.
Se il codice identificativo grossista è valorizzato, il codice regionale farmacia non deve essere valorizzato.
Se il codice identificativo grossista non è valorizzato, il codice regionale farmacia deve essere valorizzato.
Non è possibile che il codice identificativo grossista sia valorizzato e nel contempo sia valorizzato anche il dato relativo al codice regionale farmacia.
Esempio: Codice identificativo grossista non valorizzato – Codice regionale farmacia non valorizzato → Controllo logico L06 KO
Esempio: Codice identificativo grossista non valorizzato – Codice regionale farmacia valorizzato → Controllo logico L06 OK
Esempio: Codice identificativo grossista valorizzato – Codice regionale farmacia non valorizzato → Controllo logico L06 OK
Esempio: Codice identificativo grossista valorizzato – Codice regionale farmacia valorizzato → Controllo logico L06

KO

TRACCIATO			14.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	OBB		
NOME CAMPO: dataConsegnaFarmaci			

DESCRIZIONE CAMPO
Data in cui il distributore (grossista o farmacia) effettua la consegna dei farmaci prescritti.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: dal 01012005 al 31122030 (formato ggmmaaaa)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
N07 – Controllo di validazione bloccante per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad una data. L01 – Controllo di validazione logica per verificare che il dato inserito sia congruente rispetto al dato relativo alla data prescrizione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
L01 – E' necessario che la data prescrizione sia anteriore alla data consegna farmaci

TRACCIATO			15.0
	Modalità		
FARMACI	OBB		
NOME CAMPO: idFarmaco			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice identificativo farmaco veterinario o del farmaco umano ad “uso veterinario”

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-9	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Valore presente in tabella	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella anagrafica di riferimento relativa ai farmaci veterinari / farmaci umani ad “uso veterinario” (Rif. Cap. 9 -TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI)	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.
L07 – Controllo di validazione logica per verificare che lo stesso farmaco non sia prescritto più volte a parità di categoria e specie animale.
S12 - Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile a valore “tappo”
S13 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad un farmaco veterinario presente nella tabella anagrafica di riferimento
S15 – Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad un farmaco umano ad “uso veterinario” presente nella tabella anagrafica di riferimento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
L07 – Non è possibile che un farmaco venga prescritto più volte alla stessa categoria e specie animale.
Esempio: n.2 schede relative a farmaco 12343 – Specie 1 – Categoria 1 → Controllo logico L07 KO
Esempio : n.1 scheda relativa a farmaco 12343 – Specie 1 – Categoria 1 → Controllo logico L07 OK
Esempio : n.1 scheda relativa a farmaco 12343 – Specie 1 – Categoria 2 → Controllo logico L07 OK
Esempio : n.1 scheda relativa a farmaco 12343 – Specie 2 – Categoria 3 → Controllo logico L07 OK

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
FARMACI	OBB		16.0
NOME CAMPO: numeroConfezioni			

DESCRIZIONE CAMPO
Numero di confezioni prescritte

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-5	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Da 1 a 99999	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			17.0
	Modalità		
FARMACI	NOB		
NOME CAMPO: quantita			

DESCRIZIONE CAMPO
Quantità di farmaco prescritta

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-4	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Da 1 a 9999, oppure non valorizzato	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi, se presenti.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			18.0
	Modalità		
FARMACI	NOB		
NOME CAMPO: posologia			

DESCRIZIONE CAMPO
Posologia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-250	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Caratteri alfanumerici per l'inserimento della posologia, oppure non valorizzato	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			19.0
	Modalità		
FARMACI	NOB		
NOME CAMPO: durataTrattamento			

DESCRIZIONE CAMPO
Durata del trattamento

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-250	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Caratteri alfanumerici l'inserimento di note relative alla durata del trattamento, oppure non valorizzato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
FARMACI	NOB		20.0
NOME CAMPO: tempoSospensione			

DESCRIZIONE CAMPO
Tempo di sospensione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-250	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Caratteri alfanumerici per l'inserimento di note relative al tempo di sospensione, oppure non valorizzato	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			21.0
	Modalità		
FARMACI	OBB		
NOME CAMPO: numeroCapi			

DESCRIZIONE CAMPO
Numero dei capi animali oggetto di terapia.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-6	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Da 0 a 999999	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Nel caso di prescrizione in autoprescrizione, impostare il campo con il valore ZERO

TRACCIATO			22.0
	Modalità		
FARMACI	NOB		
NOME CAMPO: affezioneDaTrattare			

DESCRIZIONE CAMPO
Affezione da trattare

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1-250	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Caratteri alfanumerici per l'inserimento di note circa l'affezione da trattare, oppure non valorizzato	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			23.0
	Modalità		
FARMACI	OBB		
NOME CAMPO: idCategoria			

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo della categoria afferente la specie animale a cui si prescrive il farmaco.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1-3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: Valore presente in tabella

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella anagrafica di riferimento relativa alle categorie delle specie animali (Rif. Cap. 9 -TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI)

CONTROLLI APPLICATI

Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo.

S14 - Controllo di validazione per verificare che il dato inserito sia riconducibile ad una categoria di specie animale presente nella tabella anagrafica di riferimento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel caso di prescrizione in autoprescrizione, impostare il campo con il codice relativo alla categoria **“Non Applicabile”** di una specie a piacere.

TRACCIATO			24.0
	Modalità		
FARMACI	OBB		
NOME CAMPO: farmacoInDeroga			

DESCRIZIONE CAMPO
Identifica se il farmaco è prescritto “in deroga”

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: 0 -1	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
N27 – Controllo di validazione bloccante per verificare che il dato inserito sia un valore numerico N31 – Controllo di validazione bloccante: se il campo farmacoInDeroga è valorizzato con 0 (prescrizione non “in deroga”) il campo farmacoUsoUmano non può essere valorizzato con 1 (prescrizione di farmaco umano ad “uso veterinario”)
S15 - Controllo di validazione : se il campo farmacoInDeroga è valorizzato con 1 (prescrizione “in deroga”) ed il campo farmacoUsoUmano è valorizzato con 1 (prescrizione farmaco umano ad “uso veterinario”) viene verificata la presenza del farmaco all’interno della tabella anagrafica di riferimento “farmaci umani”

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			25.0
	Modalità		
FARMACI	OBB		
NOME CAMPO: farmacoUsoUmano			

DESCRIZIONE CAMPO
Identifica se il farmaco umano è prescritto “in deroga” ad “uso veterinario”

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: 0 -1	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
N28 – Controllo di validazione bloccante per verificare che il dato inserito sia un valore numerico N31 – Controllo di validazione bloccante: se il campo farmacoInDeroga è valorizzato con 0 (prescrizione non “in deroga”) il campo farmacoUsoUmano non può essere valorizzato con 1 (prescrizione di farmaco umano ad “uso veterinario”)
S15 - Controllo di validazione : se il campo farmacoInDeroga è valorizzato con 1 (prescrizione “in deroga”) ed il campo farmacoUsoUmano è valorizzato con 1 (prescrizione farmaco umano ad “uso veterinario”) viene verificata la presenza del farmaco all’interno della tabella anagrafica di riferimento “farmaci umani”

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			26.0
	Modalità		
FARMACI	NOB		
NOME CAMPO: tipologiaMangime			

DESCRIZIONE CAMPO
Nel caso di prescrizione “Mangimi medicati e prodotti intermedi” identifica la tipologia del mangime prescritto.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Da 1 a 3	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
N32 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Farmaci” è necessario che il campo tipologiaMangime <u>NON SIA VALORIZZATO</u>
N37 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Mangimi medicati e prodotti intermedi” è necessario che il campo tipologiaMangime <u>SIA VALORIZZATO</u>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valore 1 : “Mangime” Valore 2 : “Premiscela medicata” Valore 3 : “Prodotto magistrale”

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
FARMACI	NOB		27.0
NOME CAMPO: quantitaMangimeMedicato			

DESCRIZIONE CAMPO

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1 - 3	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Da 1 a 999	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
N33 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Farmaci” è necessario che il campo quantitaMangimeMedicato del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
FARMACI	NOB		28.0
NOME CAMPO: percentualeMangimeMedicato			

DESCRIZIONE CAMPO
Percentuale del mangime medicato.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1 - 250	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Caratteri alfanumerici per l'inserimento della percentuale del mangime medicato, oppure non valorizzato	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
N34 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Farmaci” è necessario che il campo percentualeMangimeMedicato_del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			29.0
	Modalità		
FARMACI	NOB		
NOME CAMPO: raccomandazioniAllevatore			

DESCRIZIONE CAMPO
Raccomandazioni per l'allevatore

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1 - 250	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Caratteri alfanumerici per l'inserimento delle raccomandazioni per l'allevatore, oppure non valorizzato	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
N35 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è "Farmaci" è necessario che il campo raccomandazioniAllevatore_del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			30.0
	Modalità		
FARMACI	NOB		
NOME CAMPO: note			

DESCRIZIONE CAMPO
Note

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1 - 250	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Caratteri alfanumerici per l'inserimento delle note, oppure non valorizzato	

CONTROLLI APPLICATI
Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.
N36 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Farmaci” è necessario che il campo note del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			31.0
	Modalità		
PRESCRIZIONI	OBB		
NOME CAMPO: tipoPrescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO
Identifica la tipologia della prescrizione : “Farmaci” o “Mangimi medicati e prodotti intermedi”

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: 1 - 2	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza del formato e della lunghezza del campo. Controllo di validazione formale XSD per verificare la correttezza dei valori ammessi.</p> <p>N29 – Controllo di validazione bloccante per verificare che il dato inserito sia un valore numerico N30 – Controllo di validazione bloccante per verificare che il dato inserito sia tra i valori ammessi</p> <p>N32 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Farmaci” (valore 1) è necessario che il campo tipologiaMangime del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u> N33 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Farmaci” (valore 1) è necessario che il campo quantitaMangimeMedicato del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u> N34 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Farmaci” (valore 1) è necessario che il campo percentualeMangimeMedicato del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u> N35 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Farmaci” (valore 1) è necessario che il campo raccomandazioniAllevatore del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u> N36 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Farmaci” (valore 1) è necessario che il campo note del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u></p> <p>N37 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Mangimi medicati e prodotti intermedi” (valore 2) è necessario che il campo tipologiaMangime del relativo farmaco <u>SIA VALORIZZATO</u> N38 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Mangimi medicati e prodotti intermedi” (valore 2) è necessario che il campo quantita del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u> N39 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Mangimi medicati e prodotti intermedi” (valore 2) è necessario che il campo posologia del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u> N40 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Mangimi medicati e prodotti intermedi” (valore 2) è necessario che il campo tempoSospensione del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u> N41 – Controllo di validazione bloccante: se il tipo prescrizione è “Mangimi medicati e prodotti intermedi” (valore 2) è necessario che il campo affezioneDaTrattare del relativo farmaco <u>NON SIA VALORIZZATO</u></p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

7 SCHEDE DEI CONTROLLI

Il seguente paragrafo riporta i controlli logici, bloccanti e le segnalazioni riguardanti i tracciati XML.

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

L	logico
N	bloccante
S	segnalazione

Gli errori di tipo “L” non permettono l’elaborazione della scheda XML e come tali sono di fatto riconducibili ad errori “bloccanti”.

Gli errori di tipo N non permettono l’elaborazione della scheda XML, perché “bloccanti”

Gli errori di tipo “S” permettono l’elaborazione della scheda XML, che quindi viene registrata nel sistema SIPREV con lo stato NON VALIDATA.

7.1 Controlli Logici (tipo L)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCANTE	CAMPO	
			N°	NOME
L01	La data di consegna dei farmaci deve essere successiva alla data di prescrizione	SI	14.0	dataConsegnaFarmaci
			5.0	DataPrescrizione
L02	L’informazione relativa alla scorta propria deve essere congruente rispetto a quella relativa alla scorta impianto. Il valore del flag relativo al rifornimento per scorta impianto è mutuamente esclusivo rispetto al valore del flag rifornimento per scorta propria. Se il valore del flag relativo al rifornimento per scorta impianto è pari a UNO, il flag relativo al rifornimento per scorta propria deve essere valorizzato a ZERO e viceversa. Non è possibile che entrambi i flag siano valorizzati a UNO	SI	08.0	rifornimentoScortaImpianto
			07.0	rifornimentoScortaPropria
L05	Il codice dell’allevamento deve essere sempre valorizzato nelle prescrizioni che non sono in “autoprescrizione”	SI	10.0	autoprescrizione
			11.0	idAllevamento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCANTE	CAMPO	
			N°	NOME
L06	L'informazione relativa al codice regionale della farmacia distributrice deve essere congruente rispetto al valore del codice identificativo del grossista distributore. Il valore del codice identificativo grossista è mutuamente esclusivo rispetto al valore del codice regionale farmacia. Se il codice identificativo grossista è valorizzato, il codice regionale farmacia non deve essere valorizzato. Se il codice identificativo grossista non è valorizzato, il codice regionale farmacia deve essere valorizzato. Non è possibile che il codice identificativo grossista sia valorizzato e nel contempo sia valorizzato anche il dato relativo al codice regionale farmacia.	SI	13.0	codRegFarmacia
			12.0	idGrossista
L07	Lo stesso farmaco non può essere prescritto più volte a parità di categoria e specie animale	SI	15.0	idFarmaco
L08	Una "autoprescrizione" deve essere sempre in "scorta propria"	SI	10.0	AutoPrescrizione
			07.0	rifornimentoScortaPropria
L09	Una "autoprescrizione" non può essere per "scorta impianto"	SI	10.0	AutoPrescrizione
			08.0	rifornimentoScortaImpianto

7.2 Controlli Formali (tipo F)

I controlli formali vengono applicati a tutti i campi tramite una pre-elaborazione del tracciato XML da parte del sistema MOBS mediante l'utilizzo di specifiche regole di grammatica XSD.

La regole XSD che sottintendono questo tipo di controlli sono definite nel documento "PMVE—SRS-01-V01-Requisiti-Grammatica-XML-XSD.doc" scaricabile dalla home page dell'applicativo Rupar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.ruparpiemonte.it/portal/public/rupar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

7.3 Controlli Bloccanti (tipo N)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCANTE	NOTE
N01	Scheda Farmaco senza corrispettiva scheda Prescrizione	SI	Confronto tra le schede effettuato a parità di "chiave univoca prescrizione"
N02	Campo Obbligatorio Non Valorizzato	SI	Applicato a tutti i campi obbligatori
N05	Data prescrizione non riconducibile ad una data	SI	

N06	ASL di prescrizione non presente in tabella anagrafica di riferimento	SI	
N07	Data consegna non riconducibile ad una data	SI	
N15	Progressivo prescrizione errato	SI	
N16	Scheda Prescrizione senza corrispettiva scheda Farmaco	SI	
N17	Scheda farmaco avente campo obbligatorio non valorizzato	SI	
N23	Farmaco non valido a causa di controllo bloccante non soddisfatto sulla relativa scheda prescrizione	SI	
N24	Prescrizione non valida a causa di controllo bloccante non soddisfatto sulla relativa scheda farmaco	SI	
N25	Tutte le sezioni della prescrizione non sono valide	SI	
N26	Anno di prescrizione non valido rispetto ad anno corrente	SI	
N27	Indicazione "Farmaco in deroga" non valorizzata correttamente	SI	
N28	Indicazione "Farmaco uso umano" non valorizzata correttamente	SI	
N29	Tipo prescrizione non valorizzato correttamente – deve essere un valore numerico	SI	
N30	Tipo prescrizione non valorizzato correttamente – deve essere "Prescrizione Farmaci" o "Prescrizione mangimi medicati e prodotti intermedi"	SI	
N31	Prescrizione non "in deroga" : non è possibile effettuare una prescrizione di un farmaco umano ad "uso veterinario"	SI	
N32	Tipo prescrizione "Farmaci": la tipologia del mangime non deve essere specificata	SI	
N33	Tipo prescrizione "Farmaci": il campo quantitàMangimeMedicato del relativo farmaco non deve essere valorizzato	SI	
N34	Tipo prescrizione "Farmaci": il campo percentualeMangimeMedicato_del relativo farmaco non deve essere valorizzato	SI	
N35	Tipo prescrizione "Farmaci": il campo raccomandazioniAllevatore_del relativo farmaco non deve essere valorizzato	SI	
N36	Tipo prescrizione "Farmaci": il campo note del relativo farmaco non deve essere valorizzato	SI	
N37	Tipo prescrizione "Mangimi medicati e prodotti intermedi": il campo tipologiaMangime deve essere valorizzato	SI	
N38	Tipo prescrizione "Mangimi medicati e prodotti intermedi": il campo quantità del relativo farmaco non deve essere valorizzato	SI	
N39	Tipo prescrizione "Mangimi medicati e prodotti intermedi": il campo posologia_del relativo farmaco non deve essere valorizzato	SI	
N40	Tipo prescrizione "Mangimi medicati e prodotti intermedi": il campo tempoSospensione_del relativo farmaco non deve essere valorizzato	SI	
N41	Tipo prescrizione "Mangimi medicati e prodotti intermedi": il campo affezioneDaTrattare del relativo farmaco non deve essere valorizzato	SI	

7.4 Segnalazioni

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Codice identificativo allevamento destinatario contenente valore “tappo”	NO
S02	Codice identificativo allevamento non presente in tabella anagrafica di riferimento	NO
S03	Codice identificativo azienda non presente in tabella anagrafica di riferimento	NO
S04	Codice identificativo specie non presente in tabella anagrafica di riferimento	NO
S05	Codice fiscale proprietario allevamento non presente in tabella anagrafica di riferimento	NO
S06	Codice fiscale detentore allevamento non presente in tabella anagrafica di riferimento	NO
S07	Codice identificativo medico veterinario prescrittore contenente valore “tappo”	NO
S08	Codice identificativo medico veterinario prescrittore non presente in tabella anagrafica di riferimento	NO
S09	Codice identificativo grossista contenente valore “tappo”	NO
S10	Codice regionale farmacia contenente valore “tappo”	NO
S11	Codice identificativo grossista o codice regionale farmacia non presente in tabella anagrafica di riferimento	NO
S12	Codice identificativo farmaco veterinario contenente valore “tappo”	NO
S13	Codice identificativo farmaco non presente in tabella anagrafica di riferimento (farmaci veterinari)	NO
S14	Codice identificativo categoria della specie animale non presente in tabella anagrafica di riferimento	NO
S15	Codice identificativo farmaco non presente in tabella anagrafica di riferimento (farmaci umani ad “uso veterinario”)	NO
S17	Segnalazione scheda Prescrizione a causa di segnalazione presente su relativa scheda Farmaco	NO
S18	Se l'allevamento non è autorizzato alla detenzione di scort, l'indicazione “Rifornimento per scorta impianto” non deve essere riportata	NO

8 TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI

Il motore di elaborazione, dopo aver registrato le prescrizioni all'interno di SIPREV, restituisce al sistema MOBS gli esiti tramite specifici tracciati XML che contengono le indicazioni degli eventuali errori / segnalazioni verificatisi durante il processo di registrazione.

In questo modo vengono rese disponibili le indicazioni per effettuare eventuali indagini volte alla predisposizione di interventi correttivi.

I tracciati degli XML che contengono questo tipo di informazioni sono definiti nel documento "PMVE—SRS-02-V01-Requisiti-Grammatica-XML-XSD.doc" scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie

(<http://www.ruparpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

9 TABELLE DI RIFERIMENTO COMPILAZIONE FLUSSI

Di seguito vengono riportate le tabelle di supporto alla compilazione dei tracciati XML relativi al flusso delle prescrizioni medico veterinarie

File Prescrizioni – File Farmaci: Tabella 1 - Tabella delle Aziende Sanitarie Regionali

CODICE AZIENDA	DENOMINAZIONE AZIENDA
201	ASL TO1
202	ASL TO2
203	ASL TO3
204	ASL TO4
205	ASL TO5
206	ASL VC
207	ASL BI
208	ASL NO
209	ASL VCO
210	ASL CN1
211	ASL CN2
212	ASL AT
213	ASL AL

File Prescrizioni – File Farmaci: Tabella 2 - Tabella del progressivo prescrizione

ASL PRESCRIZIONE	PRIMO CARATTERE ALFABETICO PROGRESSIVO PRESCRIZIONE
201 – TO1	A
202 – TO2	B
203 – TO3	C
204 – TO4	D
205 – TO5	E
206 – VC	F

207 – BI	G
208 – NO	H
209 – VCO	I
210 – CN1	L
211 – CN2	M
212 – AT	N
213 – AL	O

File Prescrizioni – Tabella 3 - Tabella anagrafica di riferimento relativa ai medici veterinari prescrittori

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice identificativo del medico veterinario prescrittore sono specificate nel documento "PMV - Specifiche Di Interrogazione Medico Veterinario Prescrittore.doc" scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

File Prescrizioni – Tabella 4 - Tabella anagrafica di riferimento relativa agli allevamenti destinatari della fornitura

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice identificativo del dell'allevamento destinatario delle forniture sono specificate nel documento "PMV - Specifiche Di Interrogazione Destinatario Della Fornitura.doc" scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

File Prescrizioni – Tabella 5 - Tabella anagrafica di riferimento relativa alle aziende

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice identificativo dell'azienda a cui fa riferimento l'allevamento destinatario delle forniture sono specificate nel documento "PMV - Specifiche Di Interrogazione Destinatario Della Fornitura.doc" scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

File Prescrizioni – Tabella 6 - Tabella anagrafica di riferimento relativa alle specie animali allevate

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice identificativo della specie animale a cui fa riferimento l'allevamento destinatario delle forniture sono specificate nel documento "PMV - Specifiche Di Interrogazione Destinatario Della Fornitura.doc" scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

File Prescrizioni – Tabella 7 - Tabella anagrafica di riferimento relativa agli operatori (proprietari e/o detentori di allevamenti)

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice identificativo dell'operatore a cui fa riferimento l'allevamento destinatario delle forniture sono specificate nel documento "PMV - Specifiche Di

Interrogazione Destinatario Della Fornitura.doc” scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

File Prescrizioni – Tabella 8 - Tabella anagrafica di riferimento relativa ai grossisti distributori

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice identificativo del grossista distributore sono specificate nel documento “PMV - Specifiche Di Interrogazione Distributore Farmaco.doc” scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

File Prescrizioni – Tabella 9 - Tabella anagrafica di riferimento relativa alle farmacie distributrici

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice regionale della farmacia distributtrice sono specificate nel documento “PMV - Specifiche Di Interrogazione Distributore Farmaco.doc” scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

File Farmaci – Tabella 10 - Tabella anagrafica di riferimento relativa ai farmaci veterinari

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice identificativo del farmaco veterinario sono specificate nel documento “PMV - Specifiche Di Interrogazione Medicinali Da Fornire.doc” scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

File Farmaci – Tabella 11 - Tabella anagrafica di riferimento relativa alle categorie delle specie animali

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice identificativo della categoria della specie animale sono specificate nel documento “PMV - Specifiche Di Interrogazione Categorie Di Animali.doc” scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

File Farmaci – Tabella 12 - Tabella anagrafica di riferimento relativa ai farmaci umani ad “uso veterinario”

Le regole da utilizzare per l'estrazione del codice identificativo del farmaco umano ad “uso veterinario” sono specificate nel documento “PMV - Specifiche Di Interrogazione Medicinali Da Fornire.doc” scaricabile dalla home page dell'applicativo Rugar Prescrizioni Medico Veterinarie (<http://www.rugarpiemonte.it/portal/public/rugar/PrescrizioniMedicoVeterinarie>)

DISCIPLINARE TECNICO

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TRACCIATO RECORD C

**SPECIFICHE DI COMPILAZIONE
PER STRUTTURE PRIVATE
PROVVISORIAMENTE / DEFINITIVAMENTE
ACCREDITATE**

INDICE

INDICE	2
1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
1.1 OBIETTIVI.....	3
1.2 STRUTTURA DEL DOCUMENTO	3
1.3 CONCETTI PRINCIPALI.....	3
2 REGOLE DI COMPILAZIONE	5
3 TIPO DI CONTROLLI	6
3.1.1 CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD	6
3.1.2 CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE	6
3.1.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA	6
4 NOTE DI COMPILAZIONE	7
4.1 CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE	7
4.1.1 CANCELLAZIONE	7
4.1.2 SOSTITUZIONE	7
4.1.3 SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA	8
4.2 BRANCA DI EROGAZIONE.....	8
4.3 <i>DISCIPLINA 56 RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE</i>	9
4.4 <i>NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA</i>	9
4.5 RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE.....	10
5 TRACCIATO RECORD.....	11
5.1 Tracciato anagrafico C.....	12
5.1 Tracciato C.....	14
6 SCHEDE ANALITICHE	15
7 SCHEDE DEI CONTROLLI	73
7.1 Controlli Logici (tipo L)	73
Controlli Formali (tipo F)	82
7.2 Controlli Bloccanti (Tipo N)	82
7.3 Segnalazioni.....	83
8 TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI.....	84
9 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI	85
10 TABELLE FLUSSO C	85
11 TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	86

1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 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.

1.2 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.

1.3 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:

OBBLIGATORIO – 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".

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 che 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, 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.

Le 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.

Con la D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2005 di aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale,

è stato previsto che la prescrivibilità per la branca 56 sia limitata ad un massimo di tre tipologie di prestazioni per singola ricetta per non oltre 12 sedute ciascuna; per la branca 56 si verifica in particolare che il numero massimo sia di 36 prestazioni con la concorrenza di un massimo di 3 codici prestazioni diverse per dodici sedute o un numero inferiore di codici prestazione con un numero di ripetizioni di prestazioni superiore a dodici.

Esistono inoltre le seguenti deroghe al numero massimo di prestazioni:

- Per strutture definitivamente accreditate per la branca 98 il numero delle prestazioni può raggiungere il tetto di 14 se sono presenti i codici prestazioni relativi ad una prestazioni di prelievo: 91.48.4 , 91.48.5 , 91. 49.1 , 91.49.2 , 91.49.3 , 91.49.4 (controllo L19)
- Per strutture provvisoriamente accreditate per la branca 98 il numero delle prestazioni può raggiungere il tetto di 14 se sono presenti i codici prestazioni relativi ad una prestazioni di prelievo: 91.48.4, 91.49.2, 91.49.3 (controllo L19)
- Per la branca 98 il numero delle prestazioni può raggiungere il numero di 40 in presenza del codice prestazione 90.81.5 (controllo L19)
- 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 per ricetta, può arrivare a $36 + 8 = 44$ in presenza di prestazioni di valutazione, identificate con i codici regionali 93.04.3, 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5 e 93.01.6. Per tali codici sono infatti ammesse al massimo 4 distinte righe di prestazioni con ciascuna un massimo di quantità 2 per riga.
Se nella ricetta “prestazioni + valutazioni” compare anche la prestazione “93.11.8 - Rieducazione strumentale dei disturbi motori sensitivi”, la quantità massima totale per ricetta prevista può passare da 44 a $44 + 12 = 56$.
Il totale massimo assoluto delle righe in ricetta è quindi 8, 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 prestazioni: 93.82.1, 93.82.2, 93.89.2, 93.89.3, 93.94, 93.99 è possibile indicare una quantità massima di 10 (essendo cicli di 10 prestazioni), ma la ricetta dovrà contenere un unico codice prestazione (controllo L73)

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 presrittore	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 Tessere 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
116.0	Ricetta SSN Origine	AN	15	117	131		NOB
	Filler	AN	19	132	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			03.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
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.

TRACCIATO			04.0
	Modalità		
ANAG	CON		
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			05.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: Cognome			

DESCRIZIONE CAMPO
Cognome del paziente a cui la prescrizione si riferisce

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 30	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Cognome dell'assistito (*) 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 cognome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con la lettera non accentata seguita dall'apostrofo. In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indica "ANONIMO"

TRACCIATO			06.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: Nome			

DESCRIZIONE CAMPO
Nome del paziente a cui la prescrizione si riferisce.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: nome dell'assistito (*) 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			08.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
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
<p>Per il tracciato ANAG:</p> <p>L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome.</p> <p>L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome</p> <p>L30 – Se il codice fiscale contiene tutti 0 (Neonati) la differenza fra data erogazione e data nascita non deve superare 30 giorni</p> <p>L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza</p> <p>L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta</p> <p>LA6 – Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket – residenti</p> <p>S07 – Codice fiscale non presente in archivio B.A.R.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Per la compilazione si veda la tabella di supporto al controllo L89, di cui al paragrafo 11.</p> <p>Per i cittadini stranieri temporaneamente residenti in Italia (STP), si utilizzano "STP999999999999" oppure il codice ISI avente la seguente struttura: "STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche". Verranno accettati sia i codici ASL in vigore fino alla competenza del 31.12.2007 (es. 101,102,...) sia i codici ASL in vigore dalla competenza del 01.01.2008 (es. 201,202,...)</p> <p>Per i cittadini comunitari sprovvisti di assicurazione sanitaria o tessera TEAM si utilizzano il codice "ENI99999999999999" oppure il codice ISI avente la seguente struttura " ENI + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche". Verranno accettati sia i codici ASL in vigore dalla competenza del 01.01.2008 (es. 201,202,...)</p> <p>Per i neonati – non ancora in possesso di codice fiscale – si utilizzano sedici "0"</p> <p>In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indicano sedici "9".</p> <p>Il controllo formale sul codice fiscale avviene secondo il seguente schema adottato dal Ministero della Salute.</p> <p>Se il codice fiscale è effettivo (primi tre caratteri sono diversi da "STP" e successivi 3 sono caratteri) si esegue la seguente verifica dei caratteri da 7-11:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita - 9 carattere uguale a mese di nascita (A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D=aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre) - 10-11 carattere uguale a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40. - 10-11 carattere uguale a sesso (se < 40 sesso =M, se > 40 sesso =F) <p>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.</p>

TRACCIATO			09.0
	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			10.0
	Modalità		
ANAG	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
L04 – La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione L30 – se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			11.0
	Modalità		
ANAG	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), "999EEE", "STPEEE", "ENIEEE" con EEE che indica il codice di stato estero	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT dei Comuni italiani, Tabella stati esteri. Tabella al paragrafo 11	

CONTROLLI APPLICATI
L06 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e Asl di residenza. L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome 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 L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta 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, STP o ENI seguito dal codice Stato estero, o 999999 per apolodi. 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			12.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: ASL di residenza			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella per i residenti in Italia. Per gli stranieri non residenti "999"	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ASL d'Italia.	

CONTROLLI APPLICATI
L06 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e Asl di residenza L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			N° Scheda Rif. 13.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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)</p> <p>Agli schemi descritti viene applicata la validazione formale del campo; se il formato non viene rispettato la ricetta sarà scartata.</p> <p>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.</p>

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			15.0
	Modalità		
C	OBB		
NOME CAMPO: Data di effettuazione della prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO
Data di effettuazione della prestazione

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

CONTROLLI APPLICATI
<p>L01 – La data di inizio ciclo deve essere minore o uguale alla data di effettuazione della prestazione</p> <p>L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore</p> <p>L04 – La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione</p> <p>L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione</p> <p>L08 – La data della prestazione non deve essere maggiore della data di trasmissione.</p> <p>L11 – Congruenza tra importo totale e quantità (per le sole righe dettaglio)</p> <p>L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione</p> <p>L30 – Se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni</p> <p>L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo</p> <p>L97 - Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione</p>

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; Strutture private provvisoriamente accreditate: Allegato "3" del nomenclatore tariffario regionale	

CONTROLLI APPLICATI
<p>L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione</p> <p>L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca e matricola</p> <p>L16 – Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento</p> <p>L18 – Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione</p> <p>L19 – Congruenza tra campi quantità, branca 98 e codice prestazione</p> <p>L21 – Congruenza tra campo branca 56 e codice prestazione</p> <p>L49 - Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo</p> <p>L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione</p> <p>L73 – Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità</p> <p>L76 – Congruenza tra codice prestazione e struttura erogante</p> <p>L77 – Congruenza tra codici prestazione 89.7.1, 89.7</p> <p>L79 – Congruenza prestazioni multiple di TAC o RMN e abbattimento importo</p> <p>LD0 - Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice prestazione</p> <p>LD1 - Congruenza tra Codice prestazione e Matricola Unità Produttiva per le prestazioni di DH</p> <p>LD5 - Congruenza tra codice prestazione , codice esenzione individuate da DRG 46-10149.</p> <p>LD6 - Congruenza tra codice prestazione , importo e regime di libera professione</p> <p>LD7 - Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico</p> <p>LF4 - Controllo appropriatezza prestazioni in Branca 69 - "Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica".</p>

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			18.0
	Modalità		
C	OBB		
NOME CAMPO: Quantità			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: numero massimo di prestazioni previste dalla normativa vigente	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
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			19.0
	Modalità		
C	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	
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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.																
ANAG	OBB			20.0															
NOME CAMPO: Importo Ticket																			

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

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

CONTROLLI APPLICATI
L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket 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			21.0
	Modalità		
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		23.0
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			24.0
	Modalità		
C	OSP		
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 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			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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
<p>L49 - Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo</p> <p>LF4 - Controllo appropriatezza prestazioni in Branca 69 - “Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica”.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Il campo deve essere compilato contemporaneamente ai campi 52.0 e 53.0</p> <p><i>Nel controllo formale vengono controllati i primi tre caratteri.</i></p>

TRACCIATO			38.0
	Modalità		
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:
<ul style="list-style-type: none"> - primi 8 caratteri: codice struttura ministeriale inviante (campo 03.1) se STS11 completare a destra con carattere 00 - successivi 4 caratteri: anno competenza - successivi 8 caratteri: una qualsiasi combinazione di cifre numeriche e lettere dell'alfabeto (maiuscole)

TRACCIATO			40.0
	Modalità		
ANAG	NOB		
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			43.0
	Modalità		
C	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
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		47.0
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			52.1
	Modalità		
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 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.

TRACCIATO			52.2
	Modalità		
C	CON		
NOME CAMPO: Codice disciplina			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 7	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: codice disciplina	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella discipline	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura 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.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
C	CON		52.3
NOME CAMPO: Progressivo divisione			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 7	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 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.

TRACCIATO			53.0
	Modalità		
C	CON		
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
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.
C	OBB		59.0
NOME CAMPO: Luogo di erogazione			

DESCRIZIONE CAMPO
File C: indica il luogo di erogazione della prestazione ambulatoriale

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Indicare come costante il valore "A" - prestazione erogata in modalità ambulatoriale

TRACCIATO			60.0
	Modalità		
ANAG	CON		
NOME CAMPO: Provenienza assistito			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la provenienza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: M,C	
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
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

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		

ANAG	OBB		
NOME CAMPO: Cittadinanza			

61.0

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		

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			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	CON		63.0

NOME CAMPO: ID Cittadino			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il “Numero di identificazione personale” di cui al campo nr. 6 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			64.0
	Modalità		
ANAG	CON		
NOME CAMPO: Codice istituzione competente			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare "Il numero di identificazione dell'istituzione competente", di cui al campo nr. 7 della 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 della 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			66.0
	Modalità		
ANAG – C	OBB		
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			67.0
	Modalità		
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 di erogazione e data progetto riabilitativo
L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita
L82 – Congruenza tra data prescrizione e 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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			69.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
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			70.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Indicare:</p> <p>“U” – per “urgente”: da eseguire nel più breve tempo possibile (entro le 48 h)</p> <p>“B” – per “breve”: da eseguire entro 15 giorni</p> <p>“D” – per “differita”: da eseguire</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro 30 giorni per le visite - entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici <p>“P” – per “programmata”</p> <p>Le modalità di utilizzo dei codici del presente campo sono coerenti con quanto previsto dalla D.G.R. n. 14-173 del 28.07.2003.</p>

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		

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
<p>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).</p> <p>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</p>

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

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

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

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera), indicare come costante il valore "221A".</p> <p>Per i cittadini UE, SEE o Svizzera, non residenti in Italia, ma in possesso di codice fiscale in quanto lavoratori regolari e pertanto iscritti al SSN, indicare come costante il valore "221D"</p>

TRACCIATO			81.0
	Modalità		
ANAG	CON		
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
<p>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).</p> <p>Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "TEAM"</p>

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			84.0
	Modalità		
ANAG - C	CON		
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
<p>Per ricette S.S.N. sono ammessi i seguenti valori:</p> <p>0 – ricetta prescritta manualmente</p> <p>1 – ricetta informatizzata con presenza, della biffatura “Stampa PC” e del codice fiscale in modalità barcone</p> <p>2 – ricetta informatizzata con presenza della biffatura “Stampa PC” , ma con assenza del codice fiscale in modalità barcode</p> <p>Per autoimpegnative interne valorizzare a spazio</p>

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			91.0
	Modalità		
ANAG	CON		
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			N° Scheda Rif.
	Modalità		

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, 90.94.2, 90.94.3, 90.94.6, 90.94.7, 90.95.4, 90.96.6

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

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG - C	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 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			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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: A
VALORI AMMESSI: 0,1	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valori ammessi:
0: indica altro accesso
1: indica primo accesso, per tutte le prestazioni con codice “ prima visita”

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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.
ANAG - C	CON	116.0
NOME CAMPO: Numero di Ricetta Elettronica(NRE)		

DESCRIZIONE CAMPO
 Numero assegnato dal Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) per identificare univocamente a livello nazionale una prescrizione elettronica. □

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA:15	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
 LF6 - Congruenza tra numero ricetta NRE e numero ricetta.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
 Formato AAA BB C DDDDDDD EE per un totale di 15 caratteri così suddivisi:

AAA = codice della Regione che richiede il lotto;

BB= codice raggruppamento lotto, ossia codice alfanumerico assegnato automaticamente dal SAC, che contraddistingue ricette con protocolli uguali;

C = identificativo del lotto, in base al quale il richiedente decide quanti NRE deve contenere il lotto, da un minimo di 100 ad un massimo di 1 miliardo di numeri;

DDDDDDD = codice del lotto assegnato dal SAC (nella sua lunghezza massima);

EE = numero di protocollo singolo all'interno del lotto (nella sua lunghezza minima)

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	
			SCH EDA RIF.	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	Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione Il codice prestazione indicato deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione. Per il flusso C, nel caso di prestazione relativa alla branca 56 (RRF), a partire dalla data di prescrizione del 03/11/2010 il codice di prestazione deve esistere rispetto la data del progetto riabilitativo (riferimento DGR 42-941 del 03/11/2010)	SI	17.0	Codice prestazione
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
			67.0	Data prescrizione
			114.0	Data del progetto riabilitativo
L06	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e Asl di residenza Se il Comune di residenza è un Comune italiano allora	SI	11.0	Provincia e Comune di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			SCH EDA RIF.	NOME
	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".		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 di effettuazione 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	SI	17.0	Codice prestazione
			03.0	Ente erogatore
			25.0	Codice branca
			82.0	Codice matricola
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.	SI	21.0	Importo totale
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
			18.0	Quantità
L12	Congruenza tra 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 del ticket presente sulla riga del record anagrafico; se l'utente non è esente (posizione dell'utente nei confronti dei ticket è diversa da "2" e "4") l'importo ticket viene maggiorato di 10 Euro.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
L13	Nel caso di cittadini residenti in Italia, cittadini italiani all'estero e assistiti italiani SASN. Se il codice fiscale uguale a sedici '9' allora Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO in presenza di ricetta autoimpegnativa Nel caso di cittadini STP eENI Se il codice fiscale uguale STP99999999999999 o ENI99999999999999 allora Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO in presenza di ricetta autoimpegnativa.	SI	5.0	Cognome utente
			6.0	Nome utente
			8.0	Codice fiscale
			03.0	Ente erogante
			13.0	Numero Ricetta
			11.0	Provincia e comune di residenza
L15	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione.	SI	11.0	Provincia e Comune di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			SCH EDA RIF.	NOME
	<p>Per residenti in Italia: Il codice della Provincia e del Comune di residenza deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p> <p>Per residenti all'estero: Il codice dello Stato estero deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p>		15.0	Data di effettuazione della prestazione
L16	Il codice prestazione deve essere presente nel nomenclatore tariffario di riferimento.	SI	17.0	Codice 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
L18	<p>Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione (ad eccezione della libera professione)</p> <p>Per la branca 56 la quantità totale delle prestazioni presenti nella ricetta rimane pari a 36 su 3 righe di prestazioni prescrivibili distinte.</p> <p>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, 93.05.7, 93.05.9. Per tali codici sono infatti ammesse al massimo 4 distinte righe di prestazioni con ciascuna un massimo di quantità 2 per riga.</p> <p>Se nella ricetta "prestazioni + valutazioni" compare anche la prestazione "93.11.8 - Rieducazione strumentale dei disturbi motori sensitivi", la quantità massima totale per ricetta prevista può passare da 44 a $44 + 12 = 56$.</p> <p>Il totale massimo assoluto delle righe in ricetta è quindi 8, comprensiva del totale di tutte le casistiche sopra esposte.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice Branca
L19	<p>Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione</p> <p>Per strutture definitivamente accreditate</p> <p>Per la branca 98 il campo quantità della riga del record anagrafico può essere superiore a 8:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Per strutture provvisoriamente accreditate.</p> <p>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.</p>	SI	25.0	Codice Branca
			17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
L20	<p>Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome</p> <p>Se i primi tre caratteri del codice fiscale sono STP e ENI, i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a STP e ENI..</p> <p>Per Tipo Ricetta valorizzato con EE, UE, Ne, NX e soggetti apolidi</p>	SI	5.0	Nome
			6.0	Cognome
			8.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e Comune di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			SCH EDA RIF.	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'.		71.0	Tipo Ricetta
L21	Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione Per la branca 56, la prestazione 93.16 deve essere sempre nella ricetta con la prestazione 93.11.6	SI	17.0	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 fiscale
			15.0	Data erogazione prestazione
			10.0	Data di nascita
L36	Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket Se la posizione utente nei confronti del ticket vale "2" o "4" allora l'importo ticket deve essere maggiore di zero; se il campo posizione utente nei confronti del ticket assume valori "0", "1", "3" o "5", allora l'importo deve essere pari a zero.	SI	19.0	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 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	SI	17.0	Codice prestazione
			53.0	Codice disabilità

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			SCH EDA RIF.	NOME
	<p>data progetto riabilitativo.</p> <p>Per le ricette relative alla branca 56, a partire dalla data di prescrizione del 03/11/2010, vengono verificate le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 i campi relativi al progetto riabilitativo, ovvero Codice Diagnosi, Codice Disabilità, Data Progetto, Codice Struttura Progetto e Provenienza Assistito. <p>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</p>		29.0	Codice diagnosi
			52.0	Codice struttura progetto
			60.0	Provenienza assistito
			114.0	Data del progetto riabilitativo
L51	<p>Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione</p> <p>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.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice branca
L57	<p>Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56 codice disciplina e progressivo divisione</p> <p>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</p>	SI	52.1	Codice istituto
			52.2	Codice disciplina
			52.3	Progressivo divisione
L73	<p>Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità.</p> <p>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</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			23.0	Tipo record
L76	<p>Congruenza tra codice prestazione e struttura erogante</p> <p>La prestazione 14.29.1 è erogata solo da strutture abilitate mediante D.G.R.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			03.0	Ente erogante
L77	<p>Congruenza tra codici prestazioni 89.7.1 e 89.7</p> <p>La prestazione 89.7.1 può essere inviata in presenza della prestazione 89.7</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branca
L78	<p>Congruenza codice prestazione 89.01 e prestazioni branca 69 con utilizzo del medico anestesista</p> <p>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</p>		17.0	Codice Prestazione
			25.0	Codice Branca
L79	<p>Congruenza prestazioni multiple di TAC o RMN e abbattimento importo</p> <p>Nel caso di prestazioni TAC o RMN multiple (quantità</p>	SI	17.0	Codice Prestazione
			18.0	Quantità

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			SCH EDA RIF.	NOME
	maggior di dello stesso codice prestazione o due o più codici prestazioni nell'ambito della stessa tipologia TAC/RMN) la tariffa dovrà essere abbattuta del 15%		21.0	Importo totale
L80	Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo La data di prenotazione, la data di prescrizione e nel 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 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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			SCH EDA RIF.	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 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
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.	SI	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	Controllo non attivo.			
LA2	Controllo non attivo.			
LA4	Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket – stranieri Se tipo ricetta è valorizzato con S1 o S2 la posizione utente nei confronti del ticket può assumere valori 0,1,2,5,NT Se tipo ricetta è valorizzato con EE,UE,IS,IM,NE,NX o AP la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori 1,2,3,5,NT	SI	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 RE allora la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori 1,2,3,4,5,NT. 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.	SI	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	SI	13.0	Numero ricetta
			84.0	Stampa PC
LB9	Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale (D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004, D.G.R. 49-12479 del 2.11.2009 e s.m.i.) Per le prestazioni erogate prima del 1 dicembre 2009: Se l'importo ticket è inferiore a Euro 36,15 allora l'importo ticket riscosso deve essere congruente con il valore riportato nell'Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale D.G.R.	SI	23.0	Tipo record
			91.0	Flag ricetta non completa

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			SCH EDA RIF.	NOME
	<p>73-13176.</p> <p>Per le prestazioni erogate dopo il 1 dicembre 2009: Se l'importo ticket è inferiore a Euro 36,15 allora l'importo ticket riscosso deve essere congruente alternativamente con il valore riportato nell'Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale D.G.R. 73-13176 o D.G.R. 49-12479 rispetto alla data di prenotazione della prestazione.</p> <p>In tutti e i due casi, qualora il flag ricetta non completa sia valorizzato ad 'N' il ticket puo' essere superiore al ticket secondo le regole cui sopra</p>		15.0	Data effettuazione prestazione
			68.0	Data prenotazione
LC1	<p>Congruenza tra codice ente erogatore e codice struttura inviante</p> <p>Il codice ente erogatore deve essere attivo presso la Struttura sanitaria inviante.</p>	SI	03.1	Ente erogatore inviante
			02.0	Struttura sanitaria Inviante
LC2	<p>Congruenza tra codice ente erogatore, azienda e codice della struttura inviante</p> <p>Il codice ente erogatore deve essere attivo presso l'Azienda sanitaria locale e il codice struttura inviante</p>	SI	85.0	Azienda sanitaria locale
			03.0	Ente erogatore
			02.0	Struttura sanitaria inviante
LD0	<p>Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice prestazione</p> <p>Se la Posizione utente nei confronti del ticket è uguale a 'NT' allora 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 30.092008, 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 30.092008</p>	SI	19.0	Posizione utente nei confronti ticket
			17.0	Codice prestazione
LD1	<p>Congruenza tra Codice prestazione e Matricola Unità Produttiva per le prestazioni di DH</p> <p>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.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			82.0	Matricola Unità Produttiva
			25.0	Codice Branca
LD2	<p>Congruenza tra ricetta SSN, prescrizione prestazione TSH e "autoimpegnativa interna" analisi riflesse.</p> <p>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.</p>	SI	13.0	Numero Ricetta
			17.0	Codice prestazione
			08.0	Codice Fiscale
			15.0	Data Prestazione
			82.0	Matricola Unità produttiva

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BL OC C O	CAMPO	
			SCH EDA RIF.	NOME
LD3	Congruenza tra “autoimpegnativa interna” e prestazioni analisi riflesse cui D.G.R. 21- 9688 del 30.12.2008. Il modello autoimpegnativa interna puo’ 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	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
LF4	Controllo appropriatezza prestazioni in Branca 69 - “Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica”. Il controllo verifica che per le prestazioni TAC e RMN di branca 69, indicate nell'allegato A del D.G.R. N. 15-2091 e a partire dalle prescrizioni del 01/07/2011, il campo 29 - “Codice diagnosi” deve essere compilato con il Codice di Appropriatezza. Nel caso in cui per una determinata prestazione e classe di priorità non siano date indicazioni sull'appropriatezza (rif. “Allegato A” del DGR. 15-2091 del 24/5/2011), il soggetto erogatore deve compilare il campo 29.0 con il valore 'NP'	SI	17.0	Codice prestazione
			29.0	Codice diagnosi

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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Ricetta Fuori Tempo Massimo	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.U.R.	NO
S07	Codice fiscale non presente nell'archivio B.A.R.	NO
S08	Invio ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione Monitoraggio Spesa Art. 50	NO
S09	Modifica ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione Monitoraggio Spesa Art. 50.	NO

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

La ristrutturazione dei tracciati, con l'introduzione del record anagrafico, 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**
- 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
 - 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)
C	ianc0001.txt	iprc0001.txt

10 TABELLE FLUSSO C

Tabella 1 - Elenco codici di esenzione per posizioni 1 e 5 ("posizione utente nei confronti del ticket"). La tabella è pubblicata in extranet.

Tabella 2 – Tabella codici stati esteri. La tabella è pubblicata in extranet.

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	<ul style="list-style-type: none">- Lunghezza massima 15- Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio- Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette- Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione e le cifre in posizione 4 e 5 appartengono all'anno di competenza o all'anno precedente <p>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.</p>

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

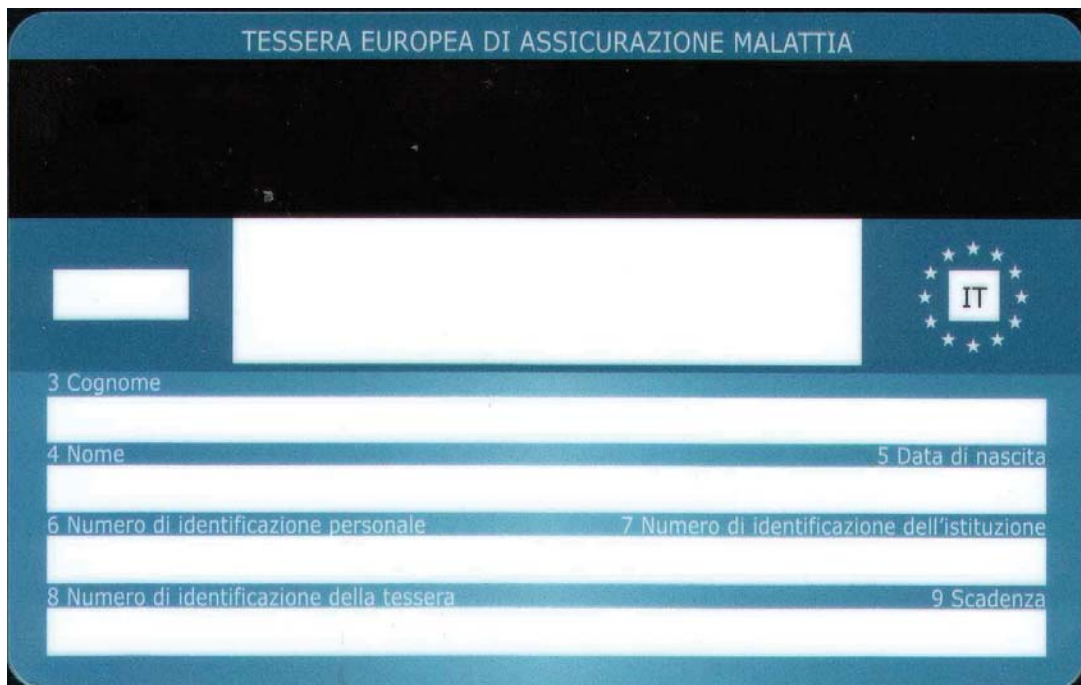
N.	TIPOLOGIA UTENTE	TIPO RICETTA	ID CITTADINO	COD FISCALE	COMUNE STATO RESIDENZA	REGIONE RESIDENZA	ASL RESIDENZA	CITTADINANZA	ONERE SPESA	MODALITA' DI RIFERIMENTO	MOBILITA'	MODALITA' DI ADDEBITO
1	Residenti o domiciliati, assistiti a carico SSN	nullo	nullo	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se 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/95777/1.3.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 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	Dichiarazione 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 campo 80.0 – “Codice riferimento normativo andrà compilato con il valore “221D”;

FAC SIMILE TESSERA SANITARIA



DISCIPLINARE TECNICO

**FLUSSO INFORMATIVO
SPECIALISTICA AMBULATORIALE
E ALTRE PRESTAZIONI**

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

STRUTTURE PUBBLICHE

1	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
1.1	OBIETTIVI.....	3
1.2	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	3
1.3	CONCETTI PRINCIPALI.....	3
2	REGOLE DI COMPILAZIONE	5
3	TIPO DI CONTROLLI	6
3.1.1	CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD	6
3.1.2	CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE	6
3.1.3	CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA	6
4	Note di COMPILAZIONE	7
4.1	CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE	7
4.1.1	CANCELLAZIONE	7
4.1.1.1	FLUSSO “B”	7
4.1.1.2	FLUSSI “C4”, “C5”	7
4.1.1.3	FLUSSI “C2” E COMPONENTE ANAG	7
4.1.1.4	FLUSSO “C” E COMPONENTE ANAG	8
4.1.2	SOSTITUZIONE	8
4.1.2.1	FLUSSO “B”	8
4.1.2.2	FLUSSO “C4”, “C5”	8
4.1.2.3	FLUSSI “C2” E COMPONENTE ANAG	9
4.1.2.4	FLUSSO “C” E COMPONENTE ANAG	9
4.1.2.5	SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA	9
4.2	FLUSSO “C” – BRANCA DI EROGAZIONE.....	9
4.3	FLUSSO “C” – LIBERA PROFESSIONE	10
4.4	NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA	10
4.5	FILE C2 – PRECISAZIONI.....	12
4.6	FLUSSO B – PRECISAZIONI	12
4.7	RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE.....	13
4.8	TRACCIATI RECORD.....	13
4.9	Tracciato anagrafico	15
4.10	Tracciato B	17
4.11	Tracciato C	18
4.12	Tracciato C2	19
4.13	Tracciato C4	21
4.14	Tracciato C5	22
5	SCHEDE ANALITICHE	23
6	SCHEDE DEI CONTROLLI	119
6.1	Controlli Logici (tipo L)	119
6.2	Controlli Formali (tipo F)	132
6.3	Controlli Bloccanti (tipo N).....	132
6.4	Segnalazioni.....	133
7	TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI.....	134
8	INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI	135
9	TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI	136
10	TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	137

1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 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.

1.2 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.

1.3 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, D, F);
- 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, D, F) 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

3.1.1 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.

3.1.2 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

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 la 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 la 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.

Il 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.

Il 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.

Il 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 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.

Il 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, D, F) , 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.

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 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

Nell'ambito del flusso "C" per i soli erogatori pubblici è possibile inviare l'attività erogata in libera professione. A fronte di tale rilevazione decadono o sono modificati i controlli relativi a:

- univocità del codice branca
- numero massimo di prestazioni erogate (elevato a 100)
- valore della prestazione rispetto al nomenclatore vigente
- presenza del codice prestazione nel nomenclatore vigente

Per tali rilevazioni inoltre si richiede che:

- la somma del campo quantità dei record di dettaglio deve coincidere con la quantità dichiarata della sezione anagrafica
- l'importo netto deve essere pari a zero
- l'importo sostenuto dall'assistito deve essere indicato esclusivamente nel campo importo ticket; nel contesto della libera professione il campo ticket assume il significato dell'importo sostenuto dal paziente
- la posizione utente nei confronti del ticket deve essere valorizzata a 2

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".

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; concorrono a formare tale cumulo codici di prestazioni diverse o la stessa prestazione con ripetizione di erogazione o situazioni miste.

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

riporta:

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

Esistono inoltre le seguenti deroghe al numero massimo di prestazioni:

- Per la branca 98 il numero delle prestazioni può raggiungere il tetto di 16 se sono presenti i codici prestazioni relativi ad una prestazione di prelievo: 91.48.4 , 91.48.5 , 91.49.1 , 91.49.2 , 91.49.3 , 91.49.4 La prima parte del controllo L19 (relativa ai codici di prelievo) verifica le seguenti caratteristiche del blocco informazioni: la quantità massima iscrivibile nel campo "18.0 Quantità" del tracciato anagrafico è 16; possono essere presenti fino a 6 prestazioni di prelievo e la somma valori inseriti nei campi "18.0 Quantità" della sezione prestazione relativo ai codici di prelievo non può superare 8; nella sezione prestazioni del tracciato possono essere presenti altri otto codici prestazioni (non di prelievo) e la somma dei valori inseriti nei campi "18.0 Quantità" della sezione prestazione relativo ai codici delle altre prestazioni non può superare 8. Il controllo 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 il numero delle prestazioni può raggiungere il numero di 40 in presenza del codice prestazione 90.81.5. La seconda parte del controllo L19 verifica che in presenza della prestazione 90.81.5 vengono accettati blocchi informazione con la seguente composizione: una riga di dettaglio con codice prestazione 90.81.5 con campo "18.0 Quantità" valorizzabile da 1 a 40; inoltre possono essere presenti altre sette prestazioni (comprese le prestazioni di prelievo) e la somma dei valori inseriti nei campi "18.0 Quantità", di tali prestazioni, non può superare il valore 7, in tale caso la quantità massima della prestazione 90.81.5 sarà 33. Il valore massimo accettato nel campo "18.0 Quantità" della sezione anagrafica è 40.
- Per la branca 56 la quantità totale delle prestazioni presenti nella ricetta è pari a 36 su 3 righe di prestazioni prescrivibili distinte.
Tale limite standard massimo di quantità delle prestazioni totali per ricetta, può arrivare a $36 + 8 = 44$ in presenza di prestazioni di valutazione, identificate con i codici regionali 93.04.3, 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5 e 93.01.6. Per tali codici sono infatti ammesse al massimo 4 distinte righe di prestazioni con ciascuna un massimo di quantità 2 per riga..
Se nella ricetta “prestazioni + valutazioni” compare anche la prestazione “93.11.8 - Rieducazione strumentale dei disturbi motori sensitivi”, la quantità massima totale per ricetta prevista può passare da 44 a $44 + 12 = 56$.
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 $56 + 2 + 2 + 2 = 62$, cioè con una quantità massima 2 per ogni distinto codice prestazione di counselling su 3 righe.
Il totale massimo assoluto delle righe in ricetta è quindi 11, comprensiva del totale di tutte le casistiche sopra esposte. (Controllo L18)
- Per la branca 70 è possibile indicare fino ad una quantità massima di 72 sempre nel rispetto delle 6 righe prestazione (Controllo L51)
- Per la branca 79 dell'Allegato 2 e per residenti e codici prestazione 96.61.1 e 99.15.1 è possibile indicare fino ad una quantità massima di 90 sempre nel rispetto delle 8 righe prestazione (Controllo L50)

- Per le prestazioni: 93.82.1, 93.82.2, 93.89.2, 93.89.3, 93.94, 93.99 è possibile indicare una quantità massima di 10 (essendo cicli di 10 prestazioni), ma la ricetta dovrà contenere un unico codice prestazione (controllo L73)

4.5 FILE C2 – PRECISAZIONI

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

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

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

- 0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP) per la 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 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 al 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 delle 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, D, F.

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	Cod. 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	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 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
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 prescrizione	AN	1	292	292	OBB	NV	
71.0	Tipo ricetta	AN	2	293	294	OBB	OBB	
69.0	Tipologia prescrizione	AN	1	295	295	OBB	NV	
83.0	Codice Percorso paziente	AN	3	296	298	CON	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
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	AN	8	333	340	CON	NV	
115.0	Ricetta SSN Origine	AN	15	341	355	NOB	NV	
116.0	Numero NRE	AN	15	356	370	NOB	NV	
	Filler	AN	30	371	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 erogatore	AN	16	6	21	Codice regionale del medico di medicina generale o del medico pediatra di libera scelta	OBB
05.0	Cognome	AN	30	22	51		OBB
06.0	Nome	AN	20	52	71		OBB
08.0	Codice fiscale	AN	16	72	87		OBB
11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza	AN	6	88	93		OBB
12.0	ASL di residenza	AN	3	94	96	Codice ASL di residenza assistito	OBB
35.0	Data inizio assistenza	AN	8	97	104		OBB
36.0	Data fine assistenza	AN	8	105	112		OBB
18.0	Quantità	N	3	113	115	Mensilità di assistenza	OBB
21.0	Importo totale	N	8	116	123		OBB
40.0	Tipo movimento	AN	1	124	124	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	125	144		OBB
10.0	Data di nascita	AN	8	145	152		OBB
	Filler	AN	28	153	180		NV

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

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

4.11 Tracciato C

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

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice struttura erogatrice STS11	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (C)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data di effettuazione della prestazione	AN	8	36	43		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	44	50		OBB
18.0	Quantità	N	3	51	53	Indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB
21.0	Importo totale	N	8	54	61		OBB
24.0	Data inizio ciclo	AN	8	62	69	Da compilare solo nel caso in cui il codice prestazione individui un ciclo.	OSP
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	70	73		CON
25.0	Codice Branca	AN	2	74	75	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario.	OBB
41.0	Libera professione	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
	Filler	AN	34	117	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 effettuazione 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 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
	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	Diagnosi secondaria 1	AN	5	149	153	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
108.0	Diagnosi secondaria 2	AN	5	154	158	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
109.0	Diagnosi secondaria 3	AN	5	159	163	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
110.0	Diagnosi secondaria 4	AN	5	164	168	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
	Filler	AN	32	169	200		NV

(*)

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

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

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

4.13 Tracciato C4

Tracciato record file "C4" Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice STS11	OBB
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	Indica il tipo di tracciato record (C4)	OBB
45.0	Istituto richiedente	AN	8	14	21	Codice HSP11+BIS in alternativa STS11	OBB
32.0	Codice reparto richiedente	AN	4	22	25		OBB
33.0	N. Scheda nosologica	AN	10	26	35		CON
	Filler	AN	1	36	36		CON
15.0	Data effettuazione prestazione	AN	8	37	44		CON
17.0	Codice prestazione	AN	7	45	51		OBB
18.0	Quantità	N	3	52	54		OBB
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	55	58		NOB
25.0	Codice branca	AN	2	59	60	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario	CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	61	61	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	62	81		OBB
49.0	Tipo codice prestazione	AN	1	82	82	Codice per indicare prestazioni non presenti nel nomenclatore	CON
	Filler	AN	5	83	87		NV
82.0	Matricola Unità produttiva	AN	6	88	93	Indicare la matricola dell'unità produttiva erogante la prestazione	OBB
	Filler	AN	57	94	150		NV
	Filler	AN	57	96	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 effettuazione prestazione	AN	8	44	51		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	52	58		OBB
18.0	Quantità	N	3	59	61		OBB
21.0	Importo totale	N	8	62	69		OBB
	Filler	AN	4	70	73		NV
25.0	Codice branca	AN	2	74	75	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario	CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	76	76	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	77	96		OBB
49.0	Tipo codice prestazione	AN	1	97	97	Codice per indicare prestazioni non presenti nel nomenclatore	CON
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	98	103	Indicare la matricola dell'unità produttiva erogante.	OBB
	Filler	AN	47	104	150		NV

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

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

5 SCHEDE ANALITICHE

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

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

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

Tracciato	Riporta l'elenco dei tracciati record a cui la scheda si riferisce
Modalità	indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo dei diversi tracciati. I codici riportati nella colonna si riferiscono alle diverse tipologie di obbligatorietà secondo quanto specificato nel precedente capitolo 2 "Regole di compilazione"
N° scheda Rif.	Riporta il numero della scheda di riferimento contenuta nella prima colonna del tracciato record.
Nome del Campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
Descrizione del campo	Riporta una descrizione del campo.
Correttezza Formale	Contiene cinque righe così articolate: LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record. FORMATO: definisce il campo quale <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 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
B	OBB		
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: Tabella delle Aziende Sanitarie regionali.	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per tracciati C, C2, 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 – C	OBB		03.1
ANAG – C2	OBB		
NOME CAMPO: Ente inviante del flusso			

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, 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 C, C2, C4, C5: 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
Per i tracciati C, C2, C4, C5: L17 – La ricetta non deve essere già esistente nel tipo record
Per il tracciato C5: L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Ente 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.
	C	
C2	OBB	03.2
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, 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 C, C2, C4, C5:

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

Per i tracciati C, C2, C4, C5:

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

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.

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 C2,D,F e ANAG deve esistere corrispondenza tra il codice ente inviante e il codice erogatore tra flusso sezione anagrafica e sezione prestazioni.

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 - C	
ANAG - C2	CON	
B	OBB	

NOME CAMPO: Codice medico presrittore

DESCRIZIONE CAMPO
Tracciato B: codice medico regionale Tracciato ANAG - C/D/F: codice regionale del medico o codice atto ad individuare il presrittore

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: "AD99999", Codice Disciplina + codice progressivo unità operativa,, codice medico, codice STS11, 099999R, E99999R, codice fiscale medico, AG99999	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei medici	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato ANAG flusso C2: L53 – Congruenza tra provenienza assistito, campo medico presrittore e data prescrizione
Per il tracciato ANAG flusso C: L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico presrittore

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato B: sono ammessi solo i codici regionali.
Per il tracciato ANAG flussi C per le sole ricette del SSN - Per ricette del SSN 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
Per il tracciato ANAG flusso C ad eccezione delle ricette del SSN
<ul style="list-style-type: none"> • Ricette relative ad accessi diretto <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11 se il presrittore è un consultorio nel caso di accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto per impegnative interne o accesso diretto per ospedaliero - "AD99999" per accesso diretto • Ricette relative ad impegnative interne ospedaliere : Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto a cui appartiene lo specialista. • Ricette prescritte da inps e carceri è prevista la seguente codifica: "099999R" • Ricette in libera professione: Medico presrittore: da inserire, codice fiscale • Ricette relative all'agenda di gravidanza è prevista la seguente codifica: "AG99999" • Ricetta autoimpegnativa sostitutiva di ricetta SSN non prescritta correttamente: <ul style="list-style-type: none"> - Codice regionale MMG o PLS (dare indicazione di applicazione fino al 30/06/2013)
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 B , ANAG è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonimato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati B e ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	ANAG		OBB
B	OBB		

NOME CAMPO: Nome

DESCRIZIONE CAMPO
Nome del paziente a cui la prescrizione si riferisce.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: nome dell'assistito (*) Per i tracciati B, ANAG è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonimato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati B e ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.	
	ANAG – C			OBB
	ANAG – C2			OBB
	ANAG – D			OBB
	ANAG – F			OBB
	B			OBB
	C5			NOB
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, "0000000000000000"	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per tutti i tracciati ANAG e B: 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.</p> <p>Per tutti i tracciati ANAG: 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 S07 – Codice fiscale non presente in archivio B.A.R.</p> <p>Per il tracciato B: L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Per i tracciati ANAG, B e C5: Per la compilazione si veda la tabella di supporto al controllo L89, di cui al paragrafo 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".</p> <p>Per i tracciati ANAG e C5: Per i cittadini stranieri temporaneamente residenti in Italia si utilizzano "STP99999999999999" oppure il codice ISI avente la seguente struttura: "STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche".</p> <p>Il controllo formale sul codice fiscale viene modificato secondo il seguente schema adottato dal Ministero della Salute. Se il codice fiscale è effettivo (primi tre caratteri sono diversi da "STP" e successivi 3 sono caratteri) si esegue la seguente verifica dei caratteri da 7-11:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita - 9 carattere uguale a mese di nascita (A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D=aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre) - 10-11 carattere uguale a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40. - 10-11 carattere uguale a sesso (se < 40 sesso =M, se > 40 sesso =F) <p>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.</p>

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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	
B	OBB	
D	NOB	

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

Per i tracciati ANAG (solo tracciato C):

L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita

Per i tracciati ANAG (solo tracciati C, C2):

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

L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente

Tracciato B

L46 – Congruenza tra data di nascita e inizio assistenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			11.0
	Modalità		
ANAG	OBB		
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 ISTAT dei Comuni italiani, Tabella stati esteri. Tabella al paragrafo 11.

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
- 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			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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. Tabella al paragrafo 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 B :

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

Per il tracciato B:

L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO
Numero identificativo riportato sul ricettario nazionale oppure numero dell'impegnativa interna. Per il tracciato C2: numero di registrazione di accesso in pronto soccorso

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Per il tracciato ANAG (tranne tracciato C2): 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.</p> <p>Per <u>ricette SSN e SASN</u> aventi uno dei seguenti schemi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Per <u>impegnative interne o accesso diretto</u> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>Per prestazioni erogate in <u>regime di libera professione</u> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'L' (libera professione o solvente) <p>Per prestazioni erogate relativamente <u>all'Agenda di Gravidanza</u> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>Agli schemi descritti viene applicata la validazione formale del campo; se il formato non viene rispettato la ricetta sarà scartata.</p> <p>Per il tracciato ANAG (solo tracciato 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)</p>

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		OBB
C2	OBB		

NOME CAMPO: Progressivo riga per ricetta

DESCRIZIONE CAMPO
Indica una determinata riga di una ricetta.

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

CONTROLLI APPLICATI

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	C	
C2	OBB	
C4	OBB	
C5	OBB	
		15.0
NOME CAMPO: Data di effettuazione della prestazione		

DESCRIZIONE CAMPO

Per i tracciati C, C2, C4, C5: Data di effettuazione della prestazione

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

Per il tracciato C:

L01 – La data di inizio ciclo deve essere congruente con la data di effettuazione prestazione (o erogazione)
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

Per i tracciati C, C2:

L04 – Data di nascita minore o uguale alla data di erogazione 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 C, C2, C4, C5,:

L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione
L08 – Data prestazione minore o uguale alla data di trasmissione
L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione

Per i tracciati B, C, C2:

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

Tracciato C4:

L44 – Congruenza tra invio cumulativo, N. scheda nosologica, data prestazione e codice branca.

Per tutti i tracciati:

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

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	
C2	OBB	17.0
C4	OBB	
C5	OBB	
NOME CAMPO: Codice prestazione		

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Nomenclatore regionale

Per il tracciato C: Allegato "1"; Allegato "2" branca 79 per soli residenti e branche 08, 29, 58, 69, 70, 81 e 98 per tutte le tipologie di pazienti

Per il tracciato C2: Allegato "1"; Allegato "2"; e valore '0000000'

Per i tracciati C4, C5: Allegato "1"; Allegato "2"

Per i tracciati C4,C5: inserire il codice procedura ICD IX-CM identificante la prestazione se e solo se il campo 49.0 è opportunamente valorizzato

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 tipo record, 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
- L79 – Congruenza prestazioni multiple TAC o RMN e abbattimento importo
- 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 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".

Per i tracciati C, C2, C4, C5:

L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione

Per i tracciati C, C2, C4, C5:

L16 – Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento.

Per i tracciati C, C2, C4:

L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca

Per tracciato C2:

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

Per i tracciati C4,C5:

L42 – Congruenza tra codice prestazione, codice branca e tipo codice prestazione

Per il tracciato C5:

L65 - Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

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 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)

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

18.0

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, D: 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, C, C2, C4, C5:

L11 – Congruenza tra Importo totale, quantità e libera professione (per le sole righe di dettaglio)

L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe 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 tipo record, 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 mensilità 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, 5,13,14,17,18,19,20	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per i tracciati C e C2:</p> <p>L07 – Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket e Codice identificativo esenzione</p> <p>L41 – Congruenza tra campo libera professione e posizione utente nei confronti del ticket</p> <p>LA4 – Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket - stranieri</p> <p>LA6 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e tipo ricetta - residenti</p> <p>Per il solo tracciato C:</p> <p>L36 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket</p> <p>Per il solo tracciato C2:</p> <p>L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket ed età del paziente (modificato)</p> <p>LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso</p> <p>LE5 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale e importo ticket</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Per il tracciato C:</p> <p>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.</p> <p>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)</p> <p>2 – non esente</p> <p>3 – esente con autocertificazione (esenzione per reddito di cui alla legge Finanziaria nr. 724/94)</p> <p>4 – indigente (indigente e indigente a carico del comune)</p> <p>5 – esente per patologia ai sensi del D.M. n. 329 del 28/05/1999 e del D.M. 279 del 18/05/01</p> <p>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</p> <p>Per il tracciato C2 (vedi paragrafo 6):</p> <p>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.</p> <p>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)</p> <p>2 – non esente</p> <p>3 – esente con autocertificazione (esenzione per reddito di cui alla legge Finanziaria nr. 724/94)</p> <p>5 – esente per patologia ai sensi del D.M. n. 329 del 28/05/1999 e del D.M. 279 del 18/05/01</p> <p>17 – esente per traumatismi ed avvelenamenti acuti</p> <p>18 – esente per assistito con età inferiore ai 14 anni</p> <p>19 – esenti per codice colore verde, giallo, rosso</p> <p>20 – esente per prestazione non erogata (solo accesso)</p>

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG	
		20.0
NOME CAMPO: Importo Ticket		

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

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

CONTROLLI APPLICATI
L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket
L36 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket
Per il tracciato C:
L52 – Congruenza tra importo ticket e libera professione
L60 – Congruenza tra importo ticket e importo totale (sezione anagrafica) – (Sospeso)
L61 – Congruenza tra libera professione, importo ticket e importo totale (sezione anagrafica)
LB9 - Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale (D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004, D.G.R. 49-12479 del 2.11.2009 e s.m.i.)
Per il tracciato C2:
LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso
LE5 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale e importo ticket

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG	
B	OBB	21.0
C	OBB	
C2	OBB	
C5	OBB	
D	OBB	
F	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.

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 B, C2:

L11 – Congruenza tra importo totale, quantità (per le sole righe di dettaglio)

Per il tracciato C:

L11 – Congruenza tra importo totale, quantità e libera professione (per le sole righe di dettaglio)

L61 – Congruenza tra libera professione, importo ticket e importo totale (sezione anagrafica)

Per il tracciato C2:

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

Per i tracciati C, C2:

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. E' 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 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
Per il tracciato C,C2: L86 – Congruenza tra tipo record e luogo di erogazione Per il tracciato C: L73 – Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità. L16 – Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento. Per il tracciato C2: L39 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, macropatologia e importo ticket. L93 – Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per i tracciati C, C2: Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di righe dettaglio.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	C	
		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 – data inizio ciclo minore o uguale alla data di effettuazione della prestazione
L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo e data erogazione prestazione
L83 – Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni erogate

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

NOME CAMPO: Codice branca

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presenti nella tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: elenco delle Branche specialistiche del Nomenclatore Tariffario Regionale; elenco discipline ministeriali per prestazioni di visita 89.01 e 89.7

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

Per i tracciati C, C2:

- L10 - Congruenza tra codice prestazione e codice branca

Per il tracciato C4:

- L44 – Congruenza tra invio cumulativo, N. scheda nosologica, data prestazione e codice branca.

Per il tracciato C5:

- L42 – Congruenza tra codice prestazione, codice branca e tipo codice prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
	C		
C2	OBB		

NOME CAMPO: Codice Diagnosi

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD-IX-CM identificante la patologia. Codice di procedura identificante la prestazione. Codice di Appropriatezza nel caso di prestazioni "Allegato A" del DGR. 15-2091 del 24/5/2011

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

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 controllo formale viene verifica i primi tre caratteri del codice

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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 discipline ospedaliere	

CONTROLLI APPLICATI

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

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

Per il tracciato C2

LE1 - Congruenza tra scheda di ricovero e modalità di dimissione

Per il tracciato C4

L44 - Congruenza tra invio cumulativo, N. scheda nosologica, data prestazione e codice branca.

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 mensilità erogate L46 – Congruenza tra data nascita e data di inizio assistenza
Per il tracciato B: L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Vedi paragrafo 4.7

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	B	
		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 mensilità erogate
Per il tracciato B: 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 4.7

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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: Tabella delle aziende sanitarie regionali (*).	

CONTROLLI APPLICATI

L33 – Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente
 L65 – Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

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'.

Indicare la costante "LEA" per le prestazioni ambulatoriali indicate nel controllo L65, escluse dai L.E.A.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG	
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	
C4	NOB	
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

Per deve essere compilato nei seguenti casi :

- per strutture afferenti l'area "09 – Aree funzioni territoriali" e codice specialità 01 - **Tracciato C**
- 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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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 – "Cancellazione o sostituzione Blocchi informazione".

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	C	
		41.0
NOME CAMPO: Libera professione		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se le prestazioni sono erogate in regime di libera professione.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: spazio o "L" (*)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L11 – Congruenza tra importo totale, quantità e libera professione (per le sole righe di dettaglio) L41 – Congruenza tra campo libera professione e posizione utente nei confronti del ticket L52 – Congruenza tra importo ticket e libera professione. L61 – Congruenza tra libera professione, importo ticket e importo totale (sezione anagrafica) LC7 - Congruenza tra numero ricetta, libera professione e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
(*) Valorizzare con "L" per indicare che le prestazioni sono state erogate in libera professione. Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di informazioni Se il campo libera professione viene valorizzato valgono le seguenti regole; <ul style="list-style-type: none"> - somma del campo quantità dei record di dettaglio deve coincidere con la quantità dichiarata della sezione anagrafica - l'importo netto deve essere pari a zero - l'importo sostenuto dall'assistito deve essere indicato esclusivamente nel campo importo ticket I record relativi ad attività di libera professione non saranno oggetto di mobilità sanitaria.

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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	

CONTROLLI APPLICATI
L65 - Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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.	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati C e C2: L07 – Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice identificativo esenzione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	C5	
C4	OBB	
45.0		
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 HSP.11-BIS; Tabella STS11

CONTROLLI APPLICATI

Flusso C5:

L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda richiedente

Flusso C4,C5:

L33 – Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente

L65 – Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

L45 – Congruenza codice istituto richiedente e matricola unità produttiva 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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
ANAG	OBB	47.0
NOME CAMPO: Quantità totale prestazioni		

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

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

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

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG -C2	
		48.0
NOME CAMPO: Scheda intervento		

DESCRIZIONE CAMPO
Numero scheda intervento di emergenza 118

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

CONTROLLI APPLICATI
L88 - Congruenza tra codice provenienza assistito e nr. scheda 118 (controllo valido fino alla competenza del 30.06.2010)
LE3 - Congruenza tra modalità di arrivo in PS ed scheda intervento (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, per pazienti transitati tramite mezzi di soccorso del sistema di Emergenza Sanitaria 118.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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: N
VALORI AMMESSI: "E"	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L42 - Congruenza tra codice prestazione, branca e tipo codice prestazione L65 - Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

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

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
C4	CON		50.0
NOME CAMPO: Modalità invio dati			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il record è l'insieme di prestazioni erogate nell'ambito di un mese, per ogni tipologia di prestazione, oppure se il record è un dettaglio collegabile ad un preciso episodio di ricovero.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 13	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: "C" e "A"	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L44 – Congruenza tra invio cumulativo, N. scheda nosologica, data prestazione e codice branca.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Invio cumulativo: Il campo deve essere valorizzato a "C"; in tal caso il campo 33.0 (N. scheda nosologica) deve essere nullo; il campo 15.0 (Data effettuazione prestazione) deve coincidere con l'ultimo giorno del mese di erogazione; il campo codice branca può essere nullo</p> <p>Invio analitico: Il campo deve essere valorizzato a "A"; in tal caso il campo 33.0 (N. scheda nosologica) è obbligatorio; il campo 15.0 (Data effettuazione prestazione) deve coincidere la data di erogazione; il campo codice branca deve essere valorizzato</p>

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG-C	
		52.1

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: 6	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 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 dimissione

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG-C	
		52.2
NOME CAMPO: Codice disciplina		

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: codici discipline	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella delle discipline	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura 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. Nel caso di struttura ambulatoriale interna ad istituto ospedaliero omettere il progressivo dimissione

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG-C	
		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 codice disciplina e progressivo divisione

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

TRACCIATO	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	
		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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
C	CON	57.0
C4	OBB	

NOME CAMPO: Modalità d'erogazione

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il farmaco è stato somministrato o distribuito

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: A,D,M,Z,P,R,S	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

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

Tracciato C4
LF8 - Congruenza tra Modalità di erogazione e Scheda nosologica

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Flusso C
 A: accesso diretto
 D: ricetta specialistica interna
 M: Ricetta autoimpegnativa correzione ricetta SSN non prescritta correttamente da parte di MMG, PLS o Convenzionato. A partire dalla competenza luglio 2014 tale valore non sarà più ammesso
 Z: altro tipo di autoimpegnativa (es inps e carceri)

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
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: File "C": A, D, I File "C2": B,C,F,L,P,Q,S,Y,Z

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L86 – Congruenza tra Tipo record e Luogo di Erogazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

File "C" indicare:

"A" : prestazione erogata in modalità ambulatoriale

"D" : prestazione erogata in modalità domiciliare

"I" : prestazione erogata in modalità ADI

File "C2" indicare:

"B" : Aggressione

"C" : Casa

"F" : Autolesionismo

"L" : Lavoro

"P" : Esercizio pubblico

"Q" : Scuola

"S" : Strada

"Y" : Impianto sportivo

"Z" : Altro

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG - C	
ANAG - C2	OBB	
NOME CAMPO: Provenienza assistito		60.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la provenienza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Flusso C: M,C Flusso C2: 1,2,4,5,6,8,9

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, campo medico prescrittore e data prescrizione

L93 – Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito.

L88 – Congruenza tra codice provenienza assistito e nr. scheda 118 (valido fino alla competenza del 30.06.2010)

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	
		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
- 999 per apolide

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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 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
- '999' nel caso di apolide.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG	
		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 paragrafo 11.

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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
ANAG	CON	64.0

NOME CAMPO: Codice istituzione competente

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

CONTROLLI APPLICATI
L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG	
		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 - C	
ANAG - C2	CON	66.0

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice della tipologia del prescrittore

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

CONTROLLI APPLICATI

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG – C	
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: gmmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
<p>Per il tracciato C: L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo</p> <p>Per il tracciato C, 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)</p> <p>Per il tracciato C2: L53 – Congruenza tra provenienza assistito, campo medico prescrittore e data prescrizione</p>

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	C	
		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

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	
		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 nr. 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	
		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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Indicare:

“U” – per “urgente”: da eseguire nel più breve tempo possibile (entro le 48 h)

“B” – per “breve”: da eseguire entro 15 giorni

“D” – per “differita”: da eseguire

- entro 30 giorni per le visite

- entro 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. 14-10073 del 28.07.2003 e successivi atti attuativi.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG - C	
ANAG - C2	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 LA6 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e tipo ricetta LC7 - Congruenza tra numero ricetta, libera professione 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.
	C2	
		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 LE5 - Congruenza tra motivo trasferimento e modalità di dimissione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Codici ammessi</p> <p>0 : ricoverato nella stessa struttura</p> <p>1 : deceduto</p> <p>2 : dimissione a domicilio</p> <p>5: rifiuta il ricovero</p> <p>6 : trasferito ad altra struttura di ricovero</p> <p>7 : trasferito in altra struttura (RSA - RAF - Ospedale di comunità, ecc.)</p> <p>8 : trasferito in altro Pronto Soccorso della stessa Azienda</p> <p>A: solo accesso, senza erogazione di prestazioni</p> <p>M: solo accesso, senza erogazione di prestazioni, seguito da parte del MMG presente in pronto soccorso.</p> <p>Nota bene: le prestazioni di pronto soccorso seguite da ricovero nella stessa struttura, codificate con il valore "0" del presente campo, verranno esposte 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.</p>

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
C2	OBB	74.0

NOME CAMPO: Codice colore

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

CONTROLLI APPLICATI
L39 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, macropatologia e importo ticket.
LE4 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale e importo ticket

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Codici ammessi

- 1 : Bianco – Non critico, paziente non urgente
- 2 : Verde – poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili
- 3 : Giallo – mediamente critico, priorità immediata
- 4 : Rosso – molto critico, priorità massima pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure.
- 5: Nero - deceduto

Solo in caso di solo accesso al pronto soccorso (modalità di dimissione A o M), senza l'erogazione della prestazione, il campo dovrà riportare il codice colore codificato al triage.

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG-C2	

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

CONTROLLI APPLICATI
L93 - Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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	

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 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			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	CON		79.0
NOME CAMPO: Qualifica Beneficiario			

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice della qualifica del beneficiario

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

Legenda valori

A : Lavoratore subordinato

B : Lavoratore autonomo

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

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

E : Altro

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

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

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

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	CON		81.0
NOME CAMPO: Codice attestato			

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	C	
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 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	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG – C	
		83.0

NOME CAMPO: Codice percorso paziente

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: “064”, “085”	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
 Attualmente valorizzabile:
 a. per soggetti inseriti in un percorso oncologico CAS/GIC: indicare il valore ‘064’
 b. per soggetti inseriti in un percorso diabetologico: indicare il valore ‘085’

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG – C	
		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

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	C - ANAG	
		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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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
<p>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.</p> <p>Codici prestazioni cui la tariffa comprende l'antibiogramma : 90.83.3, 90.84.3, 90.87.6, 90.88.5, 90.90.5, 90.91.4, 90.92.6, 90.93.3, 90.93.4, 90.93.5, 90.93.6, 90.93.7, 90.93.8, 90.93.9, 90.94.1, 90.94.2, 90.94.2, 90.94.3, 90.94.6, 90.94.7, 90.95.4, 90.96.6</p> <p>Codici prestazioni che identificano l'antibiogramma: 90.84.1, 90.84.4, 90.84.5, 90.85.1, 90.85.2, 90.88.3, 90.84.2, 90.86.1, 90.86.2, 90.88.4, 90.90.4, 90.91.5, 90.92.1, 91.04.2, 91.04.3, 91.07.4, 91.07.4, 91.07.5, 91.08.3</p>

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	ANAG - C	
ANAG - C2	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 e Onere Spesa

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

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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: gmmaaaa

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			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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	
		96.0

NOME CAMPO: Modalità arrivo

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la modalità di arrivo "fisica" in PS

CORRETTEZZA FORMALE

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

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Codici ammessi

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

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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	
		98.0
NOME CAMPO: Problema principale		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il problema principale riscontrato al momento del triage

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella 'Problemi principali' (File C2 – Tabella 1 paragrafo 10)	

CONTROLLI APPLICATI
LE4 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale e importo ticket

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	C2	
		99.0

NOME CAMPO: Triage Accesso PS

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valori ammessi
1 : Bianco – Non critico, paziente non urgente
2 : Verde – poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili
3 : Giallo – mediamente critico, priorità immediata
4 : Rosso – molto critico, priorità massima pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure.

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
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	
		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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
C2	CON	105.0

NOME CAMPO: Codice reparto ricovero

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'eventuale compilazione dei referti

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: tabelle discipline ospedaliere	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD – IX –CM identificante la patologia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle codici ICD – IX –CM	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD – IX –CM identificante la patologia

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	N° Scheda Rif.
	C	
		112.0

NOME CAMPO: Tipo accesso

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

CORRETTEZZA FORMALE

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valori ammessi:
0: indica altro accesso
1: indica primo accesso

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
ANAG - 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		N° Scheda Rif.
	Modalità	
ANAG - C	CON	115.0
NOME CAMPO: Ricetta SSN origine		

DESCRIZIONE CAMPO

Riportare l'indicazione della ricetta SSN originale dell'autoimpegnativa

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA:15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LF7 - Congruenza tra Ricetta SSN origine e numero ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Valido seguente formato:

codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra)

TRACCIATO		N° Scheda Rif.
	Modalità	
ANAG - C	CON	116.0
NOME CAMPO: Numero di Ricetta Elettronica(NRE)		

DESCRIZIONE CAMPO

Numero assegnato dal Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) per identificare univocamente a livello nazionale una prescrizione elettronica. □

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA:15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

LF6 - Congruenza tra numero NRE origine e numero ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Formato AAA BB C DDDDDDD EE per un totale di 15 caratteri così suddivisi:

AAA = codice della Regione che richiede il lotto;

BB= codice raggruppamento lotto, ossia codice alfanumerico assegnato automaticamente dal SAC, che contraddistingue ricette con protocolli uguali;

C = identificativo del lotto, in base al quale il richiedente decide quanti NRE deve contenere il lotto, da un minimo di 100 ad un massimo di 1 miliardo di numeri;

DDDDDDD = codice del lotto assegnato dal SAC (nella sua lunghezza massima);

EE = numero di protocollo singolo all'interno del lotto (nella sua lunghezza minima)

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	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	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.		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. Per il flusso C, nel caso di prestazione relativa alla branca 56 (RRF), a partire dalla data di prescrizione del 03/11/2010 il codice di prestazione deve esistere rispetto alla data del progetto riabilitativo (riferimento DGR 42-941 del 03/11/2010).	SI	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
L07	Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, 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 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. Per il flusso C4 con invio cumulativo il mese di erogazione della prestazione può essere uguale al mese di trasmissione.	SI	15.0	Data di effettuazione della prestazione
				Data trasmissione
L10	Congruenza tra codice prestazione e codice branca	SI	17.0	Codice prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
			25.0	Codice branca
L11	<p>Congruenza tra importo totale, quantità (per le sole righe dettaglio)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Flusso F Se tipo prestazione = 08 allora l'importo totale della riga deve coincidere con il prodotto tra le quantità erogata e costo unitario del emocomponente</p>	SI	23.0	Tipo record
			21.0	Importo totale
			18.0	Quantità
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione
L12	<p>Congruenza tra l'importo totale anagrafico, importi totali righe di dettaglio e ticket.</p> <p>L'importo totale presente sulla riga del record anagrafico deve essere uguale alla sommatoria degli importi totali delle singole righe di dettaglio meno l'importo ticket presente sulla riga del record anagrafico.</p> <p>Per il flusso C il controllo è valido solo per la libera professione</p>	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
			41.0	Libera professione
L13	<p>Congruenza anonimato</p> <p>Nel caso di cittadini residenti in Italia, cittadini italiani all'estero e assistiti italiani SASN. Se il codice fiscale uguale a sedici '9' allora Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO in presenza di ricetta autoimpegnativa Nel caso di cittadini STP eENI Se il codice fiscale uguale STP999999999999 o ENI999999999999 allora Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO in presenza di ricetta autoimpegnativa.</p> <p>Tracciato C2 Se Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO Il codice fiscale è = sedici '9' oppure 'STP' / 'ENI' seguito da tutti '9'.</p>	SI	05.0	Cognome utente
			06.0	Nome utente
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante
			13.0	Numero Ricetta
L15	<p>Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione</p> <p>Per residenti in Italia: Il codice della Provincia e del Comune di residenza deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p> <p>Per residenti all'estero: Il codice dello Stato estero deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p>	SI	11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			15.0	Data di effettuazione della prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L16	Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento Il codice prestazione deve essere presente nel nomenclatore tariffario di riferimento. Le prestazioni della branca 79 dell'allegato "2" possono essere erogate solo a pazienti residenti. Le prestazioni delle altre branche dell'allegato "2" possono essere erogate a tutte le tipologie di pazienti.	SI	17.0	Codice prestazione
			23.0	Tipo Record
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
L18	Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione (ad eccezione della libera professione). Per la branca 56 la quantità totale delle prestazioni presenti nella ricetta è pari a 36 su 3 righe di prestazioni prescrivibili distinte. Tale limite standard massimo di quantità delle prestazioni totali per ricetta, può arrivare a $36 + 8 = 44$ in presenza di prestazioni di valutazione, identificate con i codici regionali 93.04.3, 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5 e 93.01.6. Per tali codici sono infatti ammesse al massimo 4 distinte righe di prestazioni con ciascuna un massimo di quantità 2 per riga.. Se nella ricetta "prestazioni + valutazioni" compare anche la prestazione "93.11.8 - Rieducazione strumentale dei disturbi motori sensitivi", la quantità massima totale per ricetta prevista può passare da 44 a $44 + 12 = 56$. 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 $56 + 2 + 2 + 2 = 62$, 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
L19	Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione (ad eccezione della libera professione) 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. - 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.. 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	05.0	Nome
			06.0	Cognome
			08.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			71.0	Tipo Ricetta
			58.0	Tipo prestazione
L21	Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione Per la branca 56, la prestazione 93.16 può comparire se nella ricetta è presente il codice prestazione 93.11.6.	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branca

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
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 mensilità 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	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 Il codice dell'azienda sanitaria inviante deve essere diverso dal codice dell'azienda sanitaria richiedente	SI	03.1	Ente erogatore inviante
			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 valori "2" o "4" allora l'importo deve essere maggiore di zero; se il campo posizione utente nei confronti del ticket assume valori "0","1","3", "5" allora l'importo deve essere pari a zero.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
L39	Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, macropatologia e importo ticket. (controllo valido fino alla competenza giugno 2010) In caso di campo codice colore valorizzato a 1: se macropatologia diversa da 1 e A e posizione utente 2 l'importo ticket dovrà essere uguale a 25 euro; se macropatologia diversa da 1 e A e posizione utente 0, 1,3,5,18 l'importo ticket dovrà essere uguale a 0 euro; se macropatologia uguale a 1 o A allora la posizione utente dovrà essere uguale a 17 e l'importo ticket a 0 euro. In caso di campo codice colore valorizzato a 2,3 o 4 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
			23.0	Tipo Record
			74.0	Codice colore
			75.0	Macropatologia
L41	Congruenza tra campo tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket Nel caso di libera professione valorizzata a 'L', la posizione utente nei confronti del ticket deve essere 2.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			41.0	Libera professione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L42	<p>Congruenza codice prestazione, codice branca e tipo codice prestazione.</p> <p>Se il campo codice tipo prestazione è nullo allora il codice prestazione e il codice branca devono essere presenti nelle rispettive tabelle di decodifica.</p> <p>Se il campo codice tipo prestazione è valorizzato con "E" il codice prestazione è una qualsiasi stringa di 7 caratteri e il codice branca può essere nullo.</p> <p>Se il campo tipo prestazione è valorizzato con "S" allora il codice prestazione deve essere compreso nel nomenclatore CSE-I.B.M.D.R e il codice branca deve essere valorizzato a spazio.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
			49.0	Codice tipo prestazione
L43	Disattivato			
L44	Controllo non attivo			
L45	Controllo non attivo			
L46	<p>Congruenza tra data nascita e data inizio assistenza</p> <p>La data di nascita deve essere minore o uguale alla data inizio assistenza</p>	SI	10.0	Data di nascita
			35.0	Data inizio assistenza
L47	<p>Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio (ad eccezione della libera professione)</p> <p>La somma del campo quantità righe dettaglio deve essere uguale al campo quantità del record anagrafico</p> <p>Per il flusso C: la quantità delle prestazioni deve essere inferiore o uguale 8 per tutte le branche con le seguenti eccezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8/ 16 branche 98 (controllo L19) - 36/62 per la branca 56 (controlli L18-L21) - 72 per la branca 70 (controllo L51) - 90 per la branca 79 (controllo L50) <p>Per il flusso C2,: la quantità delle prestazioni deve essere inferiore a 100.</p> <p>Non più applicato sul flusso F</p>	SI	18.0	Quantità (riga dettaglio)
			47.0	Quantità record anagrafico
L48	<p>Congruenza tra ID Esterno, Numero Ricetta e Tipo Movimento per la sostituzione del numero ricetta.</p> <p>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.</p>	SI	13.0	Numero ricetta
			38.0	Identificativo esterno
			40.0	Tipo movimento
L49	<p>Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo.</p> <p>Per le ricette relative alla branca 56, a partire dalla data di prescrizione del 03/11/2010, vengono verificate le seguenti condizioni:</p> <p>– in presenza di prestazioni visita (codice 89.01 e codice 89.7), il</p>	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 del progetto riabilitativo

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	<p>campo codice diagnosi e il campo codice disabilità non sono obbligatori;</p> <p>– 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.</p> <p>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.</p> <p>Unico caso particolare è il reparto codificato in Anagrafe delle Strutture con matricola 14160: “Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria - Attività clinica” dell'Azienda Ospedaliera 901 – Molinette che, per la sua particolare gestione è autorizzata all'erogazione di prestazioni relative alla branca 56 anche al di fuori di un progetto riabilitativo.</p>			
L50	<p>Congruenza tra campi quantità e branca 79 e codice prestazione (ad eccezione della libera professione)</p> <p>Per ricette con branca 79 dell'allegato 2 del nomenclatore tariffario e codice prestazione 96.61.1 o prestazione 99.15.1 la quantità massima è pari a 90.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice branca
L51	<p>Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione (ad eccezione della libera professione)</p> <p>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.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice branca
L52	<p>Congruenza tra importo ticket e libera professione</p> <p>Se libera professione non valorizzato con 'L', l'importo ticket deve essere inferiore o uguale a 36,15 Euro.</p>	SI	20.0	Importo Ticket
			41.0	Libera professione
L53	<p>Congruenza tra provenienza assistito, campo medico prescrittore e data prescrizione.</p> <p>Se provenienza assistito è valorizzato con il codice 2 deve essere compilato il campo medico prescrittore con un codice medico e il campo data prescrizione.</p>	SI	04.0	Codice medico
			60.0	Provenienza assistito
			67.0	Data prescrizione
L54	Controllo non attivo	SI		
L55	Controllo non attivo	SI		
L56	<p>Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente</p> <p>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.</p>	SI	10.0	Data nascita
			19.0	Codice posizione utente nei confronti del ticket
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L57	<p>Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56 codice disciplina e progressivo divisione</p> <p>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</p>	SI	52.1	Codice istituto
			52.2	Codice disciplina
			52.3	Progressivo divisione
L59	Non attivo.	SI		
L60	Non attivo.	SI		

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L61	Congruenza tra tipo ricetta, importo ticket e importo totale (sezione anagrafica) Se il campo libera professione è valorizzato con “L” allora l’importo ticket deve essere maggiore di 0 e l’importo totale della sezione anagrafica deve essere uguale a 0	SI	20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale (sezione anagrafica)
			41.0	Libera Professione
L62	Non attivo	SI		
L63	Non attivo	SI		
L64	Non attivo	SI		
L65	Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione Se il campo codice azienda richiedente è valorizzato con la costante “LEA”, il campo codice prestazione deve essere uno dei codici (93.31.3, 93.34.1, 93.39.1, 93.39.3, 93.43.1, 99.27, 99.88), il campo codice regione deve valere “010”, il codice istituto richiedente deve valere “99999999” e il codice tipo prestazione deve essere “E”	SI	17.0	Codice prestazione
			37.0	Codice azienda richiedente
			42.0	Codice regione richiedente
			45.0	Codice istituto richiedente
			49.0	Codice tipo prestazione
L66	Non attivo	SI		
L67	Non attivo	SI		
L68	Non attivo	SI		
L69	Non attivo	SI		
L70	Non attivo	SI		
L71	Non attivo.			
L72	Non attivo	SI		
L73	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	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			23.0	Tipo record
L75	Congruenza tra codice emocomponenti e flussi C e C2 I codici elencati nella tabella 5 – paragrafo 10, non possono essere inviate con i flussi “C” e “C2”	SI	17.0	Codice prestazione
			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	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	<u>Controllo applicato solo ai privati</u>			
L79	Non attivo			

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L80	Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo 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 effettuazione della prestazione
			24.0	Data inizio ciclo
			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 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
L86	Congruenza tra Luogo erogazione e Tipo record - per il flusso C sono ammessi i valori A,D,I - per il flusso C2 sono ammessi i valori B,C,F,L,P,Q,S,Y,Z	SI	59.0	Luogo di Erogazione
			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
L88	Congruenza tra codice provenienza assistito, luogo di erogazione, e nr. scheda 118 Se provenienza assistito è valorizzato con codice "8" allora devono essere compilati i campi nr. scheda 118 (e viceversa)	SI	60.0	Provenienza assistito
			48.0	Nr. Scheda Intervento
L89	Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta e onere spesa 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 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
L91	Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore Se la ricetta appartiene al SSN il campo medico prescrittore può essere inviato a spazi		04.0	Codice medico prescrittore
			13.0	Numero ricetta
L92	Congruenza tra modalità di dimissione e istituto di destinazione	SI	73.0	Modalità dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	Se modalità di dimissione è valorizzato con codice 6 o 7 allora il campo istituto di destinazione deve essere compilato, e viceversa		77.0	Istituto di destinazione
L93	Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito. Deve essere rispettata la tabella al paragrafo 11 relativa al controllo in oggetto	SI	23.0	Tipo record
			60.0	Provenienza assistito
			76.0	Istituto di provenienza
L94	Congruenza tra nr. 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	Nr. Ricetta
			69.0	Tipo 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 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
L96	Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità produttiva Se la branca di erogazione è 64 e il codice prestazione è 89.07 allora la disciplina dell'unità produttiva deve essere il codice 64 – Oncologia	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
			82.0	Matricola unità produttiva
L97	Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione. L' unità produttiva (identificata mediante la matricola) deve appartenere alla struttura sanitaria inviante e alla sede dell'ente di erogazione, inoltre deve essere attiva alla data di erogazione della prestazione secondo lo schema definito al paragrafo 11.	SI	03.2	Ente erogatore
			15.0	Data erogazione prestazione
			82.0	Matricola unità produttiva
L98	Non attivo	SI		
L99	Congruenza tra numero di ricetta e tipo record Vedi paragrafo 11 – controllo L99	SI	13.0	Numero ricetta
			23.0	Tipo record
LA0	Non attivo	SI		
LA1	Non attivo			
LA2	Non attivo			
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 la posizione utente nei confronti del ticket può assumere valori 0,1,2,5 (C e C2), 17, 18,	SI	71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	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)		61.0	Cittadinanza
			62.0	Codice regione o stato residenza
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, 17,18,19,20 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, 17,18,19,20	SI	71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			62.0	Codice regione o stato residenza
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 Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale (D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004, D.G.R. 49-12479 del 2.11.2009 e s.m.i.) Per le prestazioni prescritte prima del 5 agosto 2011: Se l'importo ticket è inferiore a Euro 36,15 allora l'importo ticket riscosso deve essere congruente alternativamente con il valore riportato nell'Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale nell'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011. Per le prestazioni prescritte a partire dal 5 agosto 2011: l'importo ticket deve essere calcolato come la somma tra il ticket calcolato in riferimento all'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011 fino a un massimo di 36,15 e la quota fissa per ricetta rimodulata in rapporto a valore della singola ricetta. Il valore della singola ricetta è determinato dalla somma dei valori delle singole prestazioni presenti nell'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011 fino a un massimo di 30,00€ ; ne consegue che il totale deve della quota a carico del cittadino dovrà avere un tetto massimo complessivo di 66,15€. In tutti i casi, qualora il flag ricetta non completa sia valorizzato ad 'N' il ticket puo' essere superiore al ticket secondo le regole cui sopra"	SI	20.0	Importo ticket
			91.0	Flag ricetta non completa
			15.0	Data effettuazione prestazione
			68.0	Data prenotazione
LC0	Congruenza tra tipo prestazione ed ente richiedente, regione richiedente, azienda richiedente, flusso C5 Se il campo tipo prestazione è valorizzato a "S" allora l'ente richiedente deve essere valorizzato a "07002500", la regione richiedente deve essere valorizzata a "070" e l'azienda richiedente deve essere valorizzata a "103".	SI	23.0	Tipo record
			58.0	Tipo prestazione
			42.0	Codice regione richiedente
			37.0	Codice Azienda richiedente
			45.0	Codice istituto richiedente
LC1	<u>Controllo applicato solo ai privati</u>			

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LC2	<u>Controllo applicato solo ai privati</u>			
LC3	<u>Controllo applicato solo ai privati</u>			
LC7	Congruenza tra numero ricetta, libera professione , tipo ricetta ed onere spesa Se il campo libera professione è valorizzato con “L” allora il tipo ricetta deve essere compilato a spazi e il campo numero ricetta deve essere compilato con la numerazione della Libera Professione e il campo Onere Spesa non deve essere valorizzato. Vale il viceversa.	SI	13.0	Numero Ricetta
			41.0	Libera Professione
			71.0	Tipo Ricetta
			93.0	Onere Spesa
LD0	Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice prestazione Se la Posizione utente nei confronti del ticket è uguale a ‘NT’ allora 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 30.092008, se la struttura appartiene all’ASL TO4 o CN1, oppure una prestazione di cui all’ Allegato 2 D.G.R. 61-13646 del 22.03.2010 Il controllo deve verificare la condizione viceversa, ad eccezione delle prestazioni individuate dalla D.G.R. 21-9688 del 30.092008	SI	19.0	Posizione utente nei confronti ticket
			17.0	Codice prestazione
LD1	Congruenza tra Codice prestazione e Matricola Unità Produttiva per le prestazioni di DH Per le prestazioni individuate dalla D.G.R. 84 –10526 del 29/12/2009, la matricola UP deve fare riferimento ad attività ambulatoriale ospedaliera erogata all’interno di una struttura dove sia presente un reparto con attività di ricovero corrispondente alla branca della prestazione DH.	SI	17.0	Codice prestazione
			82.0	Matricola Unità Produttiva
			25.0	Codice Branca
LD2	Controllo applicato alle sole strutture private	SI		
LD3	Controllo applicato alle sole strutture private	SI		
LD4	Attualmente non attivo			
LD5	Congruenza tra codice prestazione , codice esenzione individuate da DRG 46-10149. Per prestazione 89.61.A il codice esenzione deve essere uguale a ‘020’.		17.0	Codice Prestazione
			43.0	Codice identificativo esenzione
LD6	Congruenza tra codice prestazione , importo e regime di libera professione. Nel caso di prestazione 64.01, l’importo totale della riga ricetta deve essere valorizzato con 60.00 euro e il campo libera professione deve essere valorizzato ad ‘L’	SI	17.0	Codice Prestazione
			21.0	Importo Totale
			41.0	Libera Professione
LD7	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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
			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 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	73.0	Modalità di dimissione
			105.0	Codice reparto ricovero
			03.2	Ente erogatore
LE3	Congruenza tra modalità di arrivo in PS ed scheda intervento. In caso di modalità di arrivo in PS valorizzata con: 1 – ambulanza 118, 4 – Elicottero 118, 6 – Mezzo soccorso 118 di altre regioni, il campo scheda intervento deve essere valorizzata.	SI	96.0	Modalità arrivo PS
			48.0	Scheda intervento 118
LE4	Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale e importo ticket. In caso di campo codice colore valorizzato a 1: 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 2 26 allora la posizione utente dovrà essere uguale a 17 e l'importo ticket a 0 euro; In caso di campo codice colore valorizzato a 2,3, 4 la posizione utente dovrà essere valorizzata a 19, l'importo ticket dovrà essere uguale a 0.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			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 dimissione
			106.0	Motivo Trasferimento
LF4	Controllo appropriatezza prestazioni in Branca 69 - “Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica”. Il controllo verifica che per le prestazioni TAC e RMN di branca 69, indicate nell'allegato A del D.G.R. N. 15-2091 e a partire dalle prescrizioni del 01/07/2011, il campo 29 - “Codice diagnosi” deve essere compilato con il Codice di Appropriatezza. Nel caso in cui per una determinata prestazione e classe di priorità non siano date indicazioni sull'appropriatezza (rif. “Allegato A” del DGR. 15-2091 del 24/5/2011), il soggetto erogatore deve compilare il campo 29.0 con il valore 'NP'	SI	17.0	Codice prestazione
			29.0	Codice diagnosi
LF5	Congruenza tra il tipo di erogazione della ricetta e il medico prescrittore nel caso di ricetta autoimpegnativa – Rif paragrafo 10		13.0	Numero Ricetta
			57.0	Modalità di erogazione
LF6	Congruenza tra numero ricetta NRE e numero ricetta. Il numero NRE puo' essere indicato solo nel caso di ricetta SSN		13.0	Numero Ricetta
			116.0	Numero NRE
LF7	Congruenza tra Ricetta SSN origine e numero ricetta La ricetta SSN Origine puo' essere indicato solo nel caso di ricetta del tipo Autoimpegnativa		13.0	Numero Ricetta
			115.0	Ricetta SSN origine

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPO	
		N°	NOME
LF8	Congruenza tra Modalità di erogazione e Scheda Nosologica – Fusso C4 Nel caso di prestazioni erogate durante il ricovero e successivo al ricovero deve essere indicato il numero di scheda nosologica	57.0	Modalità erogazione
		33.0	Scheda Nosologica

6.2 Controlli Formali (tipo F)

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

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

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

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

6.3 Controlli Bloccanti (tipo N)

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

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

6.4 Segnalazioni

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Ricetta Fuori Tempo Massimo	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. (nel corso del 2014 la segnalazione verrà modificata in controllo scartante)	NO
S07	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.UR. (nel corso del 2014 la segnalazione verrà modificata in controllo scartante)	NO
S08	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA	NO
S09	Modifica ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione Monitoraggio Spesa Art. 50.	NO
S12	Incongruenza tra Codice Fiscale e codice Esenzione: il codice fiscale non risulta attribuito in AURA al codice esenzione indicato in ricetta. (nel corso del 2014 la segnalazione verrà modificata in controllo scartante)	NO

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

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)
B	//	iprb0001.txt
C	ianc0001.txt	iprc0001.txt
C2	ianc2001.txt	iprc2001.txt
C4	//	iprc4001.txt
C5	//	iprc5001.txt

9 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

Le tabelle di supporto alla compilazione dei flussi prestazioni, vengono pubblicate su una apposita sezione nell'ambito del sito <http://extranet.csi.it/sanita/report/>

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

File C – Tabella 1 - Codici esenzione, abbinati alle Posizioni Utente nei confronti del Ticket. La tabella è pubblicata in extranet.

File C2 – Tabella 1 - Tabella codifica del problema principale pubblicata in extranet

Tutti i flussi – Tabella 1 – Tabella codici stati esteri. La tabella è pubblicata in extranet.

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 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”)
- **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 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
14	Libera Professione (*)	nullo	nullo o ID CITTADI NO	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato o codice STP	Comune d'Italia o 999 + codice stato estero o STP + codice stato estero	Regione d'Italia o Codice stato estero	Asl d'Italia o 999	qualsiasi eccetto 999	nullo		no	a carico utente

(*) 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 essere compilati con i riferimenti del Comune/ASL/ Regione di domicilio;

il campo campo 80.0 – “Codice riferimento normativo” andrà compilato con il valore “221D”;

(**) Nel caso di attività in libera professione, campo 41.0 – Libera professione valorizzato con ‘L’, il campo 71.0 – Tipo ricetta non è valorizzato

Controllo L93 - Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito

Codice flusso	Codice Provenienza Assistito	Istituto Provenienza
C2	1 : accesso diretto dell'assistito	Nulla
C2	2 : inviato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta	Nulla
C2	4 : trasferito da istituto pubblico	Codice HSP11-BIS
C2	5 : trasferito da privato accreditato o provvisoriamente accreditato	Codice HSP11-BIS
C2	6 : trasferito da privato non accreditato	Codice HSP11-BIS
C2	8 : pervenuto tramite 118	Nulla
C2	9 : trasferito da RSA-RAF – Ospedale di comunità ecc.	Codice STS11

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

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

Controllo L99 - Congruenza tra Numero Ricetta e Tipo Record

Codice flusso	Controllo
C	<ul style="list-style-type: none"> - Lunghezza massima 15 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio - Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette - Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione <p>IL controllo è applicato nell'applicativo di registrazione di assegnazione dei ricettari SSN ai Medci Prescrittori (RUR).</p>
C Impegnativa Interna o Accesso diretto	<ul style="list-style-type: none"> - Lunghezza massima 16 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere "A" <p>Il numero ricetta deve avere il seguente formato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza) - Codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) - Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (9 cifre completato a sinistra con zeri) - Carattere A <p>Oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza) - Codice azienda (3 cifre) - Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (10 cifre completato a sinistra con zeri) - Carattere A
C Libera Professione o solvente	<ul style="list-style-type: none"> - Lunghezza massima 16 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere "L" <p>Il numero ricetta deve avere il seguente formato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza) - Codice azienda (3 cifre) - Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (10 cifre completato a sinistra con zeri) - Carattere L

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

Codice Flusso	Controllo applicato
C	<p>Nel caso in cui Campo "Tipo di Erogazione" valorizzato con 'A' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio nel caso di accesso diretto - Valore "AD99999" per accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero <p>Nel caso in cui Campo "Tipo di Erogazione" valorizzato con 'D' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto di appartenenza del medico prescrittore <p>Nel caso in cui Campo "Tipo di Erogazione" valorizzato con 'A' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio nel caso di accesso diretto - Valore "AD99999" per accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero <p>Nel caso in cui Campo "Tipo di Erogazione" valorizzato con 'D' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto di appartenenza del medico prescrittore

FAC SIMILE TESSERA SANITARIA

The image shows the front of an Italian Health Card (Tessera Sanitaria). It features a blue header with the text "REPUBBLICA ITALIANA" and "TESSERA SANITARIA" in large, bold letters. To the right of the text are the European Union flag and the Italian national flag. On the left, there is a logo with the letters "TS" and the text "I.P.Z.S. s.p.a. - Roma - 01". Below the header, the card is divided into several sections for personal data: "Codice Fiscale", "Data di scadenza", "Cognome", "Nome", "Sesso", "Luogo di nascita", "Provincia", and "Data di nascita". In the center, there is the Italian coat of arms. To the right of the coat of arms, there are two brackets labeled "Dati sanitari regionali".

The image shows the back of the Italian Health Card, which is a European Health Insurance Card (Tessera Europea di Assicurazione Malattia). The top section is dark blue with the text "TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA" in white. Below this, there is a large white rectangular area for a photo or signature. To the right of this area is the European Union flag with the letters "IT" in the center. Below the photo area, there are several horizontal lines for data entry, each with a number and a label: "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", and "9 Scadenza".

DISCIPLINARE TECNICO

SDO - FLUSSO INFORMATIVO RICOVERI OSPEDALIERI

SOMMARIO

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	4
1.1 Obiettivi	4
1.2 Ambito di applicazione	4
1.3 Struttura del documento	4
2. GENERALITÀ	6
2.1 Acronimi ed abbreviazioni	6
2.2 Riferimenti normativi	6
2.3 Definizioni	9
2.4 Regole generali di compilazione	10
2.5 Casi particolari di compilazione	11
2.5.1 Istituti privati non accreditati	11
2.5.2 Regole di compilazione nei casi di “trasferimento breve” da post-acuzie a pronto soccorso	11
2.5.3 Codifica delle diagnosi e degli interventi/procedure	12
2.5.4 Durata della degenza nei reparti di riabilitazione e lungodegenza	12
3. IL SISTEMA DEI CONTROLLI	13
3.1 Controlli di validazione della SDO (pre-valorizzazione)	13
3.1.1 La correttezza formale	14
3.1.2 La correttezza logica	14
3.2 Controlli di congruità normativa	14
3.3 Controlli differiti (post-valorizzazione)	18
3.3.1 Ricoveri con codici fiscali non validati dal servizio SOGEI	18
3.3.2 Ricoveri ripetuti	18
3.3.3 Ricoveri contemporanei	19
3.3.4 Ricoveri con somministrazione di farmaci oncologici ad alto costo	19
3.3.5 Verifiche sull'Appropriatezza	20
3.3.6 Continuità acuzie / post-acuzie dei ricoveri RRF	21
3.3.7 Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF	22
3.3.8 Continuità acuzie / post-acuzie dei ricoveri in Lungodegenza	22
4. LE PROCEDURE DI VALORIZZAZIONE	23
4.1 Le tabelle per la valorizzazione	23
4.2 Algoritmo di valorizzazione	23
4.2.1 Ricoveri di acuzie	25
4.2.1.1 Remunerazioni sostitutive per endoprotesi o procedure ad alto costo	26
4.2.1.2 Remunerazioni aggiuntive per endoprotesi	26
4.2.1.3 Remunerazioni dei trapianti	26
4.2.1.4 Casi di valorizzazione a zero della SDO	27
4.2.2 Discipline di post-acuzie 28, 56, 75, 60 e neuropsichiatrica	27
4.2.3 Regime di ospedalizzazione domiciliare	28
4.3 Abbattimenti della valorizzazione	28
4.3.1 Per Libera Professione	28
4.3.2 Ricoveri ripetuti	28
4.3.3 Ricoveri contemporanei	29
4.3.4 Chemioterapia con farmaco ad alto costo rilevato tramite flusso F	29
4.3.5 Continuità acuzie-post acuzie	29
4.3.6 tetto massimo ricoveri in dh di rrf	29
4.3.7 Inappropriatezza DRG LEA medici	29
4.4 Casi soggetti a tariffe aggiuntive non abbattibili	29
4.5 La determinazione dell'importo	30
5. ALLEGATI	31
5.1 Tracciati record SDO	32
5.1.1 Premessa	32

5.1.2	Descrizione del tracciato	32
5.1.3	Il tracciato record “Anagrafico”	34
5.1.4	Il tracciato “Dati clinici”	36
5.2	Le schede analitiche	43
5.2.1	Premessa	43
5.2.2	Le schede	45
5.2.3	Combinazioni di valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica	163
5.3	Tabella dei controlli logici - normativi	168
5.3.1	Premessa	168
5.3.2	I controlli	169
5.3.3	Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici	188
5.4	Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati accreditati	191
5.5	Tabella codici HSP11 delle Strutture Private accreditate di day surgery di tipo “C”	192
5.6	Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati non accreditati	192
5.7	Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS)	194
5.8	Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery	194
5.9	Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina	195
5.10	Tabella Interventi/Procedure non eseguibili in Day Hospital	196
5.11	Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive, o sostitutive, in istituti / reparti autorizzati	197
5.12	Tabella di prestazioni ad alto costo con tariffe sostitutive in istituti / reparti autorizzati	198
5.13	Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare	198
5.14	Tabella codici attività economica principale	199
5.15	Tabelle per individuazione punteggio EuroSCOR	200
5.16	Tabella interventi che richiedono la compilazione del punteggio EuroSCOR	201

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 Obiettivi

Il presente documento, analogamente alle precedenti versioni, si pone l'obiettivo di offrire alle Aziende Sanitarie e alle strutture di ricovero un disciplinare tecnico che indichi le istruzioni per la corretta compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO d'ora in avanti) e la relativa registrazione nell'archivio regionale.

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.

Vengono inoltre riportate le regole di valorizzazione delle schede di dimissione, coerentemente alla normativa in vigore.

Ogni SDO inviata viene sottoposta, in fase di acquisizione, a **controlli preliminari di validazione** al termine dei quali il Sistema determina se sia corretta o scartata (cap. 3, par. 3.1).

Le SDO formalmente e logicamente valide passano quindi al vaglio di **controlli di congruità normativa** (cap. 3, par. 3.2) che possono determinare delle segnalazioni.

A questo punto le SDO subiscono la **prima valorizzazione** (descritta nel cap. 4), al termine della quale la fase di acquisizione termina con le restituzioni.

Successivamente le SDO acquisite come valide sono soggette ai **controlli differiti** (cap. 3, par. 3.3) per effetto dei quali la loro prima valorizzazione può subire degli abbattimenti.

Si hanno quindi le cosiddette **rivalorizzazioni** (descritte nel cap. 4), che possono essere eseguite più volte durante l'anno in relazione alle disposizioni regionali in materia.

Com'è noto, a partire dalla rilevazione della competenza 2007 il tracciato SDO è stato suddiviso in due sezioni (anagrafica e dato clinico) in coerenza con il "D.M 27.10.2000 n. 380 - Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati" e con la normativa relativa alla protezione dei dati personali.

1.2 Ambito di applicazione

La presente versione del documento discende dalle D.G.R. 14-6039 del 2 luglio 2013 e D.G.R. 11/11/2013 n. 55-6670 che introducono profondi e significativi cambiamenti al sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere in osservanza di quanto stabilito dall'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012.

Tali cambiamenti riguardano tutte le Schede di Dimissione Ospedaliera di pazienti ricoverati **a partire dal 1 luglio 2013**; pertanto la presente versione descrive il *Sistema dei controlli e della tariffazione* che si applica a tali SDO mentre per quanto riguarda le schede con data di ricovero precedente al 1 luglio 2013 resta in vigore la precedente versione del documento (settembre 2013), cui si rimanda.

Il paragrafo che segue illustra, per punti, le variazioni introdotte nella presente versione del documento, per facilitarne la comprensione, rispetto alla precedente.

1.3 Struttura del documento

Il documento, analogamente alle precedenti versioni, si articola in cinque parti.

- PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO.
- GENERALITA': 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 DEI CONTROLLI: illustra le varie tipologie di controlli informatici applicati nella procedura.
- LE PROCEDURE DI VALORIZZAZIONE : illustra le regole di calcolo seguite per tariffare ogni singola SDO, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.
- ALLEGATI: comprendono il nuovo tracciato record delle SDO, in forma tabellare; le schede analitiche relative ad ogni singolo campo; una sintesi di tutti i controlli pretariffazione attivati; alcune tabelle di codifica; alcuni quadri che evidenziano combinazioni di valori consentiti, o non consentiti.

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. 28.12.1991
Istituzione scheda di dimissione ospedaliera.
- D.M. 26.7.1993
Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.
- D.M. 27.10.2000 n. 380
Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.
- D.G.R. 18.9.1995 N. 70-1459
Determinazione delle tariffe ospedaliere da riconoscersi agli erogatori pubblici e privati del Servizio Sanitario Regionale.
- D.G.R. 6.8.1997 n. 156-21885 e successive modificazioni ed integrazioni
Provvisorio accreditamento degli Istituti di cura privati.
- D.G.R. 27.10.1997 n. 44-22844
Rideterminazione delle tariffe per attività ospedaliere e per altre attività sanitarie da riconoscersi agli erogatori pubblici del Servizio Sanitario Regionale
- D.G.R. 29.12.1997 n. 59-23768
Interventi di cardiocirurgia. Determinazione delle tariffe da corrisponderci alle Case di cura private provvisoriamente accreditate con decorrenza 1.1.1997
- D.G.R. 30.12.1998 n. 31-26419
Revisione delle modalità di addebito delle prestazioni per la compensazione della mobilità sanitaria dei cittadini.

- D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380
Ridefinizione delle tariffe per attività ospedaliere effettuate dagli erogatori pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale.
- D.G.R. 22.7.2002 n. 70-6732
Integrazione e modifica della D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380. Rideterminazione delle percentuali di riferimento per l'incremento tariffario per la funzione universitaria e l'appropriatezza dei ricoveri.
- D.G.R. 5.8.2002 n. 46-6882
Recepimento accordo tra Regione Piemonte e associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato per l'attività di ricovero per l'anno 2002. Budget e aggiornamento tariffario per l'anno 2002.
- D.G.R. 30.12.2002 n. 28-8148
Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate da strutture pubbliche, equiparate e private accreditate per l'anno 2003.
- D.G.R. 02.03.2004 n. 60-11906
Rideterminazione del budget 2003 e approvazione tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate
- D.G.R. 18.05.2004 n. 29-12508
Rideterminazione del budget 2003 e approvazione tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate – seconda parte.
- D.G.R. 25.10.2004 n. 37-13743
Determinazione delle percentuali dei valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatazza” di cui all'allegato 2C del D.P.C.M 29 novembre 2001 di definizione dei LEA
- D.G.R. 23.03.2005 n. 41-15180
Recepimento accordo tra Regione Piemonte e Associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato, in merito alle modalità per la determinazione del budget delle strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate, nonché in merito alla definizione delle attività di ricovero in RRF 1° livello ed in lungodegenza post-acuzie delle strutture private definitivamente accreditate
- D.G.R. 30.03.2005 n. 24-15233
Attuazione D.G.R. n. 37-13743 del 25 ottobre 2004 – Rideterminazione dei valori dei ricoveri per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatazza” di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- D.G.R. 10.10.2005 n. 50-1062
Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera – ICD9CM 2002 versione 19
- D.G.R. 07.02.2006 n. 44-2139
Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex artt. 42 e 43 L.833/78 e dalle Case di cura private provvisoriamente/definitivamente accreditate, per l'anno 2006. Revoca allegato 3) D.G.R. 41-15180 del 23.03.2005
- D.M. 05.12.2006
Definizione nuovi modelli di rilevazione dei flussi informativi ministeriali sulle attività gestionali delle aziende sanitarie ed ospedaliere a partire dal 2007
- D.G.R. 28.12.2006 n. 71-5059
Modifiche e integrazione linee guida regionali per l'attività di Day Surgery e modifiche procedure rilevazione attività di day hospital diagnostico. Revoca D.G.R. n. 57-3226 dell'11.06.2001

- Nota 09.01.2008 n. 822 e successive integrazioni
Assistenza sanitaria a cittadini neo comunitari rumeni e bulgari – Disposizioni.
- D.G.R. 17.03.2008 n. 33-8425
Recepimento degli Accordi tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ambulatoriali privati ANISAP, CONFAPI, GRISP, META per il biennio 2007-2008 e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ospedalieri privati AIOP e ARIS per il biennio 2007-2008 e per la revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuro-psichiatrico.
- D.G.R. 04.06.2008 n. 5-8880
Integrazione alla D.G.R. n. 44-2139 del 07.02.2006 relativamente all' individuazione di nuova protesi rimborsabile e all'individuazione dei Centri autorizzati a beneficiare del relativo rimborso.
Individuazione dell'Ospedale Regina Margherita di Torino quale centro autorizzato a beneficiare del rimborso per l'impianto di protesi cocleare.
- D.G.R. 28.07.2008 n. 56-9324
Linee guida per la codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale ICD-9-CM 2002 – Revisione 2008
- D.G.R. 22.12.2008 n. 76-10395
Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura presenti sul territorio regionale, pubblici e privati, accreditati definitivamente e provvisoriamente, in ordine all'obbligo e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2009 e 2010
- D.M. 18.12.2008
Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere: versione italiana 2007 dell'ICD-9-CM e grouper 24
- D.G.R. 12 .01.2009 n. 4-10568
Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera ICD-9-CM alla versione italiana 2007 della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM).
- D.G.R. 20.07.2009 n. 59-11816
Modificazioni ed integrazione del sistema di remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.
- D.G.R. 07.12.2009 n. 26-12740
Integrazioni alla D.G.R del 20 luglio 2009 n. 59-11816 e alla D.G.R 7 febbraio 2006 N. 44-2139 riguardanti la remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.
- D.G.R. 30.12.2009 n. 97-13037
Revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuropsichiatrico. Proseguimento della fase sperimentale nell'anno 2010.
- D.G.R. 16.03.2010 n. 85-13580
Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica di ospedalizzazione domiciliare.
- D.G.R. 29.03.2010 n. 97-13750
Modifiche ed integrazioni alla DGR 44-2139 del 7 febbraio 2006 riguardante la tariffazione dell'attività di day hospital con l'uso di farmaci ad alto costo.
- D.M. 08.07.2010 del Ministero della Salute
“Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380”;

- D.G.R. 22.03.2010 n.13647-830
Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome.
- D.G.R. 15.10.2010 n.18-804
Disposizioni in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2011 e 2012.
- D.G.R. 07.03.2011 n.12-1665
Attuazione Piano di rientro. Attività di Recupero e rieducazione funzionale: criteri di appropriatezza per attività di Day-Hospital. Modifica ed integrazione D.G.R. n. 44-2284 del 27/10/2007 e n. 10-5605 del 2/04/2007.
- D.G.R. 03.08.2011 n. 4-2495
Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza.
- D.G.R. 18.12.2012 n. 33-5087
Organizzazione delle attività di Chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario. Modificazione alla deliberazioni regionali D.G.R. n. 73-13176 del 27.07.2004, D.G.R. n. 4-2495 del 3.08.2011 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010.
- D.G.R. 02.07.2013 n. 14-6039
Determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, dai Presidi classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012. Revoca delle DDGR n. 34-251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000.
- D.G.R. 11/11/2013 n. 55-6670 -
Modificazioni ed integrazioni alla DGR n. 14-6039 del 2/7/2013

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 HSP. 11 a sei caratteri - eventualmente articolata in più sedi diverse "**ISTITUTI**" – identificati dal subcodice HSP. 11bis 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 04.0 = "ISTITUTO DI CURA" (6 + 2 = 8 caratteri)
 SOTTOCAMPO 04.1 = "STRUTTURA DI RICOVERO" (6 caratteri)
 SOTTOCAMPO 04.2 = "ISTITUTO DI DIMISSIONE" (2 caratteri)

➤ Struttura Erogante

Codice della Struttura che eroga la prestazione, corrispondente alla partita IVA.
 (esempio: ASL = 101, 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 "Anagrafe Strutture" - 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 Anagrafe delle Strutture 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.

➤ **Vecchia valorizzazione**

Si intende il *Sistema dei controlli e della tariffazione* relativo alle SDO dei ricoverati prima del 1 luglio 2013 descritto nella versione settembre 2013 del presente documento (si veda par. 1.2, Ambito di applicazione).

➤ **Nuova valorizzazione**

Si intende il *Sistema dei controlli e della tariffazione* relativo alle SDO dei ricoverati dopo il 30 giugno 2013 descritto nel presente documento (si veda par. 1.2, Ambito di applicazione).

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 "INTERVENTO").

- *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:

- campi **ALFABETICI (A)**: allineati a sinistra + **spazi**, se necessari, per completare tutti i caratteri previsti.
- campi **ALFANUMERICI (AN)**: allineati a sinistra + **spazi**, se necessari, per completare tutti i caratteri previsti.
- campi **NUMERICI (N)**: allineati a destra; eventuali posizioni vuote, a sinistra compilate con "**zeri**" (e non con spazi).

Nel caso dei campi "non obbligatori" non compilati, od "obbligatori condizionati", quando la condizione non si verifica:

- i campi **ALFABETICI (A)** ed **ALFANUMERICI (AN)** sono riempiti con tanti "spazi" quanti sono i caratteri previsti per il campo;
- i campi **NUMERICI** sono riempiti con "zeri".

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 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

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:

- 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 di trasferimento uguale alla data 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 53.0 (Giorni di permesso) 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 (a questo proposito si rimanda al paragrafo 4.2.2 - Discipline di post-acuzie 28, 56, 75, 60 e neuropsichiatrica).

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.

2.5.4 DURATA DELLA DEGENZA NEI REPARTI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

La D.G.R. 14-6039 del 2 luglio 2013 abroga (per i ricoverati dal 1 luglio 2013) le DD.GG.RR. n. 34-251 del 19-6-2000 e n. 57-644 del 31-7-2000 nelle quali erano state previste regole per gestire il prolungamento della degenza in Istituti privati provvisoriamente accreditati, nei reparti delle discipline 60, 68, 40 fase intensiva ed estensiva.

L'abrogazione di tali disposizioni determina la semplificazione degli algoritmi di calcolo del valore della SDO: fino alla soglia prevista il valore è pari al prodotto dei giorni effettivi con la tariffa giornaliera.

Al superamento della soglia prevista, si applica la tariffa per le giornate oltre-soglia.

Conseguentemente tutti i controlli che presiedevano alle vecchie regole disposte dalla DGR abrogata sono da intendersi come aboliti, per le nuove SDO (cioè quelle relative ai ricoverati dal 1 luglio 2013).

I campi che erano coinvolti da tali regole sono i seguenti:

25.0 Provenienza assistito

63.0 Prolungamento degenza oltre 60/120 giorni

64.0 Data richiesta prolungamento

65.0 Giorni di prolungamento autorizzati

66.0 Data di prima autorizzazione o di non autorizzazione al prolungamento

67.0 Data di ultima autorizzazione al prolungamento.

Per un quadro più dettagliato di quanto appena illustrato si rimanda alle relative schede dei vari campi.

3. IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Il tracciato record SDO costituisce l'input alla procedura di elaborazione del flusso informativo relativo ai dimessi, al termine di un iter sanitario in regime di ricovero ordinario, diurno (D.H.) o di ricovero a domicilio.

Ogni record, corrispondente ad un singolo episodio di ricovero, viene sottoposto a tre fasi di controllo: due antecedenti la prima valorizzazione, l'altra a valorizzazione avvenuta.

Nelle edizioni precedenti del documento, esisteva già il concetto di *sostituzione e cancellazione* di una SDO precedentemente inviata: vale a dire che, se un utente ritiene di dover modificare o cancellare una SDO, autonomamente od in conseguenza di una segnalazione di errore, dovrà manifestare la sua volontà indicando nel campo 59.0 (Tipo movimento) i caratteri:

"C" per cancellazione oppure

"S" per sostituzione

il record da sostituire o cancellare viene identificato in base al Numero cartella, tra le SDO inviate da uno degli Istituti appartenenti alla Struttura di Ricovero (Hsp11), o dal solo Istituto di dimissione (HSP11.Bis), se questo è abilitato alla "numerazione indipendente" delle cartelle.

Fino alla competenza 2007, se la SDO veniva inviata per la prima volta, il campo Tipo movimento doveva obbligatoriamente essere lasciato a "spazio", pena lo scarto del record.

Con la competenza 2008, tale obbligo è stato attenuato:

- rimanendo invariato il significato dei valori attribuibili al campo 59.0:
"spazio" I° invio / "S" sostituzione / "C" cancellazione
- un record, in cui il campo Tipo movimento è lasciato a "spazio", se la cartella risulta già presente in archivio, verrà respinto (non è un I° invio);
- un record inviato con il campo Tipo movimento valorizzato a "S", verrà accettato anche se la cartella non risulta già presente in archivio.

NB.: una cartella respinta in quanto "Non elaborabile" (errore Nxx), oppure cancellata (mediante invio di record con Tipo movimento "C"), deve essere considerata "non inviata", quindi verrà trattata come I° invio.

L'Assessorato comunica anticipatamente alle strutture il calendario delle tempistiche di trasmissione del flusso SDO che deve essere inviato nella competenza.

L'invio del flusso successivo alla scadenza definita, ma non oltre la scadenza annuale, viene comunque accettato e valorizzato ma considerato «fuori tempo massimo» con apposita segnalazione. In caso di invio oltre la scadenza annuale il flusso viene accettato e valorizzato in extracompetenza.

3.1 Controlli di validazione della SDO (pre-valorizzazione)

Sui dati 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.
- sulla competenza 2013 viene attivata la verifica del codice fiscale 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; l'elenco delle SDO annullate verrà comunicato alle strutture invianti perché possano procedere alla correzione.

Quando, corretti gli errori, le SDO vengono rinviate al CSI – **entro il limite previsto e cioè entro un mese dalla data di scadenza di invio del flusso** – 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 LA CORRETTEZZA FORMALE

I controlli di correttezza formale consistono nella verifica che:

- ❑ il dato introdotto sia del formato previsto per quel campo;
- ❑ il valore introdotto sia compreso nel campo di validità previsto;
- ❑ il codice utilizzato sia corretto: se ne verifica l'esistenza nella tabella di riferimento, relativa a quel tipo di informazione.

Il 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 evidenziati nella fase di controllo formale producono una segnalazione di errore che viene comunicata all'utente e la SDO viene sempre memorizzata come "record errato".

3.1.2 LA CORRETTEZZA LOGICA

I campi, controllati formalmente, devono essere messi in relazione tra loro. Si individuano quindi gruppi logici di informazioni e si procede a controlli di Congruenza. Qualora tali controlli evidenzino anomalie, **la SDO viene trattata come errata.**

3.2 Controlli di congruità normativa

I dati che hanno superato i controlli di correttezza formale e logica ed hanno subito le successive fasi di elaborazione, compresa quella di attribuzione del DRG, vengono sottoposti ad ulteriori controlli, preliminari alla fase di valorizzazione .

Scopo di tali controlli è l'individuazione di quelle SDO che, pur contenendo informazioni sia formalmente che logicamente corrette, devono subire adattamenti ai fini della valorizzazione per rispettare precise indicazioni di legge, o per rispondere ad incontrovertibili regole di appropriatezza tecnico-scientifica sanitaria.

Tali SDO **non** costituiranno input per le successive fasi di valorizzazione . Seguiranno pertanto, il destino di ogni altro record errato: restituzione al mittente ed archiviazione fra gli "errati", in attesa della correzione da parte del compilatore.

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 (Cfr. Campo 37.0)

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 (25.0) che indica un trasferimento diretto (valori 4, 5, 6 o 7) 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 (72.0) con il codice Hsp11-Bis dove si è svolto il ricovero precedente.

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 \neq 4 o 5 o 6 o 7 o C)

allora:

se DRG \neq 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 \neq 4 o 5 o 7 o C)

allora:

se DRG \neq 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), per la verifica di tale condizione, eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate, si rimanda al paragrafo 3.3.6.

➤ 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 (25.0 provenienza assistito 4, 5, 6, 7) con ricoveri di acuzie e fissa un tetto massimo

del 20% per i ricoveri in Lungodegenza provenienti da domicilio riconosciuti economicamente dalla Regione; per la verifica di tale condizione, eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate, si rimanda al paragrafo 3.3.8

➤ 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 25.0 – 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 25.0, 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 (cfr. allegato par. 5.9, 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 (cfr. allegato par. 5.9, 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 59.0 (tipo di movimento) valorizzato a "S" entro i due mesi successivo al mese di competenza.

3.3 Controlli differiti (post-valorizzazione)

Non appena i record pervenuti al CSI superano i controlli di validazione, possono essere sottoposti alla prima valorizzazione e sono memorizzati, in modo definitivo, nell'archivio "SDO corrette".

A questo punto è possibile l'applicazione di ulteriori elaborazioni che eseguono nuovi controlli, con cadenze temporali previste dalla Regione, volte ad ottimizzare la qualità del flusso informativo di cui si tratta, per ottenere:

- dati più appropriati per una corretta analisi delle norme tariffarie,
- per un decremento delle contestazioni relative alla mobilità,
- per la valutazione di alcuni indici di appropriatezza dei ricoveri e delle dimissioni,
- per procedere a scelte programmatiche più allineate alle necessità di salute espresse dalla popolazione piemontese.

Attenzione

In conseguenza di tali controlli (che discendono dalle varie DGR che regolano il sistema di tariffazione) le valorizzazioni effettuate all'atto dell'accettazione della SDO possono subire ulteriori abbattimenti o annullamenti.

3.3.1 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**, mensilmente vengono 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 mensile, viene comunicato alle strutture invianti, che dovranno procedere alla correzione ed al rinvio, con tipo movimento 'S', come per le SDO errate respinte dall'elaborazione quotidiana del flusso dati.

3.3.2 RICOVERI RIPETUTI

Si definiscono ricoveri ripetuti quelli avvenuti nella stessa struttura di ricovero, con uguale MDC, entro 30 giorni dalla data di dimissione.

Preso atto dell'obiettivo difficoltà, per alcuni istituti di ammissione, di riconoscere un ricovero ripetuto avente le caratteristiche che comportano la decurtazione del 20% del valore del DRG (previsto dalla DGR 44-22844/97 e successive modifiche integrative e dalla DGR 31-26419 del 30.12.1998) si procede al controllo annuale dei ricoveri ordinari ripetuti su tutte le SDO corrette, pervenute da una struttura di ricovero. Per le strutture pubbliche, equiparate e definitivamente accreditate il controllo viene effettuato per le discipline di acuzie, mentre per le strutture private provvisoriamente accreditate il controllo è esteso a tutte le discipline:

Se si rinvengono nell'archivio due o più schede relative alla stessa struttura di ricovero, che presentano:

- **Regime di ricovero = ordinario e**
- **Uguale (codice fiscale, o cognome e nome e data di nascita) e**
- **uguale MDC e**

- *data di ricovero di una scheda <= 30 giorni rispetto alla data di dimissione della scheda immediatamente precedente,*

allora il ricovero è ripetuto e si applica l'abbattimento del 20% della tariffa.

Fanno eccezione per gli istituti privati provvisoriamente accreditati, e quindi non si considerano "ricoveri ripetuti" che portano ad un abbattimento, i seguenti casi:

- ❑ ricovero in regime di post-acuzie (U.O. disciplina 28, 56, 60 e 75) con precedente ricovero in U.O. per acuti e viceversa.
- ❑ ricovero in regime di post-acuzie (U.O. disciplina 28, 56, 60 e 75) con precedente ricovero in U.O. di post-acuzie con discipline diverse per i due episodi di ricovero.
- ❑ ricovero successivo in casa di cura per post-acuzie a seguito di ricovero in struttura pubblica per intervento maggiore di 1 giorno. In questo caso particolare, che riguarda i ricoveri in U.O. di post-acuzie, se la permanenza nella struttura pubblica è uguale o maggiore di un giorno (viene considerata la notte di assenza), il paziente deve essere dimesso; la nuova SDO, al rientro del paziente dovrà avere «provenienza assistito» = 4 e «flag ricovero ripetuto» = 'N'.

Fanno analogamente eccezione, non vengono considerate "ricoveri ripetuti", le SDO dei ricoveri in U.S.V. con provenienza assistito = B.

3.3.3 RICOVERI CONTEMPORANEI

Onde evitare l'evenienza che un paziente risulti contemporaneamente ricoverato nella stessa struttura od in diverse strutture di ricovero, si procede al 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

3.3.4 RICOVERI CON SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI ONCOLOGICI AD ALTO COSTO

La Regione con D.G.R. 29.03.2010 n. 97-13750 "Modifiche ed integrazioni alla DGR 44-2139 del 7 febbraio 2006 riguardante la tariffazione dell'attività di day hospital con l'uso di farmaci ad alto costo" ha dato alle strutture l'opportunità di rendicontare nel tracciato File F i farmaci oncologici ad alto costo somministrati in regime di ricovero e ambulatoriale.

Le SDO, dei ricoveri interessati, sono quelle con DRG **410** - Chemioterapia, con diagnosi **V672, V58.11, V58.12** e procedure **99.25, 99.28**

Nel tracciato del flusso "SDO", è stato introdotto un apposito flag (campo 97.0) con cui si indica se il farmaco oncologico è stato rendicontato nel File F.

Nel caso di farmaco rendicontato (valore del flag 'S') l'importo della cartella viene ridotto del 90% rispetto al valore previsto per il DRG 410.

Periodicamente, tutte le cartelle con gli stessi requisiti (*DRG 410 e procedure 99.25 o 99.28*) e con il campo 97.0 valorizzato ad 'N', verranno sottoposte ad un ulteriore controllo, che incrociando i dati con quelli del flusso F evidenzierà le cartelle per cui il farmaco è stato rendicontato nel File F: queste SDO verranno parimenti abbattute del 90%.

3.3.5 VERIFICHE SULL'APPROPRIATEZZA

Regione con D.G.R. 03.08.2011 n. 4-2495 “Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza” (successivamente modificata, in parte, da Nota regionale 26.06.2012 n. 18035e da D.G.R. 18.12.2012 n. 33-5087) ridefiniva quali DRG devono essere sottoposti all'analisi, le quote massime previste per le diverse tipologie di ricoveri con tali DRG e gli abbattimenti da applicare in caso di superamento dei valori soglia prefissati

In generale i DRG soggetti all'analisi si possono raggruppare in base all'algoritmo di verifica ed al metodo di abbattimento che vengono applicati:

A1 - DRG di tipo chirurgico per ricoveri che dovrebbero essere eseguiti in regime diurno; per ognuno di questi DRG viene fissata una percentuale massima di RO, con più di un giorno di degenza, valorizzabili a tariffa piena, sul totale dei ricoveri (RO + DH) eseguiti da ogni struttura.

Le SDO di RO, con più di un giorno di degenza, che superano la soglia vengono abbattute valorizzandole come RO di un giorno.

A2 - DRG di tipo chirurgico, per ricoveri con prestazioni che vengono eseguite anche ambulatorialmente (n.b.: le Prestazioni ambulatoriali – PA d'ora in avanti - sono rilevate mediante il flusso dati C); per ognuno di questi DRG vengono fissate due soglie percentuali, sul totale delle prestazioni eseguite (RO + DH + PA) in ogni struttura: la prima soglia è la percentuale minima di PA attese, la seconda (analoga a quella del gruppo A1) fissa la quantità di RO valorizzabili a tariffa piena.

Se le PA non raggiungono la prima soglia, un numero di SDO (preferibilmente di DH) sufficiente a raggiungerla vengono valorizzate con la tariffa riconosciuta per le PA nel flusso C.

Le SDO di RO, con più di un giorno di degenza, che superano la seconda soglia vengono abbattute valorizzandole come RO di un giorno.

B - DRG di tipo medico, per ognuno dei quali la delibera fissa il tasso di ospedalizzazione atteso, sul totale della popolazione.

Per ogni ASL e per ognuno di questi DRG, viene calcolato il tasso di ospedalizzazione effettivo: tutte le SDO, con ricoveri di pazienti residenti nell'ASL e DRG con tasso di ospedalizzazione effettivo superiore alla soglia prevista, vengono abbattute del 20% per la quota di sfioramento.

C - DRG 410, viene fissata la percentuale massima di accessi in DH valorizzabili a tariffa piena sul totale di accessi in DH e PA di chemioterapia (rilevate mediante il flusso C); inoltre viene fissata una soglia massima delle giornate di RO valorizzabili a tariffa piena, sul totale delle giornate di RO, accessi in DH e PA.

Dall'analisi sono esclusi i ricoveri degli ospedali infantili Regina Margherita e Cesare Arrigo.

Gli accessi in DH che eccedono la prima soglia, vengono abbattuti del 90%. Analogo abbattimento si applica alle SDO di RO quando le giornate di RO eccedono la seconda soglia.

L'elaborazione esegue le verifiche di appropriatezza delle SDO presenti in archivio e determina quali SDO devono essere sottoposte ai diversi abbattimenti per DRG. Come ultima fase, può essere eseguita una rivalorizzazione che applica gli abbattimenti risultanti.

L'elaborazione può essere eseguita più volte durante il periodo di competenza, su richiesta della Regione, i risultati delle verifiche di appropriatezza vengono pubblicati su Extranet. Si osserva che durante il periodo di competenza gli eventuali abbattimenti applicati dalle rivalorizzazioni, hanno carattere provvisorio in quanto ad ogni elaborazione successiva, variando la base dati di partenza, possono variare le SDO soggette all'abbattimento o gli abbattimenti applicati.

Dopo la chiusura della competenza, le verifiche di appropriatezza vengono eseguite sull'archivio consolidato e la rivalorizzazione successiva applica gli abbattimenti definitivi.

3.3.6 CONTINUITÀ ACUZIE / POST-ACUZIE DEI RICOVERI RRF

La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039, sottolinea che i ricoveri in RRF dovrebbero essere in continuità con ricoveri precedenti; le possibili casistiche sono schematizzate nella seguente tabella:

Tipologia ricovero		In continuità con precedente	Intervallo massimo tra i due ricoveri	Eccezioni: ricoveri ammessi senza continuità
RO	RRF II° livello	RO / DH di acuzie	7 gg	20% del totale annuo dal domicilio per struttura
	RRF I° livello	RO / DH di acuzie	7 gg	20% del totale annuo dal domicilio + 10% del totale annuo da RRF II° livello
DH	RRF II° livello (escluso MDC 1)	RO / DH di acuzie	10 gg	20% del totale annuo dal domicilio
	RRF III° livello (28 / 75)	RO in RRF stessa disciplina	---	MDC 1

Per quanto riguarda i ricoveri diurni in RRF di III° livello si noti che:

- se hanno un DRG dell'MDC 1 non sono soggetti al controllo di continuità con un ricovero precedente;
- invece quelli con altri MDC, sono soggetti al controllo, ma non esiste un limite massimo all'intervallo di giorni tra le due SDO.

Si fa osservare che, per le SDO di RRF, con data ricovero dal 1/07/2013, è possibile inserire nel campo Provenienza assistito il valore 'C' ad indicare un precedente ricovero connesso all'attuale, benché non si tratti di un trasferimento diretto. In entrambi i casi (trasferimento diretto o ricovero precedente nell'intervallo di giorni consentiti) il campo Istituto di cura di provenienza (72.0) deve essere valorizzato con il codice dell'Istituto dove si è svolto il ricovero precedente.

Alla chiusura della competenza, verrà eseguita un'elaborazione che verificherà per ogni SDO di RRF (con data ricovero successiva al 1/07/2013) l'effettiva presenza in archivio del ricovero precedente, tra le SDO inviate dall'istituto indicato nel campo 72.0, nell'intervallo di giorni stabilito (n.b.: il calcolo inizia dal giorno di dimissione del ricovero precedente; ad esempio: un paziente dimesso il 1 luglio rispetterà un vincolo di continuità di 7 giorni se sarà nuovamente ricoverato entro l'8 di luglio).

I ricoveri di RRF senza continuità, cioè quelli per cui la SDO precedente non verrà identificata e quelli senza indicazione dell'Istituto del ricovero precedente verranno conteggiati ed eventualmente, al superamento della quota di eccezioni ammesse, valorizzati a 0.

Si osserva che, per evitare l'inclusione automatica tra la SDO valorizzabili a zero, è necessario compilare i campi 25.0 e 72.0, anche nel caso in cui il ricovero precedente sia avvenuto fuori regione (basta il solo codice HSP, lasciando il codice bis a '00'). A fronte del codice di un ospedale fuori regione, la procedura considererà valido "d'ufficio" il ricovero in RRF (le aziende responsabili dei controlli potranno eseguire ulteriori verifiche direttamente sulla documentazione allegata alla cartella cartacea di tali ricoveri).

3.3.7 AMMISSIBILITÀ DEI RICOVERI IN DH DI RRF

La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039, stabilisce che gli accessi, di uno stesso paziente, per DH in RRF di II° livello possono essere riconosciuti economicamente in numero limitato e fissa come massimo annuale il limite di 30, per l'MDC 1, e di 15 per gli altri MDC.

Tale limitazione, valida per i ricoveri iniziati dal 1/07/2013, viene verificata

- sia per ogni SDO: il numero di accessi in DH indicato nel campo 54.0, può superare il limite annuale di giorni riconoscibili; pertanto la procedura di valorizzazione non valorizza le giornate in eccesso;
- sia sull'insieme delle SDO della competenza annuale, con data ricovero successiva al 1/07/2013, eseguendo una apposita elaborazione differita.

La procedura che esegue la verifica sulla competenza, somma il numero delle giornate di accesso in DH delle SDO con le seguenti caratteristiche

- data ricovero \geq 1/07/2013;
- parità di codice fiscale;
- disciplina 56 e parità di livello;
- parità di MDC

quindi le giornate così calcolate, che risultano superare il limite massimo fissato dalla delibera vengono valorizzate a 0.

3.3.8 CONTINUITÀ ACUZIE / POST-ACUZIE DEI RICOVERI IN LUNGODEGENZA

La D.G.R. 2.07.2013 n. 14-6039 e s.m.i., indica che i ricoveri in Lungodegenza dovrebbero avvenire in continuità (diretta) con un precedente ricovero in acuzie, pertanto il campo 25.0 Provenienza assistito dei ricoveri nelle U.O. della disciplina 60 dovrebbe indicare un trasferimento diretto (valori 4, 5, 6 o 7).

Ammette anche i ricoveri in disciplina 60, provenienti dal domicilio, ma stabilisce che vengano riconosciuti economicamente fino a una quota massima del 20% del totale.

La procedura, che viene eseguita alla chiusura della competenza, esegue i conteggi, struttura per struttura dei

- Ricoveri in disciplina 60

e tra questi di quelli

- con Provenienza assistito \neq 4, 5, 6 o 7

le SDO di quest'ultimo tipo, che superano il 20% del totale, vengono valorizzate a 0.

4. LE PROCEDURE DI VALORIZZAZIONE

Come già anticipato nel paragrafo 1.2 - Ambito di applicazione per l'intero documento, si ribadisce che il presente capitolo descrive le procedure di valorizzazione applicate alle Schede di Dimissione Ospedaliera di pazienti ricoverati **a partire dal 1 luglio 2013**; per i ricoveri precedenti si rimanda alla precedente versione del documento (settembre 2013).

Con valorizzazione si intende l'attribuzione di un importo alla SDO.

La valorizzazione avviene in fase di acquisizione – in questo caso si parla di **prima valorizzazione** – e successivamente, per effetto dei controlli differiti illustrati nei precedenti paragrafi – e allora si parla di **rivalorizzazioni**.

I paragrafi che seguono descrivono tali procedure di valorizzazione.

Si ribadisce che i "report" prodotti dal Sistema Informativo rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dalle strutture e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente; tali report hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

4.1 Le tabelle per la valorizzazione

Il nuovo sistema di valorizzazione delle SDO si allinea ai sistemi tariffari vigenti sia a livello ministeriale che interregionale per la gestione della mobilità e quindi abroga (limitatamente alle SDO relative a ricoverati dal 1 luglio 2013) il sistema dei pesi finora utilizzato.

In particolare prende a riferimento le tariffe massime di cui al D.M. 18.10.2012 e i principi ivi richiamati in particolare agli artt. 4 e 5 e recepisce l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per quanto attiene al riferimento del riconoscimento tariffario di importi aggiuntivi rispetto alle tariffe massime con i limiti e le condizioni previsti dallo stesso D.M. al comma 4 dell'articolo 2.

Nella valorizzazione dell'episodio di ricovero diventa quindi determinante la tariffa definita nella DGR n. 14-6039 e s.m.i.

Le tabelle di riferimento, utilizzate dal Sistema di valorizzazione, sono quelle riportate nell'allegato al presente documento e alla nota attuativa regionale della D.G.R n. 14-6039 del 2 luglio 2013.

Queste tabelle esplicitano tutte le tariffe contenute – in forma esplicita o implicita – negli allegati 3) 4) e 5) della DGR (in particolare per determinare le diverse tariffe presenti nell'allegato, si fa riferimento al concetto di differenziazione tariffaria per livello di accreditamento, di cui al paragrafo 1).

Nei paragrafi seguenti vengono descritti gli algoritmi che si adottano per calcolare la valorizzazione indipendentemente dagli importi effettivi delle tariffe applicate.

Il dettaglio degli importi delle tariffe, pur facendo parte integrante del disciplinare del flusso SDO, è stato inserito in un allegato perché le tariffe possono avere validità per un periodo diverso da quello delle norme descritte nel presente documento.

In generale, i calcoli descritti nel seguito, verranno eseguiti con gli importi delle tariffe valide alla Data di dimissione della SDO. Per quanto riguarda gli incrementi tariffari riconosciuti a fronte di trapianti, si applicano gli importi validi alla data dell'intervento caratterizzante il trapianto (nel caso di più interventi, si utilizza la data dell'intervento principale).

Le tariffe riconosciute sono in Euro, per tanto espresse con due decimali e tutti i calcoli eseguiti vengono arrotondati al centesimo di Euro.

4.2 Algoritmo di valorizzazione

Sono **oggetto di valorizzazione** tutte le SDO di Istituti pubblici ed equiparati o di Istituti privati provvisoriamente o definitivamente accreditati che, prese in carico dal Sistema Informativo, ai controlli sono risultate prive di errori formali, logici e di congruità normativa.

Le SDO di Istituti privati non accreditati sono acquisite al sistema ma **non valorizzate**; lo stesso avviene per le SDO con onere di degenza 4.

L'anno di **competenza della prestazione** è l'anno solare di **dimissione**, per tutti Istituti di ricovero.

Le schede pervenute dopo la data di chiusura annuale vengono accettate e valorizzate, ma evidenziate con flag "**extra competenza**", che le identifica come SDO non addebitabili ai fini della mobilità regionale (se la cartella è già presente nell'archivio "in competenza", la versione "extra competenza" non disabilita la precedente).

Per **ricovero di 1 giorno** si intende, di norma, un ricovero ordinario con permanenza del paziente per una notte. Se la dimissione avviene nella stessa data del ricovero allora, nel caso di ricoveri in acuzie, il valore calcolato dei giorni di degenza viene forzato a 1 e viene applicata la tariffa appositamente definita.

Nel caso di decesso o trasferimento avvenuto nelle prime 24 ore si applica la tariffa corrispondente alla colonna appositamente definita dalla DGR.

Per poter effettuare i calcoli e determinare il valore della prestazione, sia essa di acuzie o di post-acuzie, occorre premettere alcune definizioni che verranno utilizzate nei paragrafi che seguono:

- **Tariffa entro soglia (TES)** è la tariffa che si applica, nei casi previsti, ai *giorni entro soglia*
- **Tariffa oltre soglia (TOS)** è la tariffa che si applica, nei casi previsti, ai *giorni oltre soglia*

In alcune casistiche previste dalla DGR la **tariffa entro soglia** può essere differenziata in tre sottotipologie, che convenzionalmente definiremo come segue:

- **Tariffa entro soglia 1 (TES1)**: è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari con degenza superiore ad 1 giorno
- **Tariffa entro soglia 2 (TES2)**: è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari con degenza di 1 giorno e riferiti a *pazienti trasferiti o deceduti*
- **Tariffa entro soglia 3 (TES3)**: è la tariffa che si applica ai ricoveri ordinari o diurni con degenza di 1 giorno (e non riconducibili alla casistica precedente)

Le tariffe *entro* e *oltre soglia* sono contenute nelle varie tabelle allegate alla DGR.

I criteri per l'individuazione della corretta tariffa variano in funzione delle diverse casistiche e saranno descritti nei paragrafi seguenti.

- **Giorni degenza** = *data di dimissione* – *data ricovero* (se le 2 date coincidono, allora *giorni degenza* = 1)
- **Giorni effettivi** = *giorni degenza* - *giorni di permesso* – *giorni di trasferimento breve*
- **Giorni entro soglia** = minimo (*giorni effettivi*, *giorni soglia*)
(dove i *giorni soglia* sono definiti dalla DGR, nelle varie tabelle allegate)
- **Giorni oltre soglia** = *giorni effettivi* - *giorni soglia*

I *giorni di trasferimento breve*, ammessi solo per ricoveri in post-acuzie, sono quelli disciplinati dalla procedura descritta nel paragrafo 2.5.2 - Regole di compilazione nei casi di "trasferimento breve" da post-acuzie a pronto soccorso, cui si rimanda.

Per quanto riguarda il DRG, la versione del Sistema di Classificazione Diagnosis Related Groups adottata per la sua determinazione è la 24°, come nella *Vecchia Valorizzazione*.

4.2.1 RICOVERI DI ACUZIE

Il prospetto che segue illustra per ciascuna casistica la formula usata per il calcolo del Valore della SDO, la tabella di riferimento ed il criterio utilizzato per individuare all'interno di essa i parametri necessari per il calcolo (tipicamente tariffe e soglie).

Caso	Formula per il calcolo del Valore della SDO	Tabella di riferimento	Criterio di utilizzo della tabella di riferimento
RO, giorni effettivi > 1	$Valore = TES1 + (TOS * \text{Giorni Oltre Soglia})$	Acuzie o Acuzie NP	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
RO, giorni effettivi = 1, modalità di dimissione "1-Deceduto" o "6-Trasferito"	$Valore = TES2$	Acuzie o Acuzie NP	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
giorni effettivi = 1, RO	$Valore = TES3$	Acuzie o Acuzie NP	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
DH, tipo DRG = "C"	$Valore = TES3$	Acuzie	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
DH, DRG = 124, 125 o 323 (tipo DRG = "M")	$Valore = TES3$	Acuzie	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
DH, tipo DRG = "M" e DRG diverso da 124, 125 o 323	$Valore = TES3 * \text{numero di accessi}$	Acuzie o Acuzie NP	In base a DRG (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
RO di 1 giorno o DH, DRG = 323 e procedura "98.51 Litrotipsia rene uretere"	$Valore TES3$	Acuzie	Tabella di eccezioni, in base a procedura e DRG
RO di 1 giorno o DH, DRG = 323	$Valore TES3$	Acuzie	Tabella di eccezioni, in base a procedura e DRG

Esempi:

- SDO di acuzie, RO, DRG 001, giorni effettivi = 56, istituto accreditato in fascia C
 - Giorni soglia = 53
 - Giorni entro soglia = 53
 - Giorni oltre soglia = 3
 - TES1 = 12.822,25
 - TOS = 266,90
 - Valore = $12.822,25 + (266,90 * 3) = 12.822,25 + 800,70 = 13.622,95$

- SDO di acuzie, DH, DRG 009, tipo DRG = "M", accessi = 2, istituto accreditato in fascia A
 - Valore = $329 * 2 = 658,00$

4.2.1.1 REMUNERAZIONI SOSTITUTIVE PER ENDOPROTESI O PROCEDURE AD ALTO COSTO

Per l'individuazione delle tariffe sostitutive relative a endoprotesi o interventi si utilizza la tabella allegata al presente documento.

Si rimanda anche alle tabelle di cui ai par. 5.11 e 5.12 per le specifiche relative alle modalità di riconoscimento di queste casistiche e degli istituti e reparti autorizzati.

4.2.1.2 REMUNERAZIONI AGGIUNTIVE PER ENDOPROTESI

Per l'individuazione delle tariffe aggiuntive relative a endoprotesi si utilizza la tabella allegata al presente documento e riportate nella nota attuativa regionale di accompagnamento.

Si rimanda anche alla tabella di cui al par. 5.11 per le specifiche relative alle modalità di riconoscimento di queste casistiche e degli istituti e reparti autorizzati.

Si ricorda che nel solo caso della protesi cocleare l'importo potrà essere raddoppiato nel caso doppio impianto, opportunamente indicato nel campo quantità (campo 50.2).

4.2.1.3 REMUNERAZIONI DEI TRAPIANTI

Le prestazioni di trapianto di organo e tessuto da cadavere vengono di norma remunerate attraverso il DRG specifico tranne in alcuni casi in cui è necessario identificare la corretta remunerazione in relazione ai costi che si devono sostenere per la loro effettuazione.

Vengono qui riportati i parametri per l'identificazione dei casi per cui la DGR prevede il riconoscimento di tariffe sostitutive:

Trapianto	Criterio di identificazione
Cornea	DRG 042 Codice intervento: 11.60, 11.61, 11.62, 11.63, 11.64, 11.69
Pancreas isolato	DRG 191 o 192 o 292 o 293 Codice intervento 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83
Cellule staminali limbari	DRG 042 diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9 intervento principale: 11.59 ed intervento secondario 11.99
Midollo autologo	DRG 481 Codice intervento: 41.00 o 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09
Midollo allogenico	DRG 481 Codice intervento: 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08

4.2.1.4 CASI DI VALORIZZAZIONE A ZERO DELLA SDO

La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da sangue periferico e quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti i record relativi a ricoveri per prelievo (DRG 467), con presenza contemporanea della diagnosi V593 e dell'intervento 4191 o diagnosi V5902 ed intervento 9979 inviati con onere della degenza = '9', sono valorizzati a zero.

4.2.2 DISCIPLINE DI POST-ACUZIE 28, 56, 75, 60 E NEUROPSICHIATRICA

La tabella che segue illustra per ciascuna casistica la formula usata per il calcolo del Valore della SDO, la tabella di riferimento ed il criterio utilizzato per individuare all'interno di essa i parametri necessari per il calcolo (tipicamente tariffe e soglie).

Caso	Formula per il calcolo del Valore della SDO	Tabella di riferimento	Criterio di utilizzo
Riabilitazione I liv. (56), RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	56 I liv.	In base a disciplina e MDC
Riabilitazione II liv. (56), RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	56 II liv.	In base a MDC (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione a carattere neuropsichiatrico, RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	56 NP	
Riabilitazione II liv. (56), DH	Valore = TES * accessi entro soglia fino al tetto massimo previsto per MDC dalla DGR	56 II liv.	In base a MDC (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (28), RO	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (28), DH	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (75), RO,	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina, tipologia di reparto (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione III liv. (75), DH,	Valore = Tariffa * giorni effettivi	RRF III liv.	In base a disciplina, tipologia di reparto (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Lungodegenza, RO	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Lungodegenza, RO, USV	Valore = Tariffa * giorni effettivi	Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Lungodegenza a carattere neuropsichiatrico	Valore = (TES * Giorni entro Soglia) + (TOS * Giorni oltre soglia)	Lungodegenza	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)
Riabilitazione I° II° livello, NP e lungodegenza RO, con diagnosi	Valore = Tariffa * giorni effettivi	56 I liv., 56 II liv., 56 NP, RRF III liv.,	In base a disciplina, subcodice (riga) e fascia di accreditamento (colonna)

V62.5		Lungodegenza	
-------	--	--------------	--

Attenzione

- Gli eventuali giorni di permesso durante i ricoveri in post acuzie vengono riconosciuti agli istituti privati al 50% della TES corrispondente.
- Gli eventuali giorni di trasferimento breve in Pronto Soccorso durante i ricoveri in post acuzie vengono riconosciuti agli istituti privati e pubblici equiparati al 50% della TES corrispondente.

4.2.3 REGIME DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La tabella che segue illustra per ciascuna casistica la formula usata per il calcolo del Valore della SDO, la tabella di riferimento ed il criterio utilizzato per individuare all'interno di essa i parametri necessari per il calcolo (tipicamente tariffe e soglie).

Caso	Formula per il calcolo del Valore della SDO	Tabella di riferimento	Criterio di utilizzo
Ricovero domiciliare (per giornata)	Valore = Tariffa * giorni effettivi	Osp.Domiciliare	In base a MDC (riga)

4.3 Abbattimenti della valorizzazione

Alcuni degli abbattimenti descritti nel seguito sono conseguenti alle caratteristiche della SDO ed avvengono in ogni valorizzazione o rivalorizzazione della SDO. Altri derivano dall'esecuzione dei controlli differiti e possono essere applicati o meno a seconda dell'universo delle SDO considerate dal controllo ai fini del calcolo.

4.3.1 PER LIBERA PROFESSIONE

L'eventuale abbattimento avviene al momento dell'elaborazione della SDO e in tutte le rivalorizzazioni successive; l'importo del ricovero viene ridotto nella misura corrispondente alla quota di abbattimento identificata dal campo 62.0 (50%, 75% o 100%).

A titolo esemplificativo, una SDO con codice libera professione = 2 viene riconosciuta al 25% in quanto il 75% è carico del paziente.

4.3.2 RICOVERI RIPETUTI

L'eventuale abbattimento avviene al momento dell'elaborazione della SDO se nel campo 49.0 è presente il valore "R" o al momento della rivalorizzazione conseguente ai controlli post-elaborazione (si veda par. 3.3.2 sui controlli post-valorizzazione).

4.3.3 RICOVERI CONTEMPORANEI

L'eventuale abbattimento (del 100%) avviene al momento dei controlli differiti per i casi che risultassero ancora sovrapposti (si veda par. 3.3.3 sui controlli differiti).

4.3.4 CHEMIOTERAPIA CON FARMACO AD ALTO COSTO RILEVATO TRAMITE FLUSSO F

L'eventuale abbattimento (del 90%) avviene

- al momento dell'elaborazione della SDO, se nel campo 97.0 è presente il valore "S" che identifica i casi in cui il farmaco ad alto costo è già stato addebitato tramite flusso F
- oppure in fase di rivalorizzazione, conseguente all'elaborazione dei controlli incrociati sul flusso F (si veda par. 3.3.4 sui controlli post-valorizzazione).

4.3.5 CONTINUITÀ ACUZIE-POST ACUZIE

L'eventuale abbattimento, della SDO di post-acuzie, avviene al momento dei controlli post-elaborazione nei casi in cui:

- la procedura non sia in grado di identificare un ricovero precedente in continuità con il ricovero in RRF (si veda par. 3.3.6 sui controlli post-valorizzazione);
- la SDO venga identificata come Lungodegenza, proveniente dal domicilio (si veda par. 3.3.8 sui controlli post-valorizzazione)

In entrambi i casi, se viene superata la soglia massima di casi ammessi, le SDO in eccesso vengono valorizzate a 0.

4.3.6 TETTO MASSIMO RICOVERI IN DH DI RRF

L'eventuale abbattimento della SDO di DH in RRF, avviene

- al momento dell'elaborazione della SDO, se il numero dei giorni di presenza in DH (campo 54.0) supera il tetto massimo consentito per anno;
- oppure al momento della rivalorizzazione conseguente ai controlli post-elaborazione nel caso in cui sussistano le condizioni illustrate nel paragrafo (si veda par. 3.3.7 sui controlli differiti).

4.3.7 INAPPROPRIATEZZA DRG LEA MEDICI

L'abbattimento avviene al momento della rivalorizzazione conseguente alle verifiche di appropriatezza delle SDO con DRG LEA (si veda par. 3.3.5 sui controlli differiti).

4.4 Casi soggetti a tariffe aggiuntive non abbattibili

Nel caso dei trapianti la DGR prevede delle **tariffe aggiuntive non abbattibili** da riconoscere all'istituto sede di trapianto per le attività di prelievo e trasporto dell'organo.

Viene qui riportato l'elenco dei trapianti (con relativo DRG) per cui la DGR prevede l'applicazione di tali tariffe, il cui valore è riportato nel tariffario allegato al presente documento.

Trapianto	Criterio di identificazione
Rene	DRG 302
Cuore	DRG 103
Fegato e/o intestino	DRG 480
Pancreas	DRG 513 Oppure DRG 191 o 192 o 292 o 293 associato a codice intervento 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83
Pancreas e rene	DRG 512
Polmone	DRG 495
Cellule staminali limbari	DRG 042 diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9 intervento principale: 11.59 ed intervento secondario 11.99
Midollo autologo	DRG 481 Codice intervento: 41.00 o 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09

4.5 La determinazione dell'importo

A questo punto è possibile la determinazione dell'importo.

Importo totale della SDO = valore del ricovero (eventualmente abbattuto) + eventuale **tariffa aggiuntiva non abbattibile**

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

5. ALLEGATI

CONTROLLI APPLICATI AL TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

5.1 Tracciati record SDO

5.1.1 PREMESSA

Le informazioni contenute nella scheda SDO vengono inviate mediante 2 distinti tracciati record che riguardano essenzialmente:

1. Record “anagrafico”:

- l'accettazione del paziente (dati anagrafici, sociodemografici, residenza)

2. Record “Dati clinici”:

- l'anagrafica dell'Istituto erogante le prestazioni in regime di ricovero
- i movimenti del paziente all'interno della struttura (iter sanitario)
- dati sanitari alla dimissione

I due record sono logicamente collegati dal numero di cartella: la numerazione delle cartelle, ordinariamente, è gestita in modo univoco per tutti gli Istituti (HSP11.Bis) appartenenti ad una stessa Struttura di ricovero (Hsp11).

NB.: gli Istituti possono essere autorizzati a gestire le proprie cartelle con una “numerazione indipendente” dagli altri istituti della stessa struttura: in tal caso l'univocità del numero cartella è richiesta solo tra le SDO inviate dall'Istituto stesso (HSP11.Bis).

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)

5.1.2 DESCRIZIONE DEL TRACCIATO

Le otto colonne della tabella riportano le seguenti informazioni:

Numero Campo:

il primo gruppo di 2 cifre – seguite da un punto – indica il numero progressivo del campo, da 01 a 62. La prima cifra dopo il punto indica l'esistenza di eventuali "sottocampi" (ad esempio: il campo **11.0** = DATA DI NASCITA è articolato in tre sottocampi **11.1** = GIORNO DI NASCITA; **11.2** = MESE DI NASCITA; **11.3** = ANNO DI NASCITA). Può esistere un'ulteriore sottoclassificazione del campo, indicato da un'altra cifra, dopo un secondo "punto" (ad esempio: Campo **29.0** = TRASFERIMENTO 1; sottocampo **29.1** = DATA TRASFERIMENTO 1; sotto-sottocampo **29.1.1** = GIORNO TRASFERIMENTO 1).

Nome Campo:

Termine ufficiale che identifica il campo.

Tipo:

definisce il campo quale *alfabetico*, od *alfanumerico*, o *numerico*.

Lunghezza:

numero dei caratteri del campo.

Posizione da:

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

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

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.

Privati non accreditati:

“NR” in questa posizione indica che il campo non ha rilevanza per i soggetti privati non accreditati. Su di esso non verrà effettuato alcun controllo.

Obbligatorietà:

Se un campo è etichettato come "obbligatorio" (OBB), in ogni caso esso dev'essere compilato, con il valore corretto, scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE".

E' ovvio che, qualora un evento previsto in un campo della SDO, non si verifichi, esso dovrà essere riempito a "spazi" o a "zeri", secondo quanto previsto dalle regole generali di compilazione (se il campo è AN, dovrà contenere tanti "spazi" e se è N tanti "zeri" quanti sono i caratteri previsti per quel campo).

ESEMPIO 1: se non si sono verificati trasferimenti, allora tutti i campi TRASFERIMENTO N" saranno riempiti, ognuno, con 12 "spazi" (8 per la data trasferimento e 4 per l'U.O. di trasferimento).

ESEMPIO 2: se non sono state usate protesi, il campo 50.0 (PROTESI 1) sarà così riempito:

50.1 (CODICE PROTESI) = 3 "spazi"

50.2 (QUANTITA' PROTESI) = 0

50.3 (COSTO UNITARIO PROTESI) = 000000

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.1.3 IL TRACCIATO RECORD “ANAGRAFICO”

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	
01.0	Tipo record	AN	1	1	1	Indica scheda nosologica di ricovero		OBB
03.0	ASL territoriale	AN	3	2	4	Azienda Sanitaria territoriale dove è ubicata la struttura erogante		OBB
04.0	Istituto di cura							
04.1	Codice Struttura ricovero	AN	6	5	10	Codice HSP11 della struttura di ricovero		OBB
04.2	Sub-codice Istituto di dimissione	AN	2	11	12	Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero		OBB
05.0	Numero scheda							
05.1	Anno riferimento	AN	4	13	16	Anno del ricovero espresso con 4 cifre.		OBB
05.2	Numero cartella	AN	6	17	22	Progressivo numerico della cartella		OBB
06.0	Cognome	A	20	23	42		NR	OBB
07.0	Nome	A	15	43	57		NR	OBB
08.0	Codice Fiscale	AN	16	58	73			OBB
09.0	Sesso	AN	1	74	74			OBB
10.0	Provincia e Comune di nascita	AN	6	75	80			OBB
11.0	Data di nascita							
11.1	gg nascita	AN	2	81	82			OBB
11.2	mm nascita	AN	2	83	84			OBB
11.3	aaaa nascita	AN	4	85	88			OBB
12.0	Stato civile	AN	1	89	89			OBB
13.0	Cittadinanza	AN	3	90	92	Nazionalità del ricoverato.		OBB
14.0	Regione di residenza	AN	3	93	95	Regione/Stato estero di residenza del ricoverato.		OBB
15.0	Provincia e Comune di residenza	AN	6	96	101	Provincia e Comune, o Nazione in cui risiede legalmente il ricoverato.		OBB
16.0	ASL di residenza	AN	3	102	104	Nel caso di ricoverato residente in Italia, è la ASL cui appartiene il comune di residenza.		OBB
18.0	Istruzione	AN	1	105	105			OBB
19.0	Condizione professionale attuale	AN	1	106	106			OBB
20.0	Ultima professione	AN	30	107	136			OBB
21.0	Attività economica principale	AN	2	137	138			OBB
22.0	Posizione nella professione	AN	1	139	139			OBB
59.0	Tipo movimento	AN	1	140	140	Valori possibili: spazio – I° invio C – Cancellazione S – Sostituzione		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	
80.0	TEAM – ID Cittadino	AN	20	141	160	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
81.0	TEAM – Codice istituzione competente	AN	28	161	188	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
82.0	TEAM – Numero identificazione	AN	20	189	208	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
83.0	TEAM – Data scadenza	AN	8	209	216	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
84.0	Qualifica beneficiario	AN	1	217	217	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
85.0	Codice riferimento normativo	AN	4	218	221	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
86.0	Codice attestato	AN	4	222	225	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
87.0	Filler	AN	25	226	250			

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

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

- Struttura di ricovero (04.1)
- Numero scheda (05.0)
- Tipo movimento (59.0)

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

5.1.4 IL TRACCIATO “DATI CLINICI”

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	Osp. a dom.	
01.0	Tipo record	AN	1	1	1	Indica scheda nosologica di ricovero			OBB
02.0	Regime di ricovero	AN	1	2	2	Indica il regime di ricovero			OBB
03.0	ASL territoriale	AN	3	3	5	Azienda Sanitaria territoriale dove è ubicata la struttura erogante			OBB
04.0	Istituto di cura								
04.1	Codice Struttura ricovero	AN	6	6	11	Codice HSP11 della struttura di ricovero			OBB
04.2	Sub-codice Istituto di dimissione	AN	2	12	13	Sub-codice HSP11-bis dell’Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero			OBB
05.0	Numero scheda								
05.1	Anno riferimento	AN	4	14	17	Anno del ricovero espresso con 4 cifre.			OBB
05.2	Numero cartella	AN	6	18	23	Progressivo numerico della cartella			OBB
17.0	Onere degenza	AN	1	24	24				OBB
23.0	U.O. di ammissione					UO di ammissione per il ricovero ordinario o di Day-Hospital della struttura di ricovero	NR	NR	OBB
23.1	disciplina	AN	2	25	26	Disciplina ospedaliera dell’Unità Operativa.	NR	NR	OBB
23.2	divisione	AN	2	27	28	Progressivo con cui viene distinta l’U.O.	NR	NR	OBB
24.0	Data ricovero					Per il ricovero ordinario è la data del ricovero Per il ricovero diurno è la data dell’unico accesso, o del primo accesso in caso di ciclo.			OBB
24.1	Gg ricovero	AN	2	29	30				OBB
24.2	Mm ricovero	AN	2	31	32				OBB
24.3	Aaaa ricovero	AN	4	33	36				OBB
25.0	Provenienza Assistito	AN	1	37	37				OBB
26.0	Tipo ricovero ordinario	AN	1	38	38	Vale per ricovero ordinario . Se Regime di ricovero = “2” (D.H.) riempire con “spazio”.			CON
27.0	Motivo del ricovero diurno	AN	1	39	39	Vale per ricovero diurno . Se Regime di ricovero = “1” (ordinario) riempire con “spazio”.			CON

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	Osp. a dom.	
28.0	Traumatismi o intossicazioni	AN	1	40	40				
29.0	Trasferimento uno					Se Regime ricovero = '2' riempire con 12 "spazi"	NR	NR	
29.1	Data trasferimento uno						NR	NR	
29.1.1	gg trasferimento uno	AN	2	41	42		NR	NR	
29.1.2	mm trasferimento uno	AN	2	43	44		NR	NR	
29.1.3	aaaa trasferimento uno	AN	4	45	48		NR	NR	
29.2	U.O. trasferimento uno						NR	NR	
29.2.1	disciplina	AN	2	49	50		NR	NR	
29.2.2	divisione	AN	2	51	52		NR	NR	
30.0	Trasferimento due					Se Regime ricovero = '2' riempire con 12 "spazi"	NR	NR	
30.1	Data trasferimento due						NR	NR	
30.1.1	gg trasferimento due	AN	2	53	54		NR	NR	
30.1.2	mm trasferimento due	AN	2	55	56		NR	NR	
30.1.3	aaaa trasferimento due	AN	4	57	60		NR	NR	
30.2	U.O. trasferimento due						NR	NR	
30.2.1	disciplina	AN	2	61	62		NR	NR	
30.2.2	divisione	AN	2	63	64		NR	NR	
31.0	Trasferimento tre					Se Regime ricovero = '2' riempire con 12 "spazi"	NR	NR	
31.1	Data trasferimento tre						NR	NR	
31.1.1	Gg trasferimento tre	AN	2	65	66		NR	NR	
31.1.2	Mm trasferimento tre	AN	2	67	68		NR	NR	
31.1.3	Aaaa trasferimento tre	AN	4	69	72		NR	NR	
31.2	U.O. trasferimento tre						NR	NR	
31.2.1	disciplina	AN	2	73	74		NR	NR	
31.2.2	divisione	AN	2	75	76		NR	NR	
32.0	Trasferimento quattro					Se Regime ricovero = '2' riempire con 12 "spazi"	NR	NR	

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	Osp. a dom.	
32.1	Data trasferimento quattro						NR	NR	
32.1.1	gg trasferimento quattro	AN	2	77	78		NR	NR	
32.1.2	Mm trasferimento quattro	AN	2	79	80		NR	NR	
32.1.3	aaaa trasferimento quattro	AN	4	81	84		NR	NR	
32.2	U.O. trasferimento quattro						NR	NR	
32.2.1	disciplina	AN	2	85	86		NR	NR	
32.2.2	divisione	AN	2	87	88		NR	NR	
33.0	Trasferimento cinque					Se Regime ricovero = '2' riempire con 12 "spazi"	NR	NR	
33.1	Data trasferimento cinque						NR	NR	
33.1.1	gg trasferimento cinque	AN	2	89	90		NR	NR	
33.1.2	mm trasferimento cinque	AN	2	91	92		NR	NR	
33.1.3	aaaa trasferimento cinque	AN	4	93	96		NR	NR	
33.2	U.O. trasferimento cinque						NR	NR	
33.2.1	disciplina	AN	2	97	98		NR	NR	
33.2.2	divisione	AN	2	99	100		NR	NR	
34.0	Dimissione o morte								OBB
34.1	Data dimissione								OBB
34.1.1	gg dimissione	AN	2	101	102				OBB
34.1.2	mm dimissione	AN	2	103	104				OBB
34.1.3	aaaa dimissione	AN	4	105	108				OBB
34.2	U.O. di dimissione								OBB
34.2.1	Disciplina	AN	2	109	110				OBB
34.2.2	divisione	AN	2	111	112				OBB
35.0	Modalità dimissione	AN	1	113	113				OBB
36.0	Riscontro autoptico	AN	1	114	114				CON
37.0	Diagnosi principale di dimissione	AN	5	115	119	Codice ICD-9-CM Diagnosi			OBB
38.0	Diagnosi secondaria 1	AN	5	120	124	Codice ICD-9-CM Diagnosi			
39.0	Diagnosi secondaria 2	AN	5	125	129	Codice ICD-9-CM Diagnosi			
40.0	Diagnosi secondaria 3	AN	5	130	134	Codice ICD-9-CM Diagnosi			
41.0	Diagnosi secondaria 4	AN	5	135	139	Codice ICD-9-CM Diagnosi			

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	Osp. a dom.	
42.0	Diagnosi secondaria 5	AN	5	140	144	Codice ICD-9-CM Diagnosi			
43.0	Intervento chirurgico principale								
43.1	Data intervento principale								
43.1.1	gg intervento	AN	2	145	146				
43.1.2	mm intervento	AN	2	147	148				
43.1.3	aaaa intervento	AN	4	149	152				
43.2	Codice intervento principale	AN	4	153	156	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
44.0	Altro intervento 1 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data.			
44.1	Data altro intervento 1								
44.1.1	gg altro intervento 1	AN	2	157	158				
44.1.2	mm altro intervento 1	AN	2	159	160				
44.1.3	aaaa altro intervento 1	AN	4	161	164				
44.2	Codice altro intervento 1 o procedura	AN	4	165	168	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
45.0	Altro intervento 2 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data			
45.1	Data altro intervento 2								
45.1.1	gg altro intervento 2	AN	2	169	170				
45.1.2	mm altro intervento 2	AN	2	171	172				
45.1.3	aaaa altro intervento 2	AN	4	173	176				
45.2	Codice altro intervento 2 o procedura	AN	4	177	180	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
46.0	Altro intervento 3 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data			
46.1	Data altro intervento 3								
46.1.1	gg altro intervento 3	AN	2	181	182				
46.1.2	mm altro intervento 3	AN	2	183	184				
46.1.3	aaaa altro intervento 3	AN	4	185	188				

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	Osp. a dom.	
46.2	Codice altro intervento 3 o procedura	AN	4	189	192	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
47.0	Altro intervento 4 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data			
47.1	Data altro intervento 4								
47.1.1	gg altro intervento 4	AN	2	193	194				
47.1.2	mm altro intervento 4	AN	2	195	196				
47.1.3	aaaa altro intervento 4	AN	4	197	200				
47.2	Codice altro intervento 4 o procedura	AN	4	201	204	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
48.0	Altro intervento 5 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data			
48.1	Data altro intervento 5								
48.1.1	gg altro intervento 5	AN	2	205	206				
48.1.2	mm altro intervento 5	AN	2	207	208				
48.1.3	aaaa altro intervento 5	AN	4	209	212				
48.2	Codice altro intervento 5 o procedura	AN	4	213	216	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
49.0	Flag ricovero ripetuto	AN	1	217	217	Se Regime di ricovero = '2' deve essere lasciato a "spazio".	NR	NR	
50.0	Protesi uno						NR	NR	
50.1	Codice protesi	AN	3	218	220		NR	NR	
50.2	Quantità	N	1	221	221	Obbligatorio se valorizzato il campo Codice protesi precedente	NR	NR	CON
50.3	Filler	AN	6	222	227				
51.0	Filler	AN	10	228	237				
52.0	Filler	AN	10	238	247				

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	Osp. a dom.	
53.0	Giorni di permesso	N	2	248	249	N. di giornate da sottrarre alla degenza totale: RO – n. gg di permesso DH – inserire sempre ‘00’ Ospedalizz. Domiciliare – n. gg di ricovero presso presidi o	NR		
54.0	Giorni di presenza in ric. diurno	N	3	250	252	Per regime ricovero = ‘1’ codificare con 3 zeri.			OBB
55.0	Peso alla nascita	N	4	253	256	Peso rilevato al momento della nascita.			CON
56.0	Modalità Allattamento	AN	2	257	258				CON
57.0	Numero scheda della madre	AN	10	259	268	“9999999999” in caso di non riconoscimento			CON
58.0	Tipo Valuta	A	1	269	269	Valori possibili: E – Euro	NR	NR	OBB
59.0	Tipo movimento	AN	1	270	270	Valori possibili: spazio – I° invio C – Cancellazione S – Sostituzione			
60.0	Filler	AN	1	271	271				
61.0	Filler	AN	1	272	272				
62.0	Libera professione	AN	1	273	273	Percentuali di abbattimento per libera professione: valori possibili: spazio - 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	NR	NR	
63.0	Filler	AN	1	274	274				
64.0	Filler	AN	8	275	282				
65.0	Filler	AN	2	283	284				
66.0	Filler	AN	8	285	292				
67.0	Filler	AN	8	293	300				
68.0	N. scheda 118	AN	13	301	313	Numero di scheda intervento 118	NR	NR	CON
69.0	Attività svolta nel reparto multispecialistico					Attività svolta nel reparto multispecialistico (cod. 02,04,,67,97,98)	NR	NR	

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	Osp. a dom.	
69.1	Cod. Disciplina del reparto multispecialistico	AN	2	314	315	Disciplina svolta nel reparto multispecialistico	NR	NR	CON
69.2	Prog. Divisione	AN	2	316	317	Prog. Divisione	NR	NR	CON
70.0	Data prenotazione	AN	8	318	325	Data di prenotazione ricovero			OBB
71.0	T.S.O. durante il ricovero in disciplina 40 SPDC	AN	1	326	326	T.S.O., durante il ricovero, in disciplina 40 SPDC	NR	NR	CON
72.0	Istituto provenienza paziente								
72.1	Codice struttura di ricovero	AN	6	327	332	Codice HSP11 / STS11 dell'istituto di provenienza	NR	NR	CON
72.2	Sub codice istituto	AN	2	333	334	Sub-codice HSP11.BIS dell'istituto di provenienza	NR	NR	CON
73.0	Istituto destinazione paziente								
73.1	Codice struttura di ricovero	AN	6	335	340	Codice HSP11 / STS11 dell'istituto di destinazione	NR	NR	CON
73.2	Sub codice istituto	AN	2	341	342	Sub-codice HSP11-BIS dell'istituto di destinazione	NR	NR	CON
74.0	Ricovero oltre 365 giorni	AN	1	343	343				
75.0	Filler	AN	1	344	344				
76.0	EuroSCOR	N	2	345	346				
77.0	Codice classe prenotazione	AN	1	347	347	Classe di priorità della prenotazione	NR	NR	CON
78.0	Codice malattie rare e croniche	AN	10	348	357		NR	NR	OBB
79.0	Filler (campo non più utilizzato)	AN	1	358	358		NR	NR	CON
88.0	Filler	AN	1	359	359				
89.0	Codice struttura	AN	3	360	362	Codice struttura che eroga la prestazione (corrisponde alla P.IVA)			OBB
90.0	Matricola di ammissione	AN	6	363	368	Codice Unità produttiva di ammissione	NR	NR	OBB
91.0	Matricola trasferimento 1	AN	6	369	374	Codice matricola Unità produttiva del primo trasferimento	NR	NR	CON
92.0	Matricola trasferimento 2	AN	6	375	380	Codice matricola Unità produttiva del secondo trasferimento	NR	NR	CON
93.0	Matricola trasferimento 3	AN	6	381	386	Codice matricola Unità produttiva del terzo trasferimento	NR	NR	CON

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv. non accr.	Osp. a dom.	
94.0	Matricola trasferimento 4	AN	6	387	392	Codice matricola Unità produttiva del quarto trasferimento	NR	NR	CON
95.0	Matricola trasferimento 5	AN	6	393	398	Codice matricola Unità produttiva del quinto trasferimento	NR	NR	CON
96.0	Matricola di dimissione	AN	6	399	404	Codice matricola Unità produttiva di dimissione			OBB
97.0	Farmaco Oncologico	A	1	405	405	Flag somministrazione farmaco oncologico ad alto costo	NR	NR	CON
98.0	Codice causa esterna	AN	5	406	410	Indica la causa esterna dei traumatismi, degli avvelenamenti e di altri effetti diversi			
99.0	Numero passaggi personale sanitario non medico	N	3	411	413	Numero passaggi personale (infermieristico, riabilitativo, ecc.) per Ospedalizzazione a domicilio	NR		CON
0A.0	Numero visite mediche	N	3	414	416	Numero visite mediche, per Ospedalizzazione a domicilio	NR		CON
1A.0	Filler	AN	14	417	430				

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **SDO**.
La chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:

- Struttura di ricovero (04.1)
- Numero scheda (05.0)
- Tipo movimento (59.0)

NOTA:

In generale tutti i campi non obbligatori se non valorizzati devono contenere:

- **spazi se sono di tipo A oppure AN,**
- **tutte le posizioni riempite con zeri se sono di tipo N**

I campi devono essere così codificati:

campi alfabetici: allineati a sinistra, spazi a destra per raggiungere la fine del campo stesso;

campi alfanumerici: allineati a sinistra, spazi a destra per raggiungere la fine del campo stesso;

campi numerici: allineati a destra; eventuali posizioni vuote di campi non obbligatori, o a sinistra di cifre significative, vanno **sempre** riempite con zeri e **non con spazi**.

5.2 Le schede analitiche

5.2.1 PREMESSA

Ogni pagina corrisponde ad una scheda ed ogni scheda descrive un campo o un sottocampo.

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Le schede sono articolate in quadri, il cui contenuto viene, di seguito descritto (il tracciato record cui si fa riferimento nelle righe successive è quello contenuto nell'allegato 5.2):

Tracciato	Riporta il codice del tracciato a cui la scheda si riferisce
Nome del campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
Obbligatorio	Può essere SI , o NO , o CONDIZIONATO , a seconda di quanto indicato nella ottava colonna del tracciato record.
Campo N°	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record. In alcuni casi, quando si sia ritenuto opportuno per maggior chiarezza, una scheda viene attribuita ad un sottocampo, invece che ad un campo; ciò avviene per: <div style="margin-left: 40px;"> Data trasferimenti ed U.O. trasferimenti, Data dimissione ed U.O. dimissione Data intervento e codice intervento Codice protesi, Quantità protesi e Costo unitario protesi. </div>
Descrizione del campo	Attribuisce un significato univoco al nome 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>alfabetico</i> , od <i>alfanumerico</i> , o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.
POSIZIONE:	posizione dei caratteri del campo, nell'ambito dell'intero tracciato. Sintetizza le informazioni contenute nelle colonne 5 e 6 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.
TABELLE 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.
Correttezza logica	Nel quadro "correttezza logica" sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico.
Osservazioni e precisazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico della SDO.

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.2.2 LE SCHEDE

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Tipo Record	SI	01.0
SDO			
<p>DESCRIZIONE DEL CAMPO: Identifica il record come appartenente al flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (tracciato record "A")</p>			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 1-1 / nel tracciato "Dati Clinici" 1-1 VALORI AMMESSI: A TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Regime di ricovero	SI	02.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Identifica il record come appartenente al flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (tracciato record "A")			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici" 2-2 VALORI AMMESSI: 1, 2 o Z TABELLE DI RIFERIMENTO		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L03 - Congruenza fra regime di ricovero e campo tipo di ricovero ordinario L04 - Congruenza fra regime di ricovero e campo motivo del ricovero diurno L06 - Congruenza tra data di ricovero e data di dimissione L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L12 - Compatibilità fra U.O. di dimissione e di ammissione in DH L20 - Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH L39 - Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH L47 - Incompatibilità fra DRG e ricovero in DH L48 - Congruenza tra regime di ricovero e posti letto deliberati L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH L79 - Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi L81 - Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico. L90 - Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero L91 - Congruenza tra Matricola e posti letto alla data di uscita dalla UP L92 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo "C". LB2 - Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento. LB3 - Congruenza fra Matricola, Struttura o Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza. LC0 - Congruenza fra Regime ricovero e Istituto di cura. LC1 - Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza del paziente. LC2 - Congruenza fra Regime ricovero, N. passaggi non medici e N. visite mediche LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Azienda Sanitaria territoriale dove è ubicata la struttura erogante	SI	03.0
SDO			
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice dell’Azienda Sanitaria Locale sul cui territorio insistono le Aziende Ospedaliere, i Presidi ex Art. 41,42,43 Legge 833/78 e le case di cura private accreditate, o non accreditate, che hanno erogato la prestazione di ricovero.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN POSIZIONE: nel tracciato “Dati Anagrafici”: 2-4 / nel tracciato “Dati clinici”: 3-5 VALORI AMMESSI: da 201 a 213 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L02 - Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Se l’Istituto di cura [campo 04.0] fa parte di un’ASO, è un Presidio ex Art. 41,42,43, oppure è un Istituto privato - il codice del campo [03.0] non coincide con il codice della Struttura che eroga la prestazione [campo 89.0]; - solo nel caso degli Ospedali pubblici a gestione diretta i codici dei due campi [03.0] e [89.0] coincidono.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Istituto di Cura	SI	04.0
SDO			
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Contiene due informazioni: la prima è il codice della “struttura di ricovero” (costituito dal codice Regione, o Provincia Autonoma + un progressivo numerico attribuito in ambito regionale) e corrisponde al codice HSP.11 dei FIM. La seconda è il “subcodice istituto di dimissione” indicato nel modello HSP.11bis attribuito anch’esso dalla Regione.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 6 + 2 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 5-12 / nel tracciato “Dati Clinici”: 6-13 VALORI AMMESSI: codice della Struttura di ricovero + codice dell’Istituto (XXXXYYZZ) TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
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. 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 erogante 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, Matricola di dimissione L86 - Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC L89 - Congruenza tra Istituti privati e Tipo del ricovero ordinario L94 - Congruenza tra Istituti privati non accreditati e Onere di degenza L93 - Congruenza tra Ist. Privato provv./definitivamente accreditato e Provenienza assistito L95 - Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. L98 - Congruenza tra Istituto e Tipo produzione L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento LA2 - Congruenza tra Istituti privati provv./definitivamente accreditati e Onere Degenza LB1 - Congruenza tra Istituto e Codice Struttura inviante 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 paziente N05 - Non elaborabile: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO S15 - I° Invio - Fuori Tempo Massimo S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo		
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). N.B.: Per Istituto di ammissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di ricovero. Per Istituto di dimissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di dimissione.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Numero Scheda	SI	05.0
SDO			
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Si tratta del numero univoco nell'anno caratterizzante l'episodio di ricovero. Contiene due informazioni: le prime quattro cifre indicano l'anno del ricovero; le restanti sei cifre costituiscono un numero progressivo nell'ambito della Struttura di Ricovero (Hsp11) , o dell'Istituto di dimissione (HSP11.Bis) , indipendentemente dal regime di ricovero.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 10 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 13-22 / nel tracciato "Dati Clinici": 14-23 VALORI AMMESSI: anno di riferimento (aaaa) + progressivo numerico, NON nullo, espresso con sei cifre. TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L05 - Congruenza fra data di ricovero e numero scheda N05 - Non elaborabile: Incongruenza fra tipo movimento e codici identificativi della SDO S15 - 1° Invio - Fuori Tempo Massimo S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>Per Struttura di ricovero si intende l'insieme degli Istituti aggregati, ovunque dislocati, purché dipendenti da un'unica direzione sanitaria di presidio.</p> <p><u>Ordinariamente la numerazione delle cartelle è univoca per la Struttura di ricovero (Hsp1):</u> non possono esistere due SDO con uguale numero di cartella , per ricoveri diversi in Istituti appartenenti alla stessa Struttura.</p> <p>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).</p> <p>Alcuni Istituti (Hsp11.Bis) possono essere <u>abilitati a gestire una numerazione delle proprie cartelle indipendente</u> dagli altri Istituti della Struttura (Hsp11), a cui appartengono.</p> <p>Però, in tal caso, si perde la possibilità di fare trasferimenti tra questi Istituti e gli altri, della stessa Struttura, mantenendo un'unica cartella / SDO.</p> <p>N.B.: il numero scheda NON può contenere alcuno spazio. Esempio valido: 1999000365 Esempi non validi: 1999 365 oppure 1999365</p>		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Cognome	SI	06.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Cognome del dimesso			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 20 FORMATO: ALFABETICO POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 23 – 42 VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L38 - Congruenza fra Codice fiscale e Cognome e Nome		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica 'ANONIMO'		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Nome	SI	07.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Nome del dimesso.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 15 FORMATO: ALFABETICO POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 43 - 57 VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L38 - Congruenza fra Codice fiscale e Cognome e Nome		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica 'ANONIMO'.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Codice fiscale	SI	08.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita. IL CODICE FISCALE DEVE ESSERE RILEVATO DALLA TESSERA SANITARIA e deve risultare certificato dal servizio regionale AURA o dal MEF , a cura dell'Anagrafe Tributaria			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 16 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 58-73 VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici '9', o sedici "0" o codice provvisorio di 11 caratteri per cittadini stranieri TABELLE DI RIFERIMENTO: AURA / MEF certificazione a cura dell'Anagrafe Tributaria		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L35 - Compilazione campo Codice Fiscale per nuovo nato L38 - Congruenza fra Codice fiscale e Cognome / Nome "anonimo" L40 - Congruenza fra Codice fiscale e Regione di residenza LA4 - Congruenza tra Dati Team, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente LC4 - Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione LC6 - Codice fiscale non certificato. LC7 - Congruenza tra Sesso e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF). LC8 - Congruenza tra Data nascita e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF). S17 - Validità Codice fiscale non verificata << Servizio SOGEI indisponibile >>		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>L'informazione relativa al Codice fiscale deve essere verificato direttamente dalla Tessera Sanitaria (inviata all'Agenzia delle Entrate) al momento dell'accettazione del ricovero</p> <p>Se il campo contiene un Codice fiscale certificato (da AURA o dal MEF), non vengono eseguiti controlli formali sul codice indicato, ma Data di nascita e Sesso del paziente devono corrispondere ai dati risultanti nel database di certificazione (controlli LC7 ed LC8).</p> <p>Per tipologie particolari di pazienti, nel campo possono essere inseriti altri codici che non sono Codici fiscali, come indicato nelle tabelle al paragrafo 5.3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per i neonati – non ancora in possesso di Codice fiscale – si utilizzano sedici "0"; - per i cittadini stranieri residenti in Italia, si utilizza il Codice fiscale; - per cittadini stranieri non residenti in Italia si utilizzano sedici '9'. - per cittadini stranieri iscritti ai centri ISI, si usano i codice ISI aventi la seguente struttura: "STP + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche" oppure "ENI + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche" dove per codice ASL deve essere usata la codifica (201-213), valida fino dal 2008. - in caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indicano sedici '9'. 		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Sesso	SI	09.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice indicante il sesso del dimesso			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 74-74 VALORI AMMESSI: 1 (per maschio), o 2 (per femmina) TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	LC7 - Congruenza tra Sesso e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	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. N.B.: Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Provincia e Comune di Nascita	SI	10.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Identifica il luogo di nascita. Per i nati in Italia viene usato il codice ISTAT indicante provincia e comune.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 75-80 VALORI AMMESSI: codici ISTAT di Province e Comuni d'Italia; o 999 + codice stato estero; o 999999 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di province, comuni e stati esteri sovrani.		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>Il codice indicato deve risultare valido alla data di nascita, nelle di riferimento.</p> <p>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";</p> <p>N.B.: 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 (Cfr. campo 14).</p>		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Data di Nascita	SI	11.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Giorno, mese ed anno di nascita del dimesso.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 81-88 VALORI AMMESSI: ggmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	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 - Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato L35 - Compilazione campo Codice Fiscale per nuovo nato L36 - Compilazione campo «Numero scheda della madre» L37 - Compilazione campo «Allattamento» L52 - Compatibilità fra età della donna 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. LC8 - Congruenza tra Data nascita e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Stato civile	SI	12.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Stato civile del dimesso.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 89-89 VALORI AMMESSI: da 1 a 6 TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	LEGENDA DEI CODICI: 1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Cittadinanza	SI	13.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: cittadinanza del dimesso			
CORRETTEZZA <u>FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 90-92 VALORI AMMESSI: 100 (italiana), o codice Stato estero . Per “apolide” o “non identificabile”: 999 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici stati esteri sovrani		
CORRETTEZZA <u>LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella 5.3 degli allegati		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Regione di residenza/Stato Estero di residenza	SI	14.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la Regione italiana cui appartiene il Comune di residenza.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 93-95 VALORI AMMESSI: Codici delle Regioni italiane, o codici Stati esteri sovrani, o "999". TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT delle Regioni italiane e degli Stati esteri sovrani.		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L08 - Congruenza fra Regione e Comune / Provincia di residenza L09 - Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici L28 - Congruenza fra Provincia e comune di residenza e la data di ricovero L40 - Congruenza fra Codice fiscale e Regione di residenza		
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, o se lo Stato di residenza non sia identificabile, si digita "999". Per le combinazioni possibili con i campi correlati, vedi Tabella 5.3 degli allegati.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Provincia e Comune di residenza	SI	15.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: identifica la Provincia ed il Comune italiano, o lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 96-101 VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani ENI + codice Stato estero STP + codice Stato estero 999 + codice Stato estero TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di Province e Comuni italiani; codici degli esteri sovrani.		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L08 – Congruenza fra Regione e Comune / Provincia di residenza L10 – Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune.</p> <p>Per i residenti in Italia, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza. Per i residenti all'estero, si indica 999 seguito dal codice dello Stato estero sovrano, se provvisoriamente presenti ENI " " " stato UE o STP " " " di altro stato.</p> <p>Per i neonati dev'essere indicata la residenza della madre, salvo quanto previsto dalla L. 127 del 15 Maggio 1997.</p> <p>N.B.: Il [Comune di residenza] è quello nel quale risiede il paziente nell'anno del ricovero.</p> <p>N.B.: dal momento che esistono numerose omonimie di Comuni, allocati in Province Italiane diverse, è importante, in fase di accettazione del ricoverando, verificare che il codice Provincia rilevato (prime tre cifre) indichi l'effettiva Provincia di residenza (Cfr. campo 10). Nel caso di rilevazione manuale, specificare oltre al comune anche la provincia di residenza.</p> <p>Per le combinazioni di valori consentiti per i Campi correlati alla residenza anagrafica vedere la tabella al punto 5.3 degli allegati.</p>		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	ASL di residenza	SI	16.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: ASL cui appartiene il Comune in cui risiede il dimesso. In caso di Residenti all'estero il campo viene compilato con 999			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 102-104 VALORI AMMESSI: da 201 a 213 per la Regione Piemonte da 001 a 998 per le altre regioni per residenti all'estero: 999 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici regionali delle ASL d'Italia		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	<p align="center">CONTROLLI APPLICATI</p> L09 - Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici LB9 - Congruenza fra UO e provenienza paziente S14 - ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (BARTS/AURA)		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Onere degenza	SI	17.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: soggetto/i cui compete il rimborso della prestazione di ricovero effettuata.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 24-24 VALORI AMMESSI: da 1 a 9, A, B TABELLA DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici L72 - Congruenza tra la tipologia di libera professione e l'onere della degenza L73 - Congruenza tra onere della degenza e tipologia di erogazione L91 - Congruenza tra Matricola e Posti letto alla data di uscita dalla UP L94 - Congruenza tra istituti privati non accreditati e onere di degenza LA2- Congruenza tra istituti privati provv./definitivamente accreditati ed Onere Degenza LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>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 e ricovero per cittadini italiani residenti all'estero temporaneamente presenti in Italia. 8 = ricovero a carico del SSN di stranieri con dichiarazione di indigenza 9 = altro A = ricovero a carico del Ministero dell'Interno di stranieri con dichiarazione d'indigenza. B = ricovero a carico del SASN (Servizio Assistenza Sanitaria ai Naviganti)</p> <p>Per le combinazioni possibili con i campi correlati, vedi allegato 5.3 N.B. Ai codici 4, 7, 9 e A non viene riconosciuto il valore della prestazione ai fini della mobilità.</p>		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Istruzione	SI	18.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Indica il livello massimo di istruzione conseguito dal dimesso.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 105-105 VALORI AMMESSI: da 1 a 7 TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 = laurea 2 = diploma scuola media superiore 3 = diploma scuola professionale 4 = diploma scuola media inferiore 5 = licenza scuola elementare 6 = senza titolo 7 = non dichiarato <p>Per scuola professionale si intende un ciclo di studi successivo alla scuola media inferiore, di durata inferiore a 5 anni, che non permette l'iscrizione ad un corso di laurea.</p>		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Condizione professionale attuale	SI	19.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: situazione del dimesso nei confronti del lavoro.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 106-106 VALORI AMMESSI: da 1 a 7, 9 TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 = occupato 2 = disoccupato 3 = in cerca di prima occupazione 4 = casalinga 5 = studente 6 = ritirato dal lavoro 7 = non dichiarato 9 = altro <p>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;</p>		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Ultima professione	SI	20.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Si richiede di riportare per esteso l' ultima professione svolta, quando, nel precedente campo "condizione professionale" siano indicati i codici 1, 2, o 6.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 30 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 107-136 VALORI AMMESSI: ultima professione per esteso (NON CODIFICATA). TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>Deve essere riportata: la <u>professione attuale</u> per i soggetti che, alla voce precedente (condizione professionale), siano risultati occupati (codice 1) l'<u>ultima professione</u> svolta per i soggetti che risultino "disoccupati" (codice 2) o "ritirati dal lavoro" (codice 6) o "casalinghi" (codice 4) nel caso in cui i pazienti abbiano esercitato in passato un'attività lavorativa stabile).</p> <p>Occorre riportare il genere di lavoro effettivamente svolto, usando termini appropriati ed evitando il ricorso a termini generici quali "operaio" o "impiegato", descrivendo nel modo più accurato possibile la mansione, o la lavorazione svolta, cioè concretamente quello che la persona fa. Si deve pertanto indicare, a titolo di esempio, agronomo, contabile, bracciante agricolo, avvocato, ingegnere elettronico, dattilografo, fabbro, tornitore, saldatore, meccanico, lamierista, falegname, esercente in negozio, commesso di vendita, rappresentante di commercio, ecc. Per gli impiegati della Pubblica Amministrazione deve essere indicata la mansione effettivamente svolta, ad esempio economo, cassiere, coadiutore, programmatore, archivista, ecc. Per gli insegnanti si deve riportare il tipo di scuola (elementare, media, ecc.). Per i militari di carriera va indicato il grado ed il corpo di appartenenza Per gli ecclesiastici che svolgono anche attività civile riportare entrambe le mansioni; per esempio suora infermiera, suora insegnante elementare. In caso di rifiuto di fornire il dato riportare la dicitura: "non dichiarato".</p>		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Attività economica principale	SI	21.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Rileva l'attività esclusiva, o la principale, dell'ente presso cui lavora o ha lavorato il ricoverato.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 2 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 137-138 VALORI AMMESSI: estratto dei codici ISTAT a 2 cifre o "99". TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella 5.16		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>Deve essere indicata l'attività economica principale dello stabilimento, azienda, negozio, ufficio, ente, ecc. presso il quale il paziente esercita o ha esercitato la propria professione.</p> <p>Si indichi il codice '99' soltanto nel caso il ricoverato non abbia mai svolto una attività lavorativa stabile.</p> <p>Per i codici riferirsi alla Tabella 5.16 riportata in allegato.</p>		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Posizione nella professione	SI	22.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO Posizione del soggetto nell'ambito dell' <u>ultima professione esercitata</u> .			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 139-139 VALORI AMMESSI: 1- 9 TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi osservazioni		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>Dovrà essere riportata la posizione occupata nella professione di cui alla voce «ultima professione» (campo 20).</p> <p>Si indichi la voce '9' soltanto nel caso il ricoverato non abbia mai svolto una attività lavorativa stabile.</p> <p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - imprenditore 2 - libero professionista 3 - dirigente 4 - impiegato 5 - lavoratore autonomo 6 - operaio 7 - militari, forze dell'ordine e religiosi 8 - non dichiarato 9 - non ha mai esercitato un'attività lavorativa stabile. <p>Per "imprenditore" (codice 1) si intende un soggetto titolare di impresa con almeno 15 dipendenti; in caso contrario (titolare di impresa con meno di 15 dipendenti) classificare come lavoratore autonomo (codice 5).</p>		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Unità Operativa di ammissione	SI	23.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero progressivo dell'Unità Operativa.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 25 – 28 VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera, per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99. TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L12 - Compatibilità fra U.O. di dimissione e di ammissione in DH L15 - Congruenza fra campi delle U.O. L16 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi L20 - Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH L33 - Correttezza 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 L53 - Compatibilità fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx) L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato L76 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati) L81 - Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico. L86 - Congruenza codice di struttura di ricovero o codice di istituto di ricovero, UO di ammissione, tipo del ricovero ordinario e ricovero in codice 40 SPDC LB3 - Congruenza fra Matricola, U.O., Istituto, Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza. LB6 - Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery LB7 - Congruenza fra ricovero in week surgery data di ricovero e data di uscita dal reparto S01 - Segnalazione: DRG forzato a 462 S10 - Segnalazione: DRG forzato a 462 (per privati provv. accreditati)		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	Deve essere indicata l'U.O. da cui dipende gerarchicamente l'Unità Produttiva nella quale è fisicamente ricoverato il paziente, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia, prevalentemente, a carico di un'altra U.O. 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.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data ricovero	SI	24.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: giorno, mese ed anno del ricovero propriamente detto (si prescinde da eventuali prestazioni “pre-ricovero”). Per i ricoveri in Day Hospital: giorno, mese ed anno dell’unico accesso o del primo giorno di un ciclo.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 29-36 VALORI AMMESSI: gmmaaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L01 - Esistenza dell'Istituto di cura fra data ricovero e data dimissione L05 - Congruenza fra data di ricovero e numero scheda L06 - Congruenza fra data di ricovero e data di dimissione L07 - Congruenza fra data di ricovero e data di nascita L13 - Congruenza fra date L22 - Controllo della durata massima consentita di un ricovero L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero L28 - Congruenza fra Provincia e comune di residenza e la data di ricovero L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. L32 - Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita L33 - Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato L35 - Compilazione campo Codice Fiscale per nuovo nato L36 - Compilazione campo «Numero scheda della madre» L37 - Compilazione campo «Allattamento» L44 - Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in pronto soccorso L50 - Congruenza fra DRG di Parto, durata del ricovero e modalità di dimissione L52 - Compatibilità fra età della donna e DRG di Parto L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato L58 - Congruenza fra gg di ricovero diurno e giorni di degenza L61 - Congruenza fra gg di permesso e gg di degenza L85 - Congruenza tra data prenotazione ricovero e data ricovero L97 - Congruenza tra data di ricovero e data di prenotazione LA3 - Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di dimissione LB7 - Congruenza fra ricovero in week surgery data di ricovero e data di uscita dal reparto LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza LC4 - Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammiss. S09 - Giornate di degenza oltre il 60° /120° giorno > alle giornate di prolungamento autorizzate S11 - Differenza tra data di prenotazione e data ricovero superiore a 730 giorni S12 - Differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 90 giorni con diagnosi principale di tumore		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Per i nuovi nati, la data di nascita coincide con la data di ricovero		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Provenienza assistito	SI	25.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica il proponente il ricovero.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 37-37 VALORI AMMESSI: da 0 a 9 oppure B o C TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L16 – Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi L32 – Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita L33 – Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato L36 – Compilazione campo «Numero scheda della madre» L37 – Compilazione campo «Allattamento» L76 – Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati) L83 – Congruenza tra provenienza assistito e n. scheda intervento 118 L87 – Congruenza provenienza assistito e istituto provenienza L93 – Congruenza tra ist. Privato prov/definitivamente accreditato e provenienza assistito LC4 – Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione LD0 – Congruenza tra Provenienza Assistito e disciplina di ammissione S01 – Segnalazione: DRG forzato a 462 S06 – Prolungamento ricovero oltre il 120° giorno S10 – Segnalazione: DRG forzato a 462 (per privati provv. accreditati) S11 – Prolungamento ricovero oltre il 180° giorno		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	LEGENDA DEI CODICI: 0 = nuovo nato 1 = accesso diretto dell'assistito (senza proposta di un medico) 2 = inviato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta 3 = ricovero precedentemente programmato dalla stessa struttura di ricovero 4 = trasferito da istituto pubblico 5 = trasferito da istituto privato accreditato o provvisoriamente accreditato 6 = trasferito da istituto privato non accreditato 7 = trasferito da altro regime di ricovero nell'ambito della stessa struttura di ricovero. 8 = pervenuto tramite 118 9 = altro B = prosecuzione del ricovero in U.S.V. C = 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 i 7 giorni precedenti, con relativo PPRI Nell'ambito dello stesso episodio di ricovero sono ammessi solo trasferimenti tra discipline di acuzie; il codice 6 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati. Il codice 2 va utilizzato in tutti i casi che giungono alla struttura con richiesta del MMG e del PdLS N.B. La locuzione "regime di ricovero" utilizzata al codice 7, ha un significato estensivo rispetto alla stessa usata nel campo 2.0 dove indica esclusivamente ricovero ordinario o ricovero diurno.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Tipo di ricovero ordinario	CONDIZIONATO	26.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: si riporta l'informazione sempre e solo in caso di ricovero ordinario . Indica se il ricovero sia programmato o urgente; se sia un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35, 64 della Legge 833/78. Le dizioni programmato e urgente riguardano le modalità organizzative dell'accesso e non si riferiscono agli aspetti clinici del ricovero.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 38-38 VALORI AMMESSI: da 1 a 6, ovvero spazio TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L03 - Congruenza fra regime di ricovero e campo Tipo di ricovero L16 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi L76 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati) L86 - Congruenza codice istituto, UO di ammissione, tipo del ricovero ordinario e ricovero in codice 40 SPDC L89 – Congruenza tra istituti privati e tipo del ricovero ordinario L90 – Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero LA3 – Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	LEGENDA DEI CODICI: 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 = nuovo nato 6 = ricovero urgente tramite pronto soccorso N.B.: - i codici 1 e 4 vanno utilizzati sempre quando vi sia prenotazione anche se la differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è di un giorno - se codice 4, possono essere riportate sulla SDO le procedure effettuate nel corso della preospedalizzazione (comma 18, Art. 1 Legge 23 Dicembre 1996, n. 662). - se si tratta di ricovero diurno (codice 2 al campo 2 - regime di ricovero) questo campo viene lasciato a spazio.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Motivo del ricovero diurno	CONDIZIONATO	27.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: si riporta l'informazione sempre e solo in caso di ricovero diurno (Day Hospital). Indica se la finalità del ricovero sia diagnostica, o operatoria chirurgica, o terapeutica, ovvero riabilitativa			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 39-39 VALORI AMMESSI: da 1,3,4,5,6, ovvero spazio TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L04 – Congruenza fra Regime di ricovero e Motivo del ricovero L06 – Congruenza tra data di ricovero e data di dimissione L20 – Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH L21 – Congruenza fra Regime di ricovero, Motivo del ricovero, numero giornate L24 – Congruenza fra giorni presenza e motivo del ricovero diurno L48 – Congruenza tra regime di ricovero e posti letto deliberati L57 – Congruenza fra Motivo del ricovero diurno e Intervento chirurgico principale L77 – Congruenza tra istituto e motivo del ricovero diurno L78 – Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura L81 – Congruenza U.O. di dimissione e attività svolta nel reparto multispecialistico L92 – Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo "C". LB3 - Congruenza fra Matricola, U.O., Istituto, Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	LEGENDA DEI CODICI: 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) N.B.: il codice usato ha rilevanza per la procedura di valorizzazione . Se si tratta di ricovero ordinario(codice 1 nel campo 02.0 – regime di ricovero) questo campo viene lasciato vuoto. Se si tratta di ricovero diurno diagnostico le giornate di ricovero dovranno essere 001 anche se la data di dimissione > data di ricovero.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Traumatismi o intossicazioni	NO	28.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: quando sia intervenuta una causa violenta nella patologia che induce il ricovero, ne identifica la natura.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 40-40 VALORI AMMESSI: da 1 a 5; 9; ovvero spazio TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L79 – Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>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</p> <p>Il campo deve essere compilato, nell'ambito del regime di ricovero ordinario, se nei primi tre caratteri di uno dei campi diagnosi, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 800-904 - 910-995 		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Trasferimento 1	NO	29.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: contiene la Data del primo trasferimento .			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 41 – 48 VALORI AMMESSI: ggmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L13 - Congruenza fra date L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture 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. L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento LB6 - Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N.B.: si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa <u>struttura di ricovero</u> .		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Unità Operativa Trasferimento 1	NO	29.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 49-52 VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera, per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99. TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L15 - Congruenza fra campi delle U.O. L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione 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 - Congruenza fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx) L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato 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	In caso di più di 5 trasferimenti si indicano il primo e dal quart'ultimo all'ultimo, omettendo quelli intermedi. N.B.: E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia <u>univoco</u> .		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Trasferimento 2	NO	30.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: contiene la Data del quartultimo trasferimento.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 53-60 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L13 - Congruenza fra date L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture 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 fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N.B.: si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa <u>struttura di ricovero</u> .		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Unità Operativa Trasferimento 2	NO	30.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 61-64 VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera, per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99. TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L15 - Congruenza fra campi delle U.O. L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione 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 prestazione di alta specialità (UO 75xx) L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato 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	In caso di più di 5 trasferimenti si indicano il primo e dal quart'ultimo all'ultimo, omettendo quelli intermedi. N.B.: E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia <u>univoco</u> .		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Trasferimento 3	NO	31.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: contiene la Data del terzultimo trasferimento.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 65-72 VALORI AMMESSI: ggmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L13 - Congruenza fra date L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture 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 fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N.B.: si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa <u>struttura di ricovero</u> .		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Unità Operativa Trasferimento 3	NO	31.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 73-76 VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera, per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99. TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L15 - Congruenza fra campi delle U.O. L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione L44 - Congruenza fra 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 prestazione di alta specialità (UO 75xx) L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato 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	N.B.: E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia <u>univoco</u> .		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Trasferimento 4	NO	32.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: contiene la Data del penultimo trasferimento.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 77-84 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L13 - Congruenza fra date L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture 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 fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N.B.: si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa <u>struttura di ricovero</u> .		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Unità Operativa Trasferimento 4	NO	32.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 85-88 VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera, per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99. TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L15 - Congruenza fra campi delle U.O. L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione 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 prestazione di alta specialità (UO 75xx) L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato 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	N.B.: E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia univoco .		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Trasferimento 5	NO	33.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: contiene la Data dell'ultimo trasferimento .			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 89-96 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L13 - Congruenza fra date L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture 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 fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N.B.: si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa <u>struttura di ricovero</u> .		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Unità Operativa Trasferimento 5	NO	33.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.			
CORRETTEZZA <u>FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 97-100 VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera, per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99. TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM		
CORRETTEZZA <u>LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti L15 - Congruenza fra campi delle U.O. L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione 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 prestazione di alta specialità (UO 75xx) L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato 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	N.B.: E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia univoco .		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data dimissione	SI	34.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: giorno, mese ed anno di dimissione del ricoverato. Per i ricoveri in Day Hospital: giorno, mese ed anno dell'unico accesso o dell'ultimo accesso/contatto di un ciclo.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 101-108 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L01 - Esistenza dell'Istituto di cura fra data ricovero e data dimissione L06 - Congruenza fra data di ricovero e data di dimissione L22 - Controllo della durata massima consentita di un ricovero L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. L43 - Congruenza fra Data di dimissione e giorno di elaborazione L50 - Congruenza fra DRG di Parto, durata del ricovero e modalità di dimissione. L58 - Congruenza fra gg di ricovero diurno e giorni di degenza L61 - Congruenza fra gg di permesso e gg di degenza L84 - Congruenza fra Matricola e Data di dimissione L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. N02 - Non elaborabile: Anno di competenza inesistente N06 - Non elaborabile: Anno di competenza fuori limite N07 - Non elaborabile: modifica data dimissione in extracompetenza LB6 - Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week surgery. LB7 - Congruenza fra ricovero in week surgery data di ricovero e data di uscita dal reparto. S09 - Giornate di degenza oltre il 60° /120° giorno > alle giornate di prolungamento autorizzate S15 - 1° Invio - Fuori Tempo Massimo S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	In caso di decesso del paziente, la data di morte coincide con quella della dimissione (anche nel caso si compiano atti diagnostici sul cadavere nei giorni successivi). N.B.: 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. Le date limite entro cui le cartelle devono essere inviate, sono fissate annualmente dall'Assessorato, indicativamente: - 1° invio - il termine del mese successivo a quello della data dimissione; - Sostituzione/Cancellazione - il termine del secondo mese successivo alla data dimissione.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Unità Operativa di dimissione	SI	34.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa che dimette il ricoverato.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 109-112 VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera, per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99.. TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L12 – Compatibilità fra U.O. di dimissione e di ammissione in DH L15 – Congruenza fra campi delle U.O. L53 – Compatibilità fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx). 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	In caso di "ricovero diurno" (D.H.), l'U.O. di dimissione coincide con quella di ricovero. N.B.: E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia univoco .		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Modalità di dimissione	SI	35.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: dà indicazioni di un avvenuto decesso durante il ricovero, o sulla destinazione del ricoverato dopo la dimissione, o se la dimissione è avvenuta su espressa richiesta del Paziente, o dei familiari aventi diritto.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 113-113 VALORI AMMESSI: da 1 a 9 TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L25 - Congruenza fra modalità di dimissione e riscontro autoptico L50 - Congruenza fra DRG di Parto, durata del ricovero e modalità di dimissione L88 - Congruenza tra modalità dimissione assistito e istituto di destinazione L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	<p>LEGENDA DEI CODICI: 1 = deceduto 2 = dimissione ordinaria al domicilio 3 = dimissione ordinaria presso RSA 4 = dimissione con attivazione di ospedalizzazione a domicilio 5 = dimissione volontaria (anche quando il paziente non si ripresenti in corso di un ciclo programmato di D.H.) 6 = trasferimento ad altra struttura di ricovero pubblica o privata provvisoriamente accreditata per acuti 7 = trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito della stessa struttura di ricovero 8 = trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione e altra postacuzie, o in reparto pediatrico di minor intensità 9 = dimissione con attivazione ADI B = Chiusura convenzionale della SDO, per ricoveri in U.S.V.</p> <p>Nell'ambito dello stesso episodio di ricovero sono ammessi solo trasferimenti tra discipline di acuzie; il codice 6 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati.</p> <p>N.B. La locuzione "regime di ricovero" utilizzata al codice 7, ha un significato estensivo rispetto alla stessa usata nel campo 2.0 dove indica esclusivamente ricovero ordinario o ricovero diurno.</p>		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Riscontro autoptico	CONDIZIONATO	36.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: in caso di avvenuto decesso durante il ricovero, indica se sia o non sia stata eseguita autopsia indipendentemente dal fatto che la richiesta sia indotta da motivi sanitari o provenga dalla magistratura.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 114-114 VALORI AMMESSI: 1 o 2 ovvero spazio TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L25 - Congruenza fra modalità di dimissione e riscontro autoptico		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	LEGENDA DEI CODICI: 1 = eseguita autopsia 2 = non eseguita autopsia N.B. Il campo va compilato solo in caso di avvenuto decesso durante il ricovero.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Diagnosi principale di dimissione	SI	37.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Rappresenta la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento o di indagini diagnostiche.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 5 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 115-119 VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, ed utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L16 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi L49 - ICD-9-CM anomalo in regime DH L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato L76 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati) L79 - Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi L95 - Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. LA8 - Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi, interventi e codice DRG LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi S12 - Differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 90 giorni con diagnosi principale di tumore		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, modalità di dimissione intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure. Tutti i controlli di correttezza logica inducono a precise modalità di valorizzazione . Nelle strutture pubbliche o equiparate: - Se il reparto di ammissione è di RRF (disciplina = 56) se [provenienza assistito] ≠ 4, 5, 6, 7 (trasferimento diretto), o C (il ricovero precedente è terminato entro l'intervallo di giorni stabilito) allora qualunque sia il codice [diagnosi principale] usato, il DRG verrà ricondotto al 462, ed il relativo MDC a 23, con pagamento a tariffa giornaliera. - In caso di trasferimento da acuti a RRF ([provenienza assistito] = 4, 5, 6, 7 o C) il campo [diagnosi principale] deve presentare un codice ICD-9-CM diverso da V57.x. - Se il reparto di ammissione non è di RRF (disciplina ≠ 56), e [diagnosi principale] codificata con V57.x, viene attribuito il DRG 462, ma non verrà riconosciuto pagamento a giornata. Nelle strutture private provvisoriamente accreditate: - Se il reparto di ammissione è di RRF di II° livello (disciplina 56 e subcodice 1) e se [provenienza assistito] é 4, 5, 7 (trasferimento diretto), o C (ricovero precedente nell'intervallo di giorni stabilito) allora qualunque sia il codice [diagnosi principale] usato, il DRG verrà ricondotto al 462, ed il relativo MDC a 23, con pagamento a tariffa giornaliera. - In caso di trasferimento da acuti a RRF ([provenienza assistito] = 4, 5, 7, o C) il campo [diagnosi principale] deve presentare un codice ICD-9-CM diverso da V57.x.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Diagnosi secondaria 1	NO	38.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica e monitoraggio clinico.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 5 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 120 - 124 VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L54 – DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie L55 – Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato L79- Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi L95 – Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. LA8 – Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Diagnosi secondaria 2	NO	39.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica e monitoraggio clinico.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 5 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 125 - 129 VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L54 – DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie L55 – Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato L79 – Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi L95 – Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. LA8 – Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Diagnosi secondaria 3	NO	40.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica e monitoraggio clinico.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 5 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 130 - 134 VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L54 – DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie L55 – Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato L79 – Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi L95 – Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. LA8 – Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Diagnosi secondaria 4	NO	41.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica e monitoraggio clinico.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 5 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 135 - 139 VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L54 – DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie L55 – Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato L79 – Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi L95 – Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. LA8 – Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Diagnosi secondaria 5	NO	42.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica e monitoraggio clinico.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 5 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 140 - 144 VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L54 – DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie L55 – Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato L79 – Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi L95 – Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. LA8 – Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Intervento chirurgico principale	CONDIZIONATO	43.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la data di esecuzione dell'eventuale intervento chirurgico che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 145 - 152 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L23 – Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero L80 – Congruenza tra codice intervento chirurgico principale e data intervento principale.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N.B.: Nel caso sia inserito il codice [Intervento chirurgico principale] la data dell'intervento non può essere omessa.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice Intervento chirurgico principale	NO	43.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica il codice ICD-9-CM del parto, o dell'intervento chirurgico che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 153 - 156 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L23 - Congruenza fra date 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 del ricovero diurno e Intervento chirurgico principale L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura L80 - Congruenza tra codice intervento chirurgico principale e data intervento principale. L92 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo "C". L95 - Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento LA8 - Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi, interventi e codice DRG		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Altro intervento o Procedura 1	NO	44.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO. Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 157 - 164 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N. B.: nel caso di procedure in prericovero o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-9-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], senza indicarne la data , che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe errore . In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice Altro intervento o Procedura 1	NO	44.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 165 - 168 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura L95 - Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Altro intervento o Procedura 2	NO	45.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO. Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 169 - 176 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N. B.: nel caso di procedure in prericovero o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-IX-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], senza indicarne la data , che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe errore . In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice Altro intervento o Procedura 2	NO	45.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 177 - 180 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura L95 - Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento LA1- Congruenza tra campo stent medicato e campi intervento/procedura LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Altro intervento o Procedura 3	NO	46.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO. Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 181 - 188 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N. B.: nel caso di procedure in prericovero o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-IX-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], senza indicarne la data , che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe errore . In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice Altro intervento o Procedura 3	NO	46.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica l'intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 189 - 192 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura L95 - Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento LA1- Congruenza tra campo stent medicato e campi intervento/procedura LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Altro intervento o Procedura 4	NO	47.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO. Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 193 - 200 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N. B.: nel caso di procedure in prericovero o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-IX-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], senza indicarne la data , che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe errore . In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice Altro intervento o Procedura 4	NO	47.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 201 - 204 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura L95 - Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento LA1- Congruenza tra campo stent medicato e campi intervento/procedura LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data Altro intervento o Procedura 5	NO	48.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO. Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE: nel tracciato "Dati Clinici" : 205 - 212 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N. B.: nel caso di procedure in prericovero o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-IX-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], senza indicarne la data , che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe errore . In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice Altro intervento o Procedura 5	NO	48.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 213 - 216 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura L95 - Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto. L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento LA1- Congruenza tra campo stent medicato e campi intervento/procedura LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Flag ricovero ripetuto	NO	49.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica un ricovero ripetuto entro 30 giorni dalla precedente dimissione, dalla stessa Struttura di Ricovero, con MDC uguale.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 217 - 217 VALORI AMMESSI: spazio, "R" o «N» TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L75 – Congruenza tra ricovero ripetuto e tipologia di erogatore		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	<p>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 DD.GG.RR. di riferimento, in caso di ricovero ripetuto entro 30 giorni dalla precedente dimissione, dalla stessa Struttura di Ricovero, con MDC uguale.</p> <p>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.</p>		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice protesi 1	NO	50.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice dell'eventuale protesi, di origine biologica o artificiale, che sostituisce un distretto anatomico			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 218 – 220 VALORI AMMESSI: Codice endoprotesi. Se non sono state applicate protesi: 3 spazi TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella 5.11 del presente documento.		
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.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	I codici protesi accettati sono quelli indicati nella tabella 5.11 del presente documento. L'importo relativo verrà riconosciuto agli istituti e/o reparti autorizzati, secondo le stesse tabelle.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Quantità protesi 1	CONDIZIONATO	50.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Numero di protesi con codice uguale (dello stesso tipo) eventualmente applicate.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: Numerico POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 221 - 221 VALORI AMMESSI: 0 – 2. Se non sono state applicate protesi: 0 TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L26 - Congruenza fra campi inerenti una protesi		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Ordinariamente, il campo è obbligatorio se è stato compilato il campo "Codice Protesi 1". Nel caso di impianto "doppio" di protesi cocleare, con un unico intervento, indicare la quantità delle protesi impiantate, unitamente al codice '200' nel campo precedente.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	50.3
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 222 - 227 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica l'importo della protesi.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	51.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 228 – 230 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica il codice protesi 2.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	51.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Numero di seconde protesi con codice uguale (dello stesso tipo) eventualmente applicate.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 231 - 231 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica la quantità protesi 2.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	51.3
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: Numerico POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 232 - 237 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica il Costo unitario protesi 2.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	52.1
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 238 - 240 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica il codice protesi 3.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	52.2
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 241 - 241 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica la quantità protesi 3.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	52.3
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 242 - 247 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica il Costo unitario protesi 3.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Giorni di permesso	NO	53.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Giorni che devono essere scalati dal conteggio dei giorni di degenza effettivi: il calcolo viene effettuato conteggiando le 'notti' di assenza.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 2 FORMATO: Numerico POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 248 - 249 VALORI AMMESSI: <i>numero giorni, oppure 2 zeri.</i>		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L30 – Inammissibilità dell'indicazione di giorni di permesso in DH L61 – Congruenza fra gg di permesso e gg di degenza		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	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. Quando si tratta di ricoveri di DH il campo prevede "due zeri". Nel caso di Ospedalizzazione Domiciliare, il campo assume il valore di "giorni di interruzione dell'assistenza a domicilio, per ricovero presso un presidio".		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Giornate di presenza in ricovero diurno	SI	54.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica – per l'attuale episodio di ricovero - il numero di giornate in cui il paziente è stato ospitato in Day Hospital, nel corso di un anno solare.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: numerico POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 250 - 252 VALORI AMMESSI: da 001 a 365 (Per regime ricovero = '1' codificare con 3 zeri.) TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L21 - Congruenza fra Regime di Ricovero, motivo del ricovero, numero giornate L24 - Congruenza fra giorni presenza e motivo del ricovero diurno L31 - Controllo gg di presenza L58 - Congruenza fra le date del ricovero diurno e i giorni di presenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	N.B.: - 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 motivo del ricovero diurno è = 1 (diagnostico), la procedura di valorizzazione riconosce solo una giornata di presenza, anche se questo campo contiene un valore superiore e se data dimissione > data ricovero.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Peso alla nascita	CONDIZIONATO	55.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: identifica il peso rilevato al momento della nascita e deve essere riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato, relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: N POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 253 - 256 VALORI AMMESSI: peso in grammi 20 ÷ 9999 TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L32 – Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	Il campo deve essere valorizzato (> 20 g): "data di nascita" = "data di ricovero" e "provenienza assistito" = "0", "1", "2", "8", "9". Il campo deve essere non valorizzato ('0000'), se il paziente ha più di 1 anno.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Modalità allattamento	CONDIZIONATO	56.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: codici definiti secondo le denominazioni O.M.S. Il campo viene valorizzato per ogni nuovo nato ed è finalizzato alla raccolta dati relativa al “Programma regionale di promozione e sostegno dell’allattamento al seno”.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 2 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 257 - 258 VALORI AMMESSI: codici O.M.S. . TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L37 - Compilazione campo «Allattamento»		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>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</p> <p>Il campo è obbligatorio quando “data di nascita” = “data di ricovero” e “provenienza assistito” = “0”.</p>		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Numero Scheda della madre	CONDIZIONATO	57.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: vi si rappresenta il numero di cartella clinica della madre.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 10 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 259 - 268 VALORI AMMESSI: numero di cartella clinica o dieci spazi o dieci "9". TABELLE DI RIFERIMENTO		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L36 - Compilazione campo «Numero scheda della madre»		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>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.</p> <p>OBBLIGATORIO se "data di nascita" = "data di ricovero" e "provenienza assistito" = "0".</p> <p>Se non si tratta di nuovo nato, inserire dieci spazi.</p> <p>In caso di mancato riconoscimento da parte della madre, inserire dieci "9".</p>		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Tipo Valuta	SI	58.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica che i valori economici sono espressi in Euro.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: A POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 269 - 269 VALORI AMMESSI: E TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il campo specifica con quale valuta dovranno essere interpretati tutti i valori economici presenti nella SDO. LEGENDA VALORI: E – EURO		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Tipo movimento	NO	59.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica la determinazione dell'Istituto di ricovero di sostituire o cancellare, nell'archivio centrale del CSI, una cartella già regolarmente accettata.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 140-140 / nel tracciato "Dati Clinici": 270-270 VALORI AMMESSI: spazio , S, C TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	N05 - Non elaborabile: Incongruenza fra tipo movimento e codici identificativi della SDO S15 - I° Invio - Fuori Tempo Massimo S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	<p>LEGENDA VALORI:</p> <p>”spazio” – primo invio “S” – sostituzione. “C” – cancellazione</p> <p>NB: per “Primo invio” si intende una cartella che</p> <ul style="list-style-type: none"> - non è mai stata inviata, - oppure è stata cancellata (mediante invio con Tipo movimento “C”), - oppure è stata respinta come “Non elaborabile” (errore Nxx) <p>Le date limite entro cui le cartelle devono essere inviate, sono fissate annualmente dall'Assessorato, indicativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I° invio - il termine del mese successivo a quello della data dimissione; - Sostituzione/Cancellazione - il termine del secondo mese successivo alla data dimissione. 		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	60.0
DESCRIZIONE:			
CORRETTEZZA <u>FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 271 - 271 VALORI AMMESSI: B o spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA <u>LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	61.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 272 - 272 VALORI AMMESSI: 1 spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Libera professione	NO	62.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Libera professione.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 273 - 273 VALORI AMMESSI: spazio, 1, 2, 3. TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L72 - Congruenza tra la tipologia di libera professione e l'onere della degenza		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	<p>Il campo ha valore solo per gli istituti pubblici ed equiparati.</p> <p>I valori ammessi assumono il seguente significato:</p> <p>spazio – SDO non in libera professione</p> <p>1 – ricovero con quota a carico del SSN del 50%</p> <p>2 – ricovero con quota a carico del SSN del 25%</p> <p>3 – ricovero a totale carico del paziente.</p> <p>L'abbattimento avviene sul valore dell'importo della prestazione (vedi paragrafo 3.2.6)</p>		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	63.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 274 - 274 VALORI AMMESSI: 1 spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica il Prolungamento degenza.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	64.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 275 – 282 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica la Data richiesta prolungamento.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	65.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 2 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 283 - 284 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica i Giorni prolungamento autorizzati.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	66.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 285 - 292 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica la Data di prima autorizzazione/NON autorizzazione prolungamento.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	67.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 293 - 300 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Nella precedente versione del presente documento – che resta in vigore per le SDO con ricovero precedente il 1 luglio 2013 - il campo identifica la Data di ultima autorizzazione prolungamento.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Nr. Scheda intervento 118	CON	68.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Numero scheda di intervento per ricoveri provenienti dal 118			
CORRETTEZZA <u>FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 13 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 301 - 313 VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO		
CORRETTEZZA <u>LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L83 - Congruenza tra provenienza assistito e n. scheda intervento 118		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	In questo campo deve essere riportato il numero di intervento 118, per i ricoveri con provenienza assistito = '8'.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Attività svolta nel reparto multispecialistico (cod. 02,04,67,97,98)	CON	69.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice della disciplina e del progressivo di divisione dell'attività svolta nel reparto multispecialistico			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 314 - 317 VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella delle discipline, eccetto i valori 02, 04, 67, 97, 98		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L20 - Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH L33 - Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato L48 - Congruenza tra regime di ricovero e posti letto deliberati L81 - Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico.		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	<p>I codici 02, 04, 67, 97 e 98 (reparti multifunzionali) non possono essere utilizzati nel campo 69.1, nel quale devono essere indicati i codici delle discipline effettivamente erogate.</p> <p>Con le prime due cifre si indica la disciplina, con le due successive il progressivo di divisione dell'attività svolta nel reparto multispecialistico.</p> <p>Nel caso di reparto definito, in Anagrafe delle Strutture, come "non ospedaliero" le due cifre corrispondenti al progressivo di divisione devono essere valorizzate con '00'.</p>		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Data prenotazione ricovero	CON	70.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: data di prenotazione del ricovero			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 318 - 325 VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	<p style="text-align: center;">CONTROLLI APPLICATI</p> L85 – Congruenza tra data prenotazione ricovero e data ricovero L90 – Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero L96 – Congruenza tra data di nascita e data di prenotazione L97 – Congruenza tra data di ricovero e data di prenotazione LA0 – Congruenza tra data di prenotazione e codice classe prenotazione S11 – Differenza tra data di prenotazione e data ricovero superiore a 730 giorni S12 – Differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 90 giorni con diagnosi principale di tumore		
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: il campo deve essere sempre compilato.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	T.S.O. durante il ricovero in disciplina 40 SPDC	CON	71.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indicazione del TSO intervenuto durante il ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate in disciplina 40 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 326 - 326 VALORI AMMESSI: S/N TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L86 -- Congruenza codice istituto, UO di ammissione, tipo del ricovero ordinario e ricovero in codice 40 SPDC		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	<p>Il campo è stato introdotto per rilevare l'esecuzione di un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) intervenuto durante l'episodio di ricovero. Pertanto, tale campo, deve essere compilato esclusivamente dalle strutture pubbliche ed equiparate, nel caso in cui il campo tipo del ricovero ordinario sia diverso da 3 (TSO – trattamento sanitario obbligatorio)</p> <p>Se durante il ricovero è stato eseguito un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) indicare "S"; altrimenti il campo deve essere compilato con "N"</p>		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Istituto di Cura di provenienza	CON	72.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: codice dell'istituto di cura di provenienza del paziente			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 + 2 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 327 - 334 VALORI AMMESSI: codice della Struttura di ricovero + codice dell'Istituto (XXXYYYYZ) oppure 99999999 per istituti di cura non italiani TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L87 - Congruenza provenienza assistito e istituto provenienza. LB9 - Congruenza fra UO e provenienza paziente.		
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 73.2, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero. Nel caso di istituto fuori regione, il codice bis, se non rilevabile, va compilato con "00". 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, Si veda paragrafo 3.3.6, Continuità acuzie / post-acuzie dei ricoveri RRF		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Istituto di Cura di destinazione	CON	73.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: codice istituto di cura di destinazione del paziente.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 + 2 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 335 - 342 VALORI AMMESSI: codice della Struttura di ricovero + codice dell'Istituto (XXXYYYYZ) oppure 99999999 per istituti di cura non italiani TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM o STS11 (per istituti della regione Piemonte)		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L88 – Congruenza tra modalità di dimissione assistito e istituto di destinazione		
<u>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</u>	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 73.2, altrimenti indicare il codice HSP11.Bis dell'istituto di ricovero. Nel caso di istituto fuori regione, il codice bis, se non rilevabile, va compilato con "00".		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Ricovero oltre 365 giorni	NO	74.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indicare "S" nel caso in cui la durata del ricovero sia superiore ai 365 giorni			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 343 - 343 VALORI AMMESSI: "S" o spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L22 – Controllo della durata massima di un ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	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.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	75.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 344 - 344 VALORI AMMESSI: spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	EuroSCOR	CON	76.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Sistema Europeo di Valutazione del Rischio Operatorio in Chirurgia Cardiaca			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 2 FORMATO: N POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 345 - 346 VALORI AMMESSI: da 00 a 44 TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il campo deve essere compilato solo dalle strutture: 010909.01 - 010909.02 - 01090.03 – 010905 – 010906 – 010907 – 010908 – 010611 – 010628 – 010643 per episodi di ricovero afferenti ai DRG 104, 105, 106, 108, 547, 548, 549 e 550. Per la determinazione del punteggio si veda tabella 5.17		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice classe prenotazione	CON	77.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: codice della classe di priorità della prenotazione			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 347 - 347 VALORI AMMESSI: A, B, C, D, P, N TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	LA0 – Congruenza tra data di prenotazione e codice classe prenotazione		
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; P = Accesso programmato con tempi indicati da protocolli diagnostico-terapeutici a seguito di precedente ricovero o di specifico altro trattamento, o per follow up, o per controllo. N = Classe non assegnata Il codice "N" deve essere utilizzato quando non è stato attribuito uno degli altri codici.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice malattie croniche/invalidanti e rare	OBB	78.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica il codice identificativo delle malattie rare ai sensi del D.M. nr. 329 del 28/05/1999 (malattie croniche/invalidanti) e del D.M. 279 del 18/05/2001 (malattie rare).			
CORRETTEZZA <u>FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 10 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 348 - 357 VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare, pubblicata sul sito extranet		
CORRETTEZZA <u>LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Indicare il codice "999999999" per pazienti non affetti dalle patologie in oggetto.		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	79.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 358 - 358 VALORI AMMESSI: spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	TEAM - ID Cittadino	CON	80.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Indicare il “Numero di identificazione personale” di cui al campo nr. 6 dalla tessera europea di assicurazione di malattia (TEAM)			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 25 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 141-160 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	LA4 - Congruenza tra Dati TEAM, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	TEAM - Codice istituzione competente	CON	81.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Indicare "Il numero di identificazione dell'istituzione competente", di cui al campo nr. 7 dalla tessera europea di assicurazione di malattia (TEAM)			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 28 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 161-188 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	LA4 - Congruenza tra Dati TEAM, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	TEAM - Numero identificazione	CON	82.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Indicare "Il numero di identificazione della tessera" di cui al campo nr. 8 previsto dalla tessera europea di assicurazione di malattia.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 20 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 189-208 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	LA4 - Congruenza tra Dati TEAM, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	TEAM - Data scadenza	CON	83.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Indicare la data di “Scadenza” di cui al campo nr. 9 della tessera europea di assicurazione malattia			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 209-216 VALORI AMMESSI: spazi, “ggmmaaaa” TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	LA4 - Congruenza tra Dati TEAM, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Qualifica beneficiario	NO	84.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Indica il codice della qualifica del beneficiario			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 217-217 VALORI AMMESSI: A, B, C, D, E TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, 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		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Codice riferimento normativo	NO	85.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Indica il riferimento normativo per la gestione della mobilità internazionale			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 218-221 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera). Per pazienti in possesso della tessera TEAM indicare "221A". Per pazienti ENI indicare "221R".		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Codice attestato	NO	86.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Indicare il codice dell'attestato per la gestione della mobilità internazionale			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 4 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 222-225 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera). Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "TEAM"		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Filler	NO	87.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 26 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 225-250 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Filler	NO	88.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO:			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 359-359 VALORI AMMESSI: spazi TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice Struttura inviante	SI	89.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice Titolare della struttura che eroga la prestazione, corrispondente alla P. IVA			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 360-362 VALORI AMMESSI: Codici delle strutture eroganti TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle strutture invianti nell'Anagrafe delle Strutture		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	LB1 - Congruenza fra Istituto di cura e/o Strutture di ricovero e Codice Azienda o Struttura erogante		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il codice è quello della Azienda o Struttura erogante e corrispondente alla partita IVA; es.: ASL = 201 / AO = 909 / Presidi o Privati equiparati = 921 / Privati accreditati = 620		

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Matricola di Ammissione	SI	90.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva di ammissione.			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 363-368 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	L17 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie L18 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. L82 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per lungodegenza L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza. LC4 - Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Matricola di Trasferimento 1	CON	91.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 1° trasferimento.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 369-374 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture, oppure "PrSocc" TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L17 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie L18 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. L82 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per lungodegenza L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento. LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il codice convenzionale "PrSocc" viene usato in corrispondenza dell'U.O. 99.99 per indicare i trasferimenti brevi (max 2 giorni) in pronto soccorso, durante i ricoveri di post-acuzie di Istituti Privati accreditati, Istituti classificati ed IRCCS.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Matricola di Trasferimento 2	CON	92.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 2° trasferimento.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 375-380 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture, oppure "PrSocc" TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L17 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie L18 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. L82 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per lungodegenza L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento. LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il codice convenzionale "PrSocc" viene usato in corrispondenza dell'U.O. 99.99 per indicare i trasferimenti brevi (max 2 giorni) in pronto soccorso, durante i ricoveri di post-acuzie di Istituti Privati accreditati, Istituti classificati ed IRCCS.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Matricola Trasferimento 3	CON	93.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 3° trasferimento.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 381-386 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture, oppure "PrSocc" TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L17 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie L18 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. L82 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per lungodegenza L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento. LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il codice convenzionale "PrSocc" viene usato in corrispondenza dell'U.O. 99.99 per indicare i trasferimenti brevi (max 2 giorni) in pronto soccorso, durante i ricoveri di post-acuzie di Istituti Privati accreditati, Istituti classificati ed IRCCS.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Matricola Trasferimento 4	CON	94.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 4° trasferimento.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 387-392 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture, oppure "PrSocc" TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L17 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie L18 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. L82 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per lungodegenza L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento. LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il codice convenzionale "PrSocc" viene usato in corrispondenza dell'U.O. 99.99 per indicare i trasferimenti brevi (max 2 giorni) in pronto soccorso, durante i ricoveri di post-acuzie di Istituti Privati accreditati, Istituti classificati ed IRCCS.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Matricola Trasferimento 5	CON	95.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 5° trasferimento.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 393-398 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L17 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie L18 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. L82 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per lungodegenza L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento. LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	Il codice convenzionale "PrSocc" viene usato in corrispondenza dell'U.O. 99.99 per indicare i trasferimenti brevi (max 2 giorni) in pronto soccorso, durante i ricoveri di post-acuzie di Istituti Privati accreditati, Istituti classificati ed IRCCS.		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Matricola di dimissione	OBB	96.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva di dimissione.			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 6 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 399-404 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	L17 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie L18 - Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. L82 - Congruenza fra Matricola di ammissione e Matricola di dimissione per lungodegenza L84 - Congruenza fra Istituto e Matricola di dimissione L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P. LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza. LB9 - Congruenza fra UO e provenienza paziente. LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Farmaco oncologico	CON	97.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Flag somministrazione farmaco oncologico ad alto costo			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: A POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 405-405 VALORI AMMESSI: spazio oppure S, oppure N TABELLE DI RIFERIMENTO		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	<p>Il campo deve essere valorizzato solo nel caso di SDO di chemioterapia (DRG 410), in tutti gli altri casi deve essere lasciato a spazio.</p> <p>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%.</p> <p>Il valore 'N' comporta che la SDO verrà valorizzata, in prima istanza,, senza abbattimento.</p> <p>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</p>		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Codice Causa esterna	CON	98.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Indica la causa esterna dei traumatismi, degli avvelenamenti e di altri effetti diversi.			
CORRETTEZZA <u>FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 5 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 406-410 VALORI AMMESSI: spazio, oppure codice E(E800-E999) della classificazione ICD 9 CM vers.2007 TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA <u>LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi.		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Numero passaggi personale non medico	CON	99.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Nel caso di Ospedalizzazione a Domicilio, indica il numero di visite fatte al paziente da personale sanitario non medico (infermieristico, riabilitativo, ecc. ...) nel periodo di ricovero			
<u>CORRETTEZZA FORMALE</u>	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: N POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 411-413 VALORI AMMESSI: 0 – 999 TABELLE DI RIFERIMENTO:		
<u>CORRETTEZZA LOGICA</u>	CONTROLLI APPLICATI		
	LC2 - Congruenza fra Regime di Ricovero, N. passaggi non medici e N. visite mediche		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Numero visite mediche	CON	0A.0
DESCRIZIONE DEL CAMPO: Nel caso di Ospedalizzazione a Domicilio, indica il numero di visite mediche al paziente, nel periodo di ricovero			
CORRETTEZZA FORMALE	LUNGHEZZA: 3 FORMATO: N POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 414-416 VALORI AMMESSI: 0 - 999 TABELLE DI RIFERIMENTO:		
CORRETTEZZA LOGICA	CONTROLLI APPLICATI		
	LC2 - Congruenza fra Regime di Ricovero, N. passaggi non medici e N. visite mediche		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.2.3 COMBINAZIONI DI VALORI CONSENTITI PER I CAMPI RELATIVI ALLA RESIDENZA ANAGRAFICA

CITTADINI ITALIANI

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere deg.	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, B	100	NO	SI	1,2,5,6 – A Carico SSN: 4 – A carico utente; B – A carico SASN
2	Residenti all'estero in paesi convenzionati, paesi UE o in paesi senza convenzione	a	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	9	100	SI	NO	A carico SSN
		b	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato	999+cod.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+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	9	100	NO	NO	A carico SSN
		d	Effettivo o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		e	Tutti 9 o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		f	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	B	100	NO	NO	A carico SASN

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.d 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).

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

CITTADINI STRANIERI

N.	Tipologia utente STRANIERO		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di Residenza	Regione di residenza	Asl di Residenza	Onere deg.	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 oppure tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	A	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero dell'Interno
		b	Effettivo oppure 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 con iscrizione SSN in quanto lavoratore italiano	a	Effettivo oppure tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	1,2,5,6	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico SSN
4	Non residenti in Italia (frontalieri, naviganti, aereotrasportati ...)	a	Effettivo	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		c	Effettivo oppure tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4,9	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	4 – A carico dell'utente 9 – A carico SSN
5	Non residenti in Italia (paesi in convenzione) senza iscrizione SSN (temporaneo soggiorno)	a	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	SI	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

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di Residenza	Regione di residenza	Asl di Residenza	Onere deg.	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
		c	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero dell'interno
6	Residenti in paesi UE / SSE / Svizzera, che non possono fare l'iscrizione facoltativa	a	Codice ENI (*)	ENI+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero dell'Interno
		b	Codice ENI (*)	ENI+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
7	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 dell'Interno
		b	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
8	Illegalmente presenti (STP) (non valido per residenti in paesi UE / SSE / Svizzera)	a	Codice STP (*)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	8	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	A carico SSN
		b	Codice STP (*)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero dell'Interno
		c	Codice STP (*)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
9	Neonati con genitori stranieri non residenti e non iscritti SSN	a	Tutti 0	della madre	della madre	della madre	Stesso della madre	Quella del padre o della madre	NO	NO	Stesso della madre
10	Neonati con genitori, di cui uno italiano, non residenti e non iscritti SSN.	a	Tutti 0	della madre	della madre	della madre	Stesso della madre	Quella del padre o della madre	NO	NO	Stesso della madre
11	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

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di Residenza	Regione di residenza	Asl di Residenza	Onere deg.	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
12	Apolide	a	Tutti 9	999999	999	999	1,2,5,6,9	999	NO	NO	A carico SSN
		b	Tutti 9	999999	999	999	B	999	NO	NO	A carico del SASN
		c	Tutti 9	999999	999	999	4	999	NO	NO	A carico dell'utente
13	Naviganti operanti presso compagnie italiane (residenti e non)	a	Effettivo oppure tutti 9 oppure tutti 0	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	B	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico del SASN
		b	Tutti 9	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	B	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico del SASN

(*) 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.

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

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 e
di italiani residenti all'estero, temporaneamente presenti in Italia.

"8" = ricovero a carico del SSN di stranieri regolari con dichiarazione di indigenza.

"9" = altro.

"A" = ricovero a carico del Ministero dell'Interno di stranieri regolari insolventi (solo urgenze) o STP con dichiarazione di indigenza
(in caso di prestazioni urgenti o comunque essenziali).

"B" = ricovero a carico del Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti.

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.3 Tabella dei controlli logici - normativi

5.3.1 PREMESSA

E' articolata in quattro colonne:

N° Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "correttezza logica" delle schede.

Descrizione dei Controlli

Descrive per esteso ogni controllo pretariffazione applicato nella procedura.

Tipo CTR Si utilizzano le abbreviazioni:

- B = controllo bloccante
- LC = controllo comune al ricovero ordinario ed a quello diurno
- LO = controllo riferito al solo ricovero ordinario
- LD = controllo riferito al solo ricovero diurno

Campo A sua volta articolata in due colonne (N° e Nome) che enumerano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "correttezza logica", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.3.2 I CONTROLLI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L01	La data di ricovero e la data di dimissione devono essere comprese nel periodo di esistenza della Struttura di ricovero (HSP11).	L	04.1	Struttura di ricovero
		C	24.0	Data ricovero
			34.1	Data dimissione
L02	L'Istituto di Cura (HSP11.Bis) deve appartenere all'Azienda Sanitaria territoriale .	L	03.0	ASL territoriale
		C	04.0	Istituto di Cura
L03	Se Regime di ricovero = 2 (Day Hospital) o Z (A Domicilio) allora Tipo di ricovero ordinario = spazio.	L	02.0	Regime Ricovero
		C	26.0	Tipo di ricovero ordinario
L04	Se Regime di ricovero=1(Ricovero Ordinario) o Z(A Domicilio) allora Motivo ricovero diurno = spazio.	L	02.0	Regime Ricovero
		C	27.0	Motivo ricovero diurno
L05	Corrispondenza fra l'anno di Data Ricovero e le prime quattro cifre del numero scheda.	L	05.1	Anno di riferimento del Numero Scheda
		C	24.3	Anno di ricovero
L06	Se Regime di ricovero = 2 (DH) e motivo del ricovero diurno è diverso da 5 oppure 6 allora l'anno della data ricovero deve corrispondere con l'anno della data di dimissione.	L	02.0	Regime Ricovero
		D	24.3	Anno ricovero
			27.0	Motivo del ricovero diurno
			34.1.3	Anno dimissione
L07	La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di ricovero.	L	11.0	Data Nascita
		C	24.0	Data Ricovero
L08	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 pazienti residenti all'estero / ENI / STP - nel campo 15.0 deve essere indicato un codice di stato estero, valido alla data di dimissione; lo stesso codice deve trovarsi nella seconda parte (caratteri 4:6) del campo 14.0 Per pazienti apolidi - i campi 14.0 e 15.0 devono essere valorizzati con "tutti 9"		14.0	Regione di residenza
			15.0	Provincia e Comune di Residenza
			34.1	Data dimissione
L09	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 - il campo 16.0 deve essere valorizzato a '999'	L C	14.0	Provincia e Comune di Residenza
			16.0	ASL di residenza
			34.1	Data dimissione
L10	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 5.3 degli allegati.	L C	14.0	Regione di residenza
			15.0	Provincia e Comune di Residenza
			16.0	ASL di residenza
			17.0	Onere degenza
L11	Per regime di ricovero = 2 (DH) non possono esistere trasferimenti, cioè i campi trasferimento devono essere nulli.	L D	02.0	Regime Ricovero
			29.0	U.O. trasferimento 1
			30.0	U.O. trasferimento 2
			31.0	U.O. trasferimento 3
			32.0	U.O. trasferimento 4
L12	Per regime di ricovero = 2 (DH) deve essere:	L	02.0	Regime Ricovero
		D	90.0	Matricola di ammissione

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	Matricola di dimissione = Matricola di ammissione		96.0	Matricola di dimissione
L13	Per regime di ricovero ordinario, le date di accesso nelle U.O. devono essere correttamente correlate nel tempo: Data trasferimento 1° >= Data ricovero Data trasferimento n >= Data trasferimento n-1 Data dimissione >= Data ricovero Data dimissione >= Data ultimo trasferimento Data elaborazione >= Data dimissione	L O	24.0	Data ricovero
			29.1	Data trasferimento 1
			30.1	Data trasferimento 2
			31.1	Data trasferimento 3
			32.1	Data trasferimento 4
			33.1	Data trasferimento 5
L14	Per regime di ricovero ordinario, nel caso di trasferimenti: - se è valorizzato un campo Data trasferimento, deve essere valorizzato il campo U.O. trasferimento corrispondente, e viceversa - per i trasferimenti da 2 a 5, se esiste un trasferimento “n” deve esistere un trasferimento “n – 1”	L O	29.0	Trasferimento 1
			30.0	Trasferimento 2
			31.0	Trasferimento 3
			32.0	Trasferimento 4
			33.0	Trasferimento 5
L15	Per regime di ricovero ordinario Se non sono avvenuti trasferimenti: Matricola di dimissione = Matricola di ammissione Se sono avvenuti trasferimenti: il codice Matricola dell’ U.P. che accetta deve essere diverso da quello dell’ U.P. che trasferisce (tranne che per i campi trasferimento 1 e trasferimento 2 quando sia compilato anche il campo trasferimento 5); inoltre Matricola di dimissione = Matricola dell’ultima U.P. che ha accettato il trasferimento.	L O	90.0	Matricola di ammissione
			29.1	Data Trasferimento 1
			91.0	Matricola Trasferimento 1
			30.1	Data Trasferimento 2
			92.0	Matricola Trasferimento 2
			31.1	Data Trasferimento 3
			93.0	Matricola Trasferimento 3
			32.1	Data Trasferimento 4
			94.0	Matricola Trasferimento 4
			33.1	Data Trasferimento 5
			95.0	Matricola Trasferimento 5
96.0	Matricola di dimissione			
L16	Per gli Istituti pubblici o equiparati, in regime di ricovero ordinario, se: - la disciplina dell’U.O. di ammissione è di RRF (28, 56, 75) - e Provenienza assistito è: “trasferito da Istituto pubblico o privato” (codice 4, 5 o 6), o “trasferito da altro regime di ricovero” (codice 7) o “ricovero precedente entro il n. gg previsto” (codice C) - e tipo ricovero ordinario è “programmato”(codice 1) allora il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57.x	L O	23.1	Disciplina U.O. ammissione
			25.0	Provenienza assistito
			26.0	Tipo ricovero ordinario
			37.0	Diagnosi principale di dimissione
L17	Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie Per regime di ricovero ordinario, - 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)	L O	90.0	Matricola di ammissione
			91.0	Matricola trasferimento 1
			92.0	Matricola trasferimento 2
			93.0	Matricola trasferimento 3
			94.0	Matricola trasferimento 4
			95.0	Matricola trasferimento 5
			96.0	Matricola di dimissione
L18	Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e di dimissione, per RFF	L O	90.0	Matricola di ammissione
			91.0	Matricola trasferimento 1
			92.0	Matricola trasferimento 2

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	<p>Per le SDO di RO, con discipline RRF (28,56,75)</p> <ul style="list-style-type: none"> - la disciplina della Matricola di ammissione deve essere uguale alla disciplina della Matricola di dimissione. <p>Per istituti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non sono ammessi neppure i cambi di livello all'interno della disciplina 56. <p>Per istituti privati accreditati, Istituti Classificati ed IRCCS sono ammessi trasferimenti brevi in Pronto Soccorso (Matricola "PrSocc") di Istituti pubblici.</p>		93.0	Matricola trasferimento 3
			94.0	Matricola trasferimento 4
			95.0	Matricola trasferimento 5
			96.0	Matricola di dimissione
L20	<p>Per ricoveri in Regime diurno, se Motivo del ricovero diurno = 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - allora la disciplina dell'U.O. ammissione deve essere di RRF (28, 56 o 75), <p>oppure, se l'U.O. ammissione è multispecialistica (02) allora</p> <ul style="list-style-type: none"> - il campo 69.1 (cod. Disciplina del reparto multispecialistico) deve contenere il codice di una disciplina di RRF (28, 56, 75); <p>Viceversa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se la disciplina dell'UO è 56, Motivo del ricovero diurno deve essere 4; non sono ammessi valori diversi; - se la disciplina dell'UO è 28, o 75, Motivo del ricovero diurno può essere 4, oppure 3; non sono ammessi altri valori. 	L D	02.0	Regime di ricovero
			23.1	Disciplina U.O. ammissione
			27.0	Motivo del ricovero diurno
			69.1	Cod. Disciplina del reparto multispecialistico
L21	<p>Per il ricovero in regime diurno,</p> <ul style="list-style-type: none"> - devono essere riportate le informazioni relative ai campi Motivo del ricovero diurno e Giornate di presenza in ricovero diurno. 	L D	27.0	Motivo del ricovero diurno
			54.0	Giornate di presenza in ricovero diurno
L22	<p>Per regime di ricovero ordinario</p> <ul style="list-style-type: none"> - la durata massima della degenza è di un anno, ad eccezione delle richieste opportunamente documentate e contrassegnate con il flag "ricovero oltre 365 gg". <p>Se il campo "Ricovero oltre 365 giorni" è spazio</p> <ul style="list-style-type: none"> - allora Data dimissione – Data ricovero deve essere minore o uguale a 365. 	L O	34.1	Data dimissione
			24.0	Data ricovero
			74.0	Ricovero oltre 365 giorni
L23	<p>Le date dell'intervento principale e degli eventuali altri interventi /procedure devono essere comprese tra la data di ricovero e la data dimissione.</p> <p>Inoltre se è valorizzato il campo intervento principale</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere indicata la data, nel campo data intervento principale. <p>NB.: Nel caso si vogliono codificare procedure in pre-ricovero, o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro i 7 giorni successivi la data di dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> - inserirle nel primo campo libero altro intervento/procedura senza specificarne la data di esecuzione. <p>Non vale il viceversa: non è possibile valorizzare un campo data intervento, se non è valorizzato anche il corrispondente codice intervento.</p>	L C	24.0	Data di ricovero
			34.1	Data dimissione
			43.0	Intervento chirurgico principale
			44.0	Altro intervento 1 o procedura
			45.0	Altro intervento 2 o procedura
			46.0	Altro intervento 3 o procedura
			47.0	Altro intervento 4 o procedura
			48.0	Altro intervento 5 o procedura
L24	Controllo non più attivo			
L25	Se Riscontro autoptico = 1 (= eseguita autopsia)	L	35.0	Modalità dimissione

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	- allora Modalità dimissione = 1 (= deceduto).	C	36.0	Riscontro autoptico
L26	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 posta = 2 è quello di “impianto doppio di Protesi Cocleare”.	L	50.1	Codice protesi 1
		C	50.2	Quantità protesi 1
L27	Controllo non attivo			
L28	Il codice Provincia e Comune di residenza deve essere esistente nell’anno di ricovero.	L	24.3	Anno di ricovero
		C	15.0	Provincia e Comune di residenza
L29	Esistenza e validità delle Matricole, 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 Anagrafe delle strutture, 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.)	L	24.0	Data di ricovero
		C	90.0	Matricola di ammissione
			29.1	Data trasferimento
			91.0	Matricola trasferimento 1
			30.1	Data trasferimento 2
			92.0	Matricola trasferimento 2
			31.2	Data trasferimento 3
			93.2	Matricola trasferimento 3
			32.2	Data trasferimento 4
			94.0	Matricola trasferimento 4
			33.2	Data trasferimento 5
			95.0	Matricola trasferimento 5
34.1	Data di dimissione			
96.0	Matricola di dimissione			
L30	Se Regime di Ricovero = 2, allora Giorni di permesso = due zeri.	L	02.1	Regime ricovero
		D	53.0	Giorni permesso
L31	Se Regime di ricovero = 1 o Z, Giorni di presenza = tre zeri. Se Regime di ricovero = 2, Giorni di presenza diverso da 0.	L	02.1	Regime ricovero
		O	54.0	Giorni di presenza
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita Peso alla nascita deve essere valorizzato se - data di ricovero = data di nascita e - provenienza assistito = 0, 1, 2, 8, 9. Viceversa, Peso alla nascita non deve essere valorizzato se il paziente ha più di un anno di età.	L	11.0	Data di nascita
		C	24.0	Data ricovero
			25.0	Provenienza assistito
			55.0	Peso alla nascita
L33	Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 0, allora: U.O. di ammissione = 31.xx (nido).	L	11.0	Data di nascita
		C	23.0	U.O. di ammissione
			24.0	Data ricovero
			25.0	Provenienza assistito
			69.0	Attività svolta in reparto multispecialistico
L35	Se data di ricovero = data di nascita, allora:	L	08.0	Codice Fiscale
		C	11.0	Data di nascita

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	- Codice fiscale = sedici zeri (e viceversa) oppure - Codice fiscale = sedici nove (stranieri) oppure - Codice effettivo se disponibile		24.0	Data ricovero
L36	Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 0, allora: Numero scheda della madre deve essere valorizzato;	L C	11.0 24.0 25.0 57.0	Data di nascita Data ricovero Provenienza assistito Numero scheda della madre
L37	Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 0, allora: Modalità di allattamento deve essere valorizzato	L C	11.0 24.0 25.0 56.0	Data di nascita Data ricovero Provenienza assistito Modalità Allattamento
L38	Se Cognome e Nome = “Anonimo”, allora: Codice fiscale = sedici “9” oppure Codice fiscale = sedici “0”	L C	06.0 07.0 08.0	Cognome Nome Codice Fiscale
L39	Se la Struttura è provvisoriamente / definitivamente accreditata e il regime ricovero = 2, allora: la disciplina dell’UO di ricovero deve essere diverso da 40.	L D	04.1 02.1 23.1	Struttura di ricovero Regime di ricovero Disciplina di ricovero
L40	Se Regione di residenza = “999”, allora Codice fiscale = sedici “9” oppure Codice fiscale = sedici “0” Se Regione di residenza = codice stato estero, allora Codice fiscale = effettivo, oppure sedici “9”, oppure codice ISI (11 caratteri) più 5 spazi	L C	08.0 14.0	Codice Fiscale Regione di residenza
L42	Controllo non più attivo per dimissioni con competenza 2003 o Superiore			
L43	Deve essere: data dimissione < data del giorno di elaborazione	L C	34.1	Data dimissione
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.	L O	04.0 23.0 24.0 29.1 29.2 30.1 30.2 31.1 31.2 32.1 32.2 33.1 33.2	Istituto di Cura U.O. ammissione Data di ricovero Data trasferimento 1 U.O. trasferimento 1 Data trasferimento 2 U.O. trasferimento 2 Data trasferimento 3 U.O. trasferimento 3 Data trasferimento 4 U.O. trasferimento 4 Data trasferimento 5 U.O. trasferimento 5
L45	Controllo non più attivo dalla competenza 2003			
L46	Congruenza fra Codice trapianto, Regime ricovero e Struttura di ricovero / U.O. Se uno dei Codici intervento è un trapianto di cornea - la SDO di RO, o di DH, deve avere ricovero/trasferimento, in	L O	02.0 04.0 23.1 29.2 30.2	Regime di ricovero Istituto di Cura Disciplina U.O. ammissione Disciplina U.O. transf. 1 Disciplina U.O. transf. 2

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	un U.O. 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 69.1). se altro il trapianto - Regime di ricovero deve essere 1 (RO); - deve esserci compatibilità con l'Istituto di cura (HSP11.Bis) come indicato nella tabella 5.11.		31.2	Disciplina U.O. trasf. 3
			32.2	Disciplina U.O. trasf. 4
			33.2	Disciplina U.O. trasf. 5
			43.2	Cod. Intervento principale
			44.2	Cod. altro intervento 1
			45.2	Cod. altro intervento 2
			46.2	Cod. altro intervento 3
			47.2	Cod. altro intervento 4
			48.2	Cod. altro intervento 5
			69.1	Cod. Disciplina del reparto multispecialistico
L47	Incompatibilità fra DRG e ricovero in DH I ricoveri per parto, DRG da 370 a 375, non possono essere fatti in regime di Day-Hospital.	L C	02.0	Regime di ricovero
L48	Se Regime di ricovero = 2, in Strutture provvisoriamente / definitivamente accreditate - se Day hospital (Motivo del ricovero diurno = 1 / 3 / 4) allora l'U.P. di ammissione deve avere posti letto di day hospital accreditati o autorizzati; - se Day surgery (Motivo del ricovero diurno = 5 / 6) allora l'U.P. di ammissione deve avere posti letto di day hospital accreditati; - inoltre, se Day surgery con pernottamento (Motivo del ricovero diurno = 6) 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 69.1	L D	02.0	Regime di ricovero
			04.1	Struttura di ricovero
			27.0	Motivo del ricovero diurno
			69.1	Disciplina svolta nel reparto multispecialistico
			96.0	Matricola di ammissione
L49	Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH Gli interventi elencati nella tabella 5.12 non sono eseguibili in regime di Day-Hospital.	L C	02.0	Regime di ricovero
			43.2	Intervento principale
L50	Controllo non attivo			
L51	Congruenza fra DRG di Parto ed esistenza di U.P. di ostetricia e ginecologia 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).	L O	02.0	Regime di ricovero
			04.1	Struttura di ricovero
L52	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.	L C	24.0	Data ricovero
			11.0	Data di nascita
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di Neuroriabilitazione (UO 75xx).	L C	23.0	U.O. di ammissione
			34.2	U.O. di dimissione
			29.2	U.O. trasferimento 1

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	Se U.O. della disciplina 75 (Neuroriabilitazione) il DRG attribuito alla SDO deve appartenere alla MDC = 1. Solo l'Ospedale S. Luigi di Orbassano può avere anche delle SDO per ricoveri nella disciplina 75 con DRG della MDC = 4 o 5.		30.2	U.O. trasferimento 2
			31.2	U.O. trasferimento 3
			32.2	U.O. trasferimento 4
			33.2	U.O. trasferimento 5
L54	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)	L O	Da 38.0 a 42.0	Diagnosi secondarie
L55	Se esiste un UO 39xx (Pediatria) allora deve essere verificato che l'età calcolata rispetto alla data di ricovero non sia > di 18 anni. Sono previste eccezioni se vale una delle seguenti condizioni: - Presenza di codici malattie croniche/invalidanti e rare compreso tra RAxxxx e RQxxxx. - 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"	L C	11.0 23.0 24.0 29.2 30.2 31.2 32.2 33.2 37.0 38.0 39.0 40.0 41.0 42.0 78.0	Data di nascita U.O. di ammissione Data ricovero U.O. trasferimento 1 U.O. trasferimento 2 U.O. trasferimento 3 U.O. trasferimento 4 U.O. trasferimento 5 Diagnosi principale Diagnosi secondaria 1 Diagnosi secondaria 2 Diagnosi secondaria 3 Diagnosi secondaria 4 Diagnosi secondaria 5 Codice malattie croniche/invalidanti
L57	Se Motivo del ricovero diurno vale 5 o 6: - se codice diagnosi principale è uguale a V641 oppure a V643 allora il campo Intervento chirurgico principale non deve essere valorizzato: - con altre diagnosi il campo Intervento chirurgico principale deve essere valorizzato.	L D	27.0 43.2	Motivo del ricovero diurno Codice intervento chirurgico principale
L58	Nei ricoveri diurni deve essere: Giorni presenza = < (Data dimissione - Data ricovero) + 1	L D	24.0 34.1 54.0	Data ricovero Data dimissione GG presenza in Ric. Diurno
L59	Strutture private definitivamente accreditate abilitate a ricoveri di cardiocirurgia Se_DRG è uno dei seguenti: 104 – 105 – 106 – 108 – 547 – 548 – 549 – 550 allora la Struttura privata deve essere abilitata per la cardiocirurgia, HSP11: 010628 – 010611 - 010643.	L C	04.1	Struttura di ricovero
L60	Controllo non attivo			
L61	Le giornate di permesso non possono essere uguali o superiori alle giornate di degenza.	L O	24.0 34.1 53.0	Data Ricovero Data Dimissione Giorni Permesso
L62	Controllo non attivo			
L63	Controllo non attivo			

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO		
			N°	NOME	
L64	Controllo non attivo				
L65	Controllo non attivo				
L66	Controllo non attivo				
L67	Controllo non attivo				
L68	Controllo non attivo				
L69	Controllo non attivo				
L70	Controllo non attivo				
L71	Controllo non attivo				
L72	Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza Per strutture pubbliche: - 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. Per istituti privati non sono ammessi ricoveri in Libera Professione	L	04.1	Struttura di ricovero	
			O	17.0	Onere degenza
				62.0	Libera professione
L73	Congruenza tra onere di degenza e tipologia di erogazione Gli oneri 5 e 6 non sono ammessi per Strutture private	L	04.1	Struttura di ricovero	
			O	17.0	Onere degenza
L74	Congruenza tra data di richiesta prolungamento e data della D.G.R di riferimento La data di richiesta prolungamento non può essere anteriore alla data di entrata in vigore della D.G.R. di riferimento.	L	63.0	Prolungamento degenza	
			O	64.0	Data richiesta prolungamento degenza
L75	Congruenza tra ricovero ripetuto e tipologia di erogatore. Se ricovero ripetuto = N, la SDO deve provenire da un reparto di post-acuzie di una Struttura privata.	L	04.1	Struttura di ricovero	
			O	34.2	U.O. di dimissione
				49.0	Flag ricovero ripetuto
L76	Per ricovero ordinario, in Strutture private provvisoriamente / definitivamente accreditate, se - l'U.O. di ammissione è di RFF di II° livello (disciplina 56 e sub-codice 1) - Provenienza assistito è "trasferito da Istituto pubblico o privato" (codice 4, 5), o "trasferito da altro regime di ricovero" (codice 7), o "ricovero precedente entro il n. gg previsto" (codice C) - Tipo ricovero ordinario è "programmato" (codice 1) allora il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57.x	L	04.1	Struttura di ricovero	
			O	23.0	U.O. ammissione
				25.0	Provenienza assistito
				26.0	Tipo ricovero ordinario
				37.0	Diagnosi principale di dimissione
L77	Congruenza tra Struttura di ricovero e motivo del ricovero diurno. I codici 1 e 4 non sono accettati per le Strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate.	L	04.1	Struttura di ricovero	
			D	27.0	Motivo del ricovero

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L78	Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura. Se la Struttura è provvisoriamente/definitivamente accreditata - ed il DRG è di tipo medico (esclusi i DRG 124, 125, 323 con presenza della procedura 98.51) - ed il codice del motivo ricovero diurno uguale 5 o 6, - e la diagnosi principale è diversa da V64.1 o V64.3, allora uno dei campi codice procedura deve essere compreso nell'elenco: 31.43 – 34.23 – 34.24 – 34.25 – 48.31 – 48.34 – 56.91 – 57.17 – 58.31 – 58.39	L D	04.1	Struttura di ricovero
			27.0	Motivo del ricovero
			37.0	Diagnosi principale di dimissione
			43.2	Cod. intervento principale
			44.2	Cod. altro intervento 1
			45.2	Cod. altro intervento 2
			46.2	Cod. altro intervento 3
			47.2	Cod. altro intervento 4
			48.2	Cod. altro intervento 5
L79	Congruenza tra Traumatismi/intossicazioni, RO e campi diagnosi Se RO, il campo Traumatismi/intossicazioni deve essere compilato quando nei primi tre caratteri di uno dei campi diagnosi, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995 In tutti gli altri casi, il campo Traumatismi/intossicazioni deve essere nullo.	L O	02.0	Regime ricovero
			28.0	Traumatismi/intossicazioni
			37.0	Diagnosi principale
			38.0	Diagnosi secondaria 1
			39.0	Diagnosi secondaria 2
			40.0	Diagnosi secondaria 3
			41.0	Diagnosi secondaria 4
			42.0	Diagnosi secondaria 5
L80	Congruenza tra codice intervento chirurgico principale e data intervento principale. In presenza di un codice intervento principale, deve essere presente la relativa data e viceversa.	L O	43.1	Data intervento chirurgico. Principale
			43.2	Codice intervento chirurgico Principale
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 il campo 69.0 deve essere valorizzato. 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 il campo 69.0 deve essere nullo.	L D	02.0	Regime di ricovero
			04.1	Struttura di ricovero
			23.1	Disciplina U.O. ammissione
			27.0	Motivo del ricovero diurno
			34.2	UO di dimissione
			69.0	Attività svolta nel reparto multispecialistico (cod. 02, 04, 67, 97, 98)
L82	Congruenza fra Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per lungodegenza Per ricoveri ordinari, se la Matricola di dimissione è di lungodegenza (60-0), U.S.V (60-1), o lungodegenza N.P. (60-4) - anche la Matricola 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. Per istituti privati accreditati, Istituti Classificati ed IRCCS - sono ammessi trasferimenti brevi in Pronto Soccorso (Matricola "PrSocc") di Istituti pubblici.	L O	02.0	Regime di ricovero
			90.0	Matricola di ammissione
			91.0	Matricola trasferimento 1
			92.0	Matricola trasferimento 2
			93.0	Matricola trasferimento 3
			94.0	Matricola trasferimento 4
			95.0	Matricola trasferimento 5
96.0	Matricola di dimissione			
L83	Congruenza tra provenienza assistito e n. scheda intervento 118	L	25.0	Provenienza Assistito

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	Se il campo provenienza assistito è valorizzato con il codice 8, allora deve essere valorizzato il campo N. Scheda intervento 118; vale il viceversa.	O	68.0	N. scheda intervento 118
L84	Congruenza tra Istituto di cura e Matricola di dimissione, alla data di dimissione. La Matricola di dimissione deve esistere nell'ambito dell'Istituto di cura (HSP11.Bis), alla data di dimissione.	L	04.0	Istituto di cura
		O	34.1	Data dimissione
			96.0	Matricola di dimissione
L85	Congruenza tra data prenotazione ricovero e data ricovero. La data di prenotazione deve precedere strettamente la data del ricovero; indipendentemente dal regime di ricovero	L	24.0	Data Ricovero
		O	70.0	Data prenotazione
L86	Il campo Ricovero in codice 40 SPDC deve essere compilato con S o N se la Struttura di ricovero è pubblica, la UO di ammissione è 40 ed il tipo del ricovero ordinario è diverso da 3 (TSO).	L	04.1	Struttura di ricovero
		O	23.0	U.O. di ammissione
			26.0	Tipo del ricovero ordinario
			71.0	Ricovero in codice 40 SPDC
L87	Congruenza tra Provenienza assistito ed Istituto di provenienza Se provenienza assistito indica un trasferimento diretto (4, 5, 6 o 7) o un ricovero precedente in connessione (C) allora il codice istituto di provenienza deve essere valorizzato e viceversa.	L	25.0	Provenienza assistito
		O	34.2.1	Disciplina U.O. dimissione
			72.0	Istituto provenienza
L88	Congruenza tra Modalità di dimissione ed Istituto di destinazione Per tutti gli istituti: se modalità dimissione vale 6 (trasferimento ad altra struttura di ricovero, pubblica o privata., per acuti) o 8 (trasferimento ad istituto, pubblico o privato, di riabilitazione o postacuzie) allora il codice istituto di destinazione deve essere valorizzato (e viceversa) Inoltre per gli istituti piemontesi: - se modalità di dimissione = 6, l'istituto deve avere un reparto di acuzie; - se modalità di dimissione = 8, l'istituto deve avere un reparto di postacuzie oppure deve essere un STS11 di attività extra ospedaliera; - nel caso di dimissioni da reparti 73 (Terapia Intensiva Neonatale) si indica modalità di dimissione = 8, per trasferimenti ad istituti con reparti infantili di minor intensità: 31 Nido / 39 Pediatria.		35.0	Modalità dimissione
			73.0	Istituto destinazione
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Tipo ricovero ordinario Tipo ricovero ordinario 6, "ricovero urgente tramite pronto soccorso", non è ammesso per Strutture private.	L	04.1	Struttura di ricovero
		O	26.0	Tipo ricovero ordinario
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e	L	02.0	Regime ricovero
		O	26.0	Tipo del ricovero ordinario

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	Data prenotazione ricovero Se regime di ricovero = 1 allora il campo data di prenotazione deve essere compilato solo se tipo del ricovero ordinario vale 1 (ricovero programmato) oppure 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione) Se regime di ricovero = 2 il campo data di prenotazione deve essere sempre compilato. Se regime di ricovero = Z il campo non deve essere compilato.		70.0	Data prenotazione ricovero
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione) Per ognuna delle Matricole (di trasferimento 1,2,3,4,5 e dimissione) della cartella, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento ad altra U.P. o dimissione), in Anagrafe delle Strutture, devono esistere Posti letto - ordinari se il ricovero è ordinario; - per DH se il ricovero è day hospital; inoltre, solo per le Strutture private: - se onere degenza è 1 o 2: i letti devono essere accreditati e contrattati ; - se onere degenza è 4: i letti devono essere autorizzati e possono essere non accreditati o accreditati .	L	02.0	Regime ricovero
		C	04.1	Struttura di ricovero
			17.0	Onere degenza
			29.1	Data Trasferimento 1
			30.1	Data Trasferimento 2
			31.1	Data Trasferimento 3
			32.1	Data Trasferimento 4
			33.1	Data Trasferimento 5
			34.1	Data Dimissione
			90.0	Matricola di ammissione
			91.0	Matricola trasferimento 1
			92.0	Matricola trasferimento 2
			93.0	Matricola trasferimento 3
	94.0	Matricola trasferimento 4		
	95.0	Matricola trasferimento 5		
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 (esclusi i DRG 124, 125, 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 – 34.25 – 48.31 – 48.34 – 56.91 – 57.17 – 58.31 – 58.39	L	43.2	Cod. intervento principale
		D	02.0	Regime di ricovero
			27.0	Motivo del ricovero diurno
L93	Per Strutture private prov./definitivamente accreditate non è ammesso il codice provenienza 6 "trasferito da istituto privato non accreditato"	L	04.1	Struttura di ricovero
		C	25.0	Provenienza assistito
L94	Congruenza tra Strutture private non accreditate ed onere degenza. Se la Struttura è privata non accreditata l'onere di degenza deve essere uguale a 4.	L	04.1	Struttura di ricovero
		C	17.0	Onere di 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 nella tabella 5.11 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	04.1	Struttura di ricovero
		O	37.0	Diagnosi principale
			38.0	Diagnosi secondaria 1
			39.0	Diagnosi secondaria 2
			40.0	Diagnosi secondaria 3
			41.0	Diagnosi secondaria 4
			42.0	Diagnosi secondaria 5
			43.2	Cod. intervento principale
			44.2	Cod. altro intervento 1
			45.2	Cod. altro intervento 2
			46.2	Cod. altro intervento 3
	47.2	Cod. altro intervento 4		
	48.2	Cod. altro intervento 5		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO		
			N°	NOME	
	l'importo della protesi non verrà riconosciuto.		50.1	Codici protesi I	
L96	Congruenza tra Data prenotazione e Data nascita. La data di prenotazione deve essere superiore alla data di nascita del paziente.	L	11.0	Data nascita	
		O	70.0	Data prenotazione	
L97	Congruenza tra Data prenotazione e Data ricovero. La differenza tra la data di prenotazione e la data di ricovero deve essere meno di 1460 giorni.	L	24.0	Data ricovero	
		O	70.0	Data prenotazione	
L98	Congruenza tra Struttura di ricovero e Tipo produzione. Se la Struttura è provvisoriamente/definitivamente accreditata o è un presidio equiparato, il campo tipo produzione deve essere valorizzato.	L	04.1	Struttura di ricovero	
		O	75.0	Tipo produzione	
L99	Per le seguenti Strutture, HSP11: 010611 – 010628 – 010643 – 010905 – 010906 – 010907 – 010908 – 010909.01 – 010909.02 – 010909.03 il campo EuroSCOR deve essere compilato in presenza di codici intervento appartenenti alla lista riportata in tab. 5.18 Viceversa, in assenza di tali codici, o per SDO di in assenza di codici o istituti altre strutture, il campo EuroSCOR non deve essere compilato.	L	04.1	Struttura di ricovero	
		O	43.2	Codice intervento princip. ed altri codici intervento	
			44.2		
			45.2		
			46.2		
			47.2		
48.2	76.0	EuroSCOR			
LA0	Congruenza tra Data di prenotazione e Codice Classe prenotazione. Se la data di prenotazione è compilata il campo codice classe di prenotazione deve essere compilato e viceversa	L	70.0	Data di prenotazione	
		O	77.0	Codice Classe prenotazione	
LA1	Controllo non attivo.				
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.	L	04.1	Struttura di ricovero	
		C	17.0	Onere degenza	
LA3	Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero. Se il tipo di ricovero ordinario assume valore 5 – nuovo nato, la data di ricovero deve coincidere con la data di nascita.	L	11.0	Data di nascita	
			O	24.0	Data ricovero
				26.0	Tipo ricovero ordinario
LA4	Congruenza tra informazioni della Tessera europea assicurazione malattia, Onere degenza, Codice fiscale e Residenza del paziente. I dati della TEAM devono essere valorizzati se: - onere degenza = '7' - il campo 08.0 contiene un Codice fiscale "tutti 9" - il campo 15.0 viene compilato con '999'+ cod. di uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE e Svizzera. I dati della TEAM non sono obbligatori se il paziente (italiano o straniero) ha un Codice fiscale effettivo. Per pazienti ENI o STP tali dati non devono essere valorizzati.	L	08.0	Codice Fiscale	
			C	15.0	Provincia e Comune di residenza
				17.0	Onere degenza
				80.0	TEAM – Id cittadino
				81.0	TEAM – Codice istituzione competente
				82.0	TEAM – Numero identificazione
83.0	TEAM – Data scadenza				
LA5	Congruenza informazioni mobilità internazionale, Codice fiscale e Residenza del paziente. I campi Qualifica Beneficiario, Codice Riferimento Normativo e	L	08.0	Codice Fiscale	
			C	15.0	Provincia e Comune di residenza

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	<p>Codice Attestato devono essere valorizzati, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onere degenza ='7' - il campo 08.0 contiene un Codice fiscale "tutti 9" - il campo 15.0 viene compilato con '999'+ cod. di uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE e Svizzera. <p>Gli stessi dati non sono obbligatori se il paziente (italiano o straniero) ha un Codice fiscale effettivo</p> <p>Per pazienti ENI il Codice Riferimento Normativo deve essere valorizzato a "221R"; gli altri non devono essere valorizzati.</p> <p>Per pazienti STP tali dati non devono essere valorizzati.</p>		17.0	Onere degenza
			84.0	Qualifica beneficiario
			85.0	Codice riferimento normativo
			86.0	Codice attestato
LA6	Controllo non attivo.			
LA7	Controllo non attivo.			
LA8	<p>Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed onere degenza</p> <p>Se DRG 467 con</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosi V593 ed intervento 41.91, <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosi V5902 ed intervento 99.79, <p>allora onere degenza deve essere 9</p>	L C	17.0 37.0 38.0 39.0 40.0 41.0 42.0	Onere degenza Codice diagnosi principale o secondaria
			43.2 44.2 45.2 46.2 47.2 48.2	Codice intervento principale ed altri codici intervento
LA9	<p>Congruenza fra motivo del ricovero diurno, codice diagnosi principale e onere degenza</p> <p>Se motivo di ricovero diurno vale 5 o 6 e codice diagnosi principale uguale a V642, la SDO verrà scartata.</p>	L D	27.0 37.0	Motivo ricovero diurno Codice diagnosi principale
LB0	<p>DRG 351 inesistente nella D.G.R. 44-2139 del 07.02.2006</p> <p>Se DRG = 351 allora la SDO viene scartata.</p>	L C		
LB1	<p>Congruenza fra Struttura di ricovero e Codice Azienda/Struttura erogante</p> <p>Il codice Azienda/Struttura erogante (collegato alla partita IVA) deve essere quello associato al codice della Struttura di ricovero.</p>	L C	04.1 89.0	Struttura di ricovero Codice Struttura inviante
LB2	<p>Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.</p> <p>Se esiste una Data trasferimento allora deve essere valorizzato il campo Matricola trasferimento corrispondente e viceversa.</p> <p>Se DH od Ospedalizzazione Domiciliare, i campi Matricola trasferimento non devono essere valorizzati</p>	L C	02.0 29.1 91.0 30.1 92.0 31.1 93.1 32.1 94.0 33.1 95.0	Regime di ricovero Data trasferimento 1 Matricola trasferimento 1 Data trasferimento 2 Matricola trasferimento 2 Data trasferimento 3 Matricola trasferimento 3 Data trasferimento 4 Matricola trasferimento 4 Data trasferimento 5 Matricola trasferimento 5
LB3	<p>Congruenza fra Matricola, HSP11, U.O., Regime Ricovero, Motivo del ricovero diurno ed Onere Degenza.</p>	\	02.0 04.1 17.0	Regime di ricovero Struttura di ricovero Onere Degenza

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	<p>I codici Matricola di tutte le U.P. (di ammissione, trasferimento e dimissione), non nulli, devono:</p> <p>esistere nella Struttura (HSP11) ed essere associati</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle U.O. gerarchicamente corrispondenti (di ammissione, trasferimento e dimissione), - all'Attività della SDO e all'Onere degenza, secondo le seguenti regole: <p><u>Strutture pubbliche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1.a – RO / Osp.Domiciliare - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30110 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 nb.: 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 <p><u>Strutture private</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. - RO - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30110; b. -DH chirurgico - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30120; c. - DH medico - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30130. <p>Il codice matricola convenzionale "PrSoc", può essere inserito a fronte di trasferimento breve (max 2 giorni) in Pronto soccorso, all'interno (non ammissione/dimissione) di ricoveri di post-acuzie in Istituti privati accreditati, Istituti Classificati ed IRCCS.</p>			27.0 Motivo del ricovero diurno 69.0 Attività svolta nel reparto multispecialistico 90.1 Matricola di ammissione 23.0 U.O. di ammissione 91.0 Matricola trasferimento 1 29.2 U.O. trasferimento 1 92.2 Matricola trasferimento 2 30.2 U.O. trasferimento 2 93.0 Matricola trasferimento 3 31.2 U.O. trasferimento 3 94.0 Matricola trasferimento 4 32.2 U.O. trasferimento 4 95.0 Matricola trasferimento 5 33.2 U.O. trasferimento 5 96.0 Matricola di dimissione 34.2 U.O. di dimissione
LB4	Controllo non attivo.			
LB5	<p>Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG</p> <p>Se DH ed il DRG è 410,</p> <ul style="list-style-type: none"> - con diagnosi principale V672, V58.11 o V58.12; - e presenza della procedura 99.25 o 99.28 <p>=> il campo Farmaco Oncologico deve essere valorizzato ad 'S' o 'N';</p> <p>in tutti gli altri casi deve essere lasciato a spazio.</p>			02.0 Regime di ricovero 37.0 Diagnosi principale 43.2 Cod. Intervento principale 44.2 Cod. altro intervento 1 45.2 Cod. altro intervento 2 46.2 Cod. altro intervento 3 47.2 Cod. altro intervento 4 48.2 Cod. altro intervento 5 97.0 Farmaco Oncologico
LB6	<p>Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week-surgery</p> <p>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).</p>	L C		04.1 Struttura di ricovero 23.1 Disciplina di ammissione 29.1 Data trasferimento 1 34.1 Data dimissione
LB7	Congruenza fra ricovero in week-surgery data di ricovero e data di	L		23.1 Disciplina di ammissione

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	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.	C	24.0	Data ricovero
			29.1	Data trasferimento 1
			34.1	Data dimissione
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		29.2.1	Disciplina U.O. trasf.1
			30.2.1	Disciplina U.O. trasf.2
			31.2.1	Disciplina U.O. trasf.3
			32.2.1	Disciplina U.O. trasf.4
			33.2.1	Disciplina U.O. trasf.5
LB9	Congruenza fra UO e provenienza paziente 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		04.0	Istituto di cura
			16.0	ASL di residenza
			72.0	Istituto di provenienza
			96.0	Matricola di dimissione
LC0	Congruenza fra Regime 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.		02.0	Regime di ricovero
			04.0	Istituto di cura
LC1	Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza del paziente. Se il Regime di ricovero è Z – Ospedalizzazione a domicilio, il paziente deve essere residente in Piemonte.		02.0	Regime di ricovero
			14.0	Regione di residenza
LC2	Congruenza fra Regime ricovero, N. passaggi non medici e N. visite mediche. Se il Regime di ricovero è Z – Ospedalizzazione a domicilio, la somma tra N.passaggi non medici e N.visite mediche non deve essere 0. Viceversa per altri Regimi di ricovero (RO e DH) entrambi i campi 99.0 e 0A.0 devono essere valorizzati a 000.		02.0	Regime di ricovero
			99.0	N. passaggi non medici
			0A.0	N. visite mediche
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza se il campo Modalità dimissione è valorizzato a 'B', => la Matricola di dimissione deve corrispondere ad un reparto di U.S.V. => la Data dimissione deve essere il 31/12 dell'anno precedente a quello di competenza della SDO. => la durata della degenza deve essere superiore a 120 gg.		24.0	Data ricovero
			34.1	Data dimissione
			35.0	Modalità dimissione
			96.0	Matricola di dimissione
LC4	Congruenza fra 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'		08.0	Codice Fiscale
			24.0	Data ricovero
			25.0	Provenienza Assistito
			90.1	Matricola di ammissione

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
LC5	Congruenza età del paziente. Alla data di dimissione, l'età del paziente non può risultare superiore ai 120 anni		11.0	Data di nascita
LC6	Codice fiscale non certificato. Il Codice fiscale non esiste né nel database del servizio AURA né in quello del MEF.		08.0	Codice fiscale
LC7	Congruenza fra Sesso del paziente e Codice fiscale certificato. I dati anagrafici della SDO devono coincidere con quelli del database di certificazione del Codice fiscale (AURA o MEF).		08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso
LC8	Congruenza fra Data di Nascita e Codice fiscale certificato. I dati anagrafici della SDO devono coincidere con quelli del database di certificazione del Codice fiscale (AURA o MEF).		08.0	Codice fiscale
			11.0	Data nascita
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi. Se ricovero ordinario con diagnosi (principale o secondaria) di trauma / intossicazione (cioè compresa tra le diagnosi dei gruppi 800-904 e 910-995) - il campo Codice Causa esterna deve essere compilato		02.0	Regime di ricovero
			37.0	Diagnosi principale
			38.0	Diagnosi secondaria 1
			39.0	Diagnosi secondaria 2
			40.0	Diagnosi secondaria 3
			41.0	Diagnosi secondaria 4
			42.0	Diagnosi secondaria 5
LD0	Congruenza tra Provenienza Assistito e disciplina di dimissione Se Provenienza Assistito = C, il reparto deve essere di RFF.		25.0	Provenienza assistito
			34.2.1	Disciplina U.O.dimissione
N01	SDO non elaborata per errori formali sui campi fondamentali	B	04.0	Istituto di cura
			05.0	Numero Scheda
			24.0	Data ricovero
			34.1	Data dimissione
			59.0	Tipo Movimento
N02	SDO non elaborata per anno di competenza inesistente	B	34.1.3	Anno di dimissione
N03	SDO non elaborata perché appartenente ad un supporto interamente scartato per errata quadratura sul numero dei record	B		
N05	SDO non elaborata Se Tipo movimento = spazio (I° invio), allora <u>non deve esistere</u> 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 Tipo movimento = C (cancellazione), allora <u>deve esistere</u> 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 Tipo movimento = S, non è obbligatorio che esista una SDO precedente (può essere un I° invio).	B	05.0	Numero scheda
			59.0	Tipo movimento
			34.1	Data di dimissione
N06	SDO non elaborata perché pervenuta oltre la chiusura definitiva dell'archivio (ad esempio dimissioni dell'anno 2000 pervenute dopo il 31.12.2001)	B	34.1	Data di dimissione

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
N07	SDO non elaborata perché viene sostituita la data di dimissione dopo la chiusura dell'anno (28 febbraio).	B	34.1	Data dimissione
N08	SDO non elaborata - Anno contabile chiuso, cancellazione SDO non ammessa. Non è possibile inviare richieste di cancellazione (tipo movimento C) dopo la chiusura dell'anno contabile.	B	34.1	Data dimissione
N09	SDO non elaborata - Day hospital in Strutture private non accreditate Le Strutture private non accreditate non possono inviare SDO di day hospital.	B	02.0	Regime ricovero
			04.1	Struttura di ricovero
N10	SDO non elaborata - Dati clinici senza Anagrafica. 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.	B	04.1	Struttura di ricovero
			05.0	Numero Scheda
			59.0	Tipo Movimento
N11	SDO non elaborata - Anagrafica senza dati clinici. 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.	B	04.1	Struttura di ricovero
			05.0	Numero Scheda
			59.0	Tipo Movimento
N12	SDO non elaborata - Anagrafica con chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento) duplicata	B	04.1	Struttura di ricovero
			05.0	Numero Scheda
			59.0	Tipo Movimento
N13	SDO non elaborata - Dati clinici con chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento) duplicata	B	04.1	Struttura di ricovero
			05.0	Numero Scheda
			59.0	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).	B	34.1.3	Anno dimissione
A01	Controllo non attivo.			
A02	Controllo non attivo.			
S01	Se (regime di ricovero = 1) e (U.O. di ammissione = 56) e (provenienza assistito ≠ 4, 5, 6, 7, o C) allora, per le strutture pubbliche o equiparate, se DRG ≠ 462 sostituzione dei valori del DRG con il valore 462 e della MDC con il valore 23 e segnalazione all'utente	L C	02.0	Regime di ricovero
			23.1	U.O. di ammissione
			25.0	Provenienza Assistito
S02	Se DRG = 469 o 470 allora segnalazione all'utente.	L C		
S03	SDO elaborata nel periodo EXTRA COMPETENZA La cartella è "Fuori Tempo Massimo". Viene inserita nell'archivi 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" ed "S16"	L C		
S04	SDO cancellata; vengono segnalate le schede trasmesse con tipo movimento = 'C'.	L C		

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
S05	SDO con valorizzazione a zero: vengono segnalate le 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	L C		
S06	Controllo non attivo.			
S07	Controllo non attivo.			
S08	Controllo non attivo.			
S09	Controllo non attivo.			
S10	Se RRF di II° liv. (U.O. di ammissione = 56 sub-codice 1) e (provenienza assistito ≠ 4, 5, 7, o C) allora, per le Case di Cura private provvisoriamente accreditate, se DRG ≠ 462 sostituzione dei valori del DRG con il valore 462 e della MDC con il valore 23 e segnalazione all'utente.	L C	23.1	U.O. di ammissione
S11	Se differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è superiore a 730 giorni.	L O	24.0	Data di ricovero
S12	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.	L O	70.0	Data di prenotazione
			24.0	Data di ricovero
			37.0	Diagnosi principale di dimissione
			70.0	Data di prenotazione
S13	Segnalazione non più attiva.	L C		
S14	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (BAR/TS-AURA)	L C	16.0	ASL di residenza
			34.1	Data dimissione
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.	L C	34.1	Data dimissione
			59.0	Tipo movimento
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.	L C	34.1	Data dimissione
			59.0	Tipo movimento

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
S17	Validità 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: la cartella viene <u>accettata condizionatamente</u> , la verifica con SOGEI verrà eseguita in futuro e, <u>se il Codice fiscale risulterà non certificato, la SDO verrà annullata</u> e segnalata alla struttura inviante, in modo che possa essere rinvia corretta Sono esclusi dalla verifica i codici anonimi (tutti 9 / tutti 0) e i codici STP / ENI	L C	08.0	Codice Fiscale
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 (vedi par.3.3.6). 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.	L C	02.0	Regime ricovero
			08.0	Codice Fiscale
			23.1	Disciplina di ammissione
			24.0	Data Ricovero
			72.0	Istituto di Provenienza
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie. Non è stato indicato l 'istituto di provenienza, oppure, per il momento, non esiste in archivio una SDO con le caratteristiche richieste (vedi par.3.3.8). 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.	L C	08.0	Codice Fiscale
			23.1	Disciplina di ammissione
			24.0	Data Ricovero
			72.0	Istituto di Provenienza
S20	Accessi DH per RRF, non valorizzabili. Il numero di accessi in DH indicato (campo 54.0) supera il massimo annuale riconoscibile, i giorni in eccesso non verranno valorizzati.	L C	02.0	Regime ricovero
			34.2.1	Disciplina U.O. dimissione
			54.0	Giorni presenza in DH
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo 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 DRG, senza l'applicazione di tariffe aggiuntive o sostitutive	L C	04.0	Istituto di cura
			43.0	Intervento principale
			44.0	Altro intervento 1 o proc.
			45.0	Altro intervento 2 o proc.
			46.0	Altro intervento 3 o proc.
			47.0	Altro intervento 4 o proc.
			48.0	Altro intervento 5 o proc.
50.0	Protesi			

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.3.3 TABELLA CODICI HSP11 DEGLI ISTITUTI PUBBLICI

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
201	010007	00	1	OSPEDALE MARTINI	TORINO
201	010010	00	1	OSPEDALE OFTALMICO	TORINO
201	010012	00	1	OSPEDALE EVANGELICO VALDESE	TORINO
202	010003	00	1	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO
202	010011	00	1	TORINO NORD EMERGENZA S. GIOVANNI BOSCO	TORINO
202	010013	00	1	OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA	TORINO
203	010030	00	1	<i>OSPEDALI RIUNITI PINEROLO</i>	<i>PINEROLO</i>
203	010030	01	1	OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	PINEROLO
203	010030	02	1	OSPEDALE DI TORRE PELLICE	TORRE PELLICE
203	010030	03	1	OSPEDALE DI POMARETTO	POMARETTO
203	010079	00	1	<i>OSPEDALI RIUNITI RIVOLI</i>	<i>COLLEGNO</i>
203	010079	01	1	OSPEDALE DEGLI INFERMI	RIVOLI
203	010079	02	1	OSPEDALE CIVILE DI GIAVENO	GIAVENO
203	010079	03	1	OSPEDALE VILLA S.AGOSTINO	AVIGLIANA
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	<i>PRESIDI OSPED. RIUNITI A.S.L. 6 CIRIE'</i>	<i>CIRIE'</i>
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	<i>OSPEDALI RIUNITI DEL CANAVESE</i>	<i>IVREA</i>
204	010023	01	1	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	IVREA
204	010023	02	1	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	CUORGNE'
204	010023	03	1	OSPEDALE CIVILE DI CASTELLAMONTE	CASTELLAMONTE
204	010023	04	2	S.A.A.P.A. S.P.A. OSPEDALE DI SETTIMO	SETTIMO TORINESE
205	010004	00	1	<i>OSPEDALI RIUNITI A.S.L. 8</i>	<i>CHIERI</i>
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

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
206	010009	00	1	OSPEDALE UNICO DEL VERCELLESE	VERCELLI
206	010009	01	1	OSPEDALE S. ANDREA	VERCELLI
206	010009	02	1	OSPEDALE SS.PIETRO PAOLO	BORGOSIESA
207	010085	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
209	010005	03	2	CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE	OMEGNA
210	010027	00	1	PRESIDIO UNIFICATO FOSSANO-CARAGLIO CN1	FOSSANO
210	010027	01	1	OSPEDALE MAGGIORE SS. TRINITA' FOSSANO	FOSSANO
210	010027	02	1	PRESIDIO DI CARAGLIO CN1	CARAGLIO
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
211	010120	00	1	OSP. S.LAZZARO-ALBA E S. SPIRITO BRA	ALBA
211	010120	01	1	OSPEDALE CIVICO DI SAN LAZZARO - ALBA	ALBA
211	010120	02	1	OSPEDALE SANTO SPIRITO BRA	BRA
212	010008	00	1	OSPEDALI RIUNITI ASL AT	ASTI
212	010008	01	1	PRESIDIO OSPEDALIERO CARDINAL G. MASSAIA	ASTI
212	010008	02	1	PRESIDIO OSPEDALIERO S. SPIRITO-VALLE BELBO	NIZZA M.TO
213	010026	00	1	OSPEDALI RIUNITI ASL AL	CASALE MONFERRATO
213	010026	01	1	OSPEDALE S. SPIRITO CASALE	CASALE MONFERRATO
213	010026	02	1	OSPEDALE VALENZA	VALENZA
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

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
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
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	02	0	OSPEDALE DERMATOLOGICO S. LAZZARO	TORINO
909	010909	03	0	OSPEDALE S.GIOVANNI ANTICA SEDE	TORINO
909	010909	04	0	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	TORINO
909	010909	05	0	IST.CHIR.ORTOP. REGINA MARIA ADELAIDE	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	010890	00	8	PRESIDIO SANITARIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI – ONLUS	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
997	010897	00	8	PRESIDIO SANITARIO OSPEDALE COTTOLENGO	TORINO

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati accreditati

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
612	201	010612	00	5	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	TORINO
655	201	010655	00	5	D.T.R. CELLINI	TORINO
611	202	010611	00	5	CASA DI CURA VILLA MARIA PIA	TORINO
613	202	010613	00	5	CASA DI CURA VILLA CRISTINA	TORINO
614	203	010614	00	5	STRUTTURA PRIVATA CASA DI CURA VILLE AUGUSTA SRL	BRUINO
615	203	010615	00	5	STRUTTURA PRIVATA CASA DI CURA VILLA PATRIZIA SRL	PIOSSASCO
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. PRESIDIO EPOREDIESE	IVREA
617	204	010617	00	5	CASA DI CURA VILLE "TURINA AMIONE" – Istituto Suore S. Giuseppe di Susa	S. MAURIZIO CANAVESE
619	204	010619	00	5	CASA DI CURA LA BERTALAZONA	S. MAURIZIO CANAVESE
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
620	205	010620	00	5	CASA DI CURA VILLA DI SALUTE	TROFARELLO
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. MONSIGNOR LUIGI NOVARESE – Silenziosi Operai della Croce	MONCRIVELLO
627	207	010627	00	5	CASA DI CURA SAN GIORGIO	VIVERONE
656	207	010656	00	5	LA VIALARDA SPA	BIELLA
628	208	010628	00	5	CASA DI CURA S. GAUDENZIO	NOVARA
630	208	010630	00	5	CASA DI CURA SAN CARLO ARONA	ARONA
649	208	010649	00	5	CASA DI CURA I CEDRI	FARA NOVARESE
629	209	010629	00	5	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	CAMBIASCA
633	210	010633	00	5	ISTITUTO CLIMATICO DI ROBILANTE	ROBILANTE
634	210	010634	00	5	CASA DI CURA MONTESERRAT	BORGO SAN DALMAZZO
647	210	010647	00	5	CASA DI CURA STELLA DEL MATTINO – Fondazione Orizzonte Speranza ONLUS	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
626	213	010640	00	5	CLINICA SALUS ALESSANDRIA	ALESSANDRIA
641	213	010641	00	5	CASA DI CURA VILLA IGEA	ACQUI TERME
642	213	010642	00	5	CASA DI CURA S. ANNA	CASALE MONFERRATO

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
643	213	010643	00	5	NUOVA CASA DI CURA CITTA DI ALESSANDRIA	ALESSANDRIA

5.5 Tabella codici HSP11 delle Strutture Private accreditate di day surgery di tipo “C”

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
		Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
653	201	010653	00	9	PROMEIA S.R.L.	TORINO
661	205	010661	00	9	LISA S.R.L. AMB. POLISPECIALISTICO E DAY SURGERY	CARMAGNOLA
654	212	010654	00	9	CENTRO CHIRURGICO GUTTUARI	ASTI

5.6 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati non accreditati

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
		Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
601	201	010601	00	5	CLNICA PINNA PINTOR	TORINO
603	201	010603	00	5	CASA DI CURA SUORE DOMENICANE	TORINO
604	201	010604	00	5	CASA DI CURA SEDES SAPIENTIAE	TORINO
610	201	010610	00	5	CASA DI CURA FORNACA DISESSANT	TORINO
662	201	010662	00	9	MOD CENTRO MEDICO CHIRURGICO	TORINO
664	201	010664	00	9	PRESIDIO SANITARIO PRIVATO MEDICENTER	TORINO
663	203	010663	00	9	MEDICAL SERVICE S.A.S	PINEROLO
660	208	010660	00	9	CENTRO MEDICO SAN LUIGI VIA PIAVE	BORGOMANERO
659	210	010659	00	9	CASA DI CURA PRIVATA TERAPEUTICENTER	CARAMAGNA PIEMONTE

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 nell’Anagrafe regionale delle strutture sanitarie.

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.7 Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS)

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto (Codice STS11 / RIA11)	Tipo Attività	Denominazione	Comune
	201	010080	27	FONDAZIONE PRO JUVENTUTE D. GNOCCHI	TORINO
	201	570293	26	HOSPICE ONCOLOGICO F.A.R.O. ONLUS	TORINO
	204	070447	26	HOSPICE LANZO	LANZO TORINESE
	204	070544	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE) PRESSO VILLA SCLOPIS	SALERANO D'IVREA
	204	570023	28	RESIDENZA ANNI AZZURRI – VOLPIANO	VOLPIANO
	205	670125	28	RESIDENZA ANNI AZZURRI - SANTENA	SANTENA
	206	070558	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE - GATTINARA	GATTINARA
	207	570271	26	HOSPICE L'ORSA MAGGIORE S.R.L.	BIELLA
	207	570296	28	LA VIALARDA S.p.A.	BIELLA
	208	570234	28	CASA DI CURA I CEDRI S.P.A.	FARA NOVARESE
	209	010117	27	ISTITUTO SACRA FAMIGLIA	VERBANIA
	210	070155	26	HOSPICE	BUSCA
	211	010151	27	CENTRO DI RIABILITAZIONE G. FERRERO	ALBA
	213	010211	27	CENTRO PAOLO VI ONLUS	CASALNOCETO
	213	070553	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE IL GELSO	ALESSANDRIA
	208	070545	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE) PRESSO IL PRESIDIO SAN ROCCO - GALLIATE	GALLIATE

Legenda Tipo Attività

26	Assistenza .malati terminali/Hospice
27	Riabilitazione extraospedaliera ex art.26
28	Assistenza soggetti in stato vegetativo permanente

5.8 Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery

Codice	Istituto	Ubicazione
010009-02	OSPEDALE SS. PIETRO PAOLO	Borgosesia
010085-00	OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA	Biella
010909-04	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	Torino
010909-07	OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA	Torino

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.9 Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina

Codice ICD-9-CM v.2007	Intervento chirurgico	Istituti abilitati	
	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 52.82 + 55.69	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

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.10 Tabella Interventi/Procedure non eseguibili in Day Hospital

Codice ICD-9-CM v.2007	Descrizione
00.91	Trapianto da donatore parente, vivente
00.92	Trapianto da donatore non-parente, vivente
00.93	Trapianto da cadavere
07.94	Trapianto del timo
30.3	Laringectomia completa
30.4	Laringectomia radicale
31.1	Tracheostomia temporanea
31.21	Tracheostomia mediastinica
31.29	Altra tracheostomia permanente
33.50	Trapianto del polmone sai
33.51	Trapianto unilaterale del polmone
33.52	Trapianto bilaterale del polmone
33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
37.51	Trapianto di cuore
37.52	Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale
37.53	Riparazione o sostituzione di un'unità toracica di sistema di sostituzione cardiaca totale
37.63	Riparazione di sistema di assistenza cardiaca
37.64	Rimozione di sistemi di circolazione assistita
37.65	Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno
39.65	Ossigenazione extracorporea delle membrane [ecmo]
41.00	Trapianto di midollo osseo sai
41.01	Trapianto di midollo osseo autologo senza depurazione
41.02	Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione
41.03	Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione
41.04	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione
41.05	Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione
41.06	Trapianto di cellule staminali da sangue prelevato da vasi del cordone ombelicale
41.07	Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione
41.08	Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche con depurazione
41.09	Trapianto autologo di midollo osseo con depurazione
46.97	Trapianto dell'intestino
50.51	Trapianto di fegato ausiliario
50.59	Altro trapianto del fegato
52.80	Trapianto del pancreas, sai
52.81	Reimpianto di tessuto pancreatico
52.82	Trapianto omologo di pancreas
52.83	Trapianto eterologo di pancreas
52.84	Autotrapianto di cellule delle isole di langerhans
52.85	Allotrapianto di cellule delle isole di langerhans
52.86	Trapianto di cellule delle isole of langerhans sai
55.53	Espianto di rene trapiantato
55.69	Eterotrapianto (indipendentemente da cadavere o vivente)
63.53	Trapianto del cordone spermatico
65.92	Trapianto di ovaio
96.72	Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.11 Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive, o sostitutive, in istituti / reparti autorizzati

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 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 010909 - 01	Tariffa aggiuntiva
Diagnosi 332 in qualsiasi posizione e intervento 0293	---	Stimolatore cerebrale (codice 220)	---	010909 - 01 010909 - 04	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)		Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento	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)		Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento	Tariffa sostitutiva

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.12 Tabella di prestazioni ad alto costo con tariffe sostitutive in istituti / reparti autorizzati

<i>Codici Diagnosi ed intervento ICD-IX-CM</i>	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
Codici intervento: 44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91	288	Interventi per obesità		
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	

5.13 Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare

Tabella pubblicata sul sito extranet

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.14 Tabella codici attività economica principale

01	agricoltura, caccia, silvicoltura
02	Pesca, piscicoltura e servizi connessi
03	industria estrattiva (estrazione mineraria e petrolio e servizi connessi)
04	industria alimentare, bevande e tabacco (produzione, lavorazione e conservazione di prodotti alimentari e bevande)
05	industria tessile (preparazione, tessitura, confezionamento di articoli tessili o vestiario comprese pellicce e vestiario in pelle)
06	industria del pellame (preparazione e concia del cuoio e fabbricazione di articoli derivati quali borse, calzature, ecc.)
07	industria del legno (esclusi i mobilifici che vanno codificati con il codice 17)
08	industria della carta, stampa ed editoria
09	industria dei combustibili (fabbricazione coke, raffineria petrolio)
10	industria chimica e fibre sintetiche
11	industria della gomma e della plastica
12	industria della ceramica, vetro, materiale per edilizia
13	industria del metallo (produzione e trasformazione ferro, acciaio, leghe e altri metalli)
14	Fabbricazione, installazione, manutenzione di apparecchi meccanici (escluse autovetture che vanno codificate con il codice 16)
15	Fabbricazione macchine e apparecchiature elettriche ed ottiche (macchine per ufficio, computer, apparecchiature elettriche, radio, TV, strumenti di precisione e ottici)
16	Fabbricazione mezzi di trasporto (auto, moto, aerei, navi, ecc.)
17	altre industrie manifatturiere (mobilifici, gioielleria, giocattoli, riciclaggio, ecc.)
18	produzione e distribuzione di energia elettrica, gas e acqua
19	Edilizia
20	commercio all'ingrosso e al dettaglio
21	alberghi e ristoranti
22	trasporti, magazzinaggio, comunicazioni (comprese poste e telecomunicazioni e agenzie di viaggio)
23	intermediazione monetaria e finanziaria (banche, assicurazioni, intermediatori finanziari)
24	attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca, altre attività professionali e imprenditoriali
25	pubblica amministrazione e difesa, assicurazione sociale obbligatoria
26	istruzione (tutti i livelli)
27	Sanità e altri servizi sociali
28	altri servizi pubblici, sociali e personali (associazioni di categoria - sindacati, partiti politici -, attività ricreative, organizzazioni religiose, spettacolo, sport, smaltimento rifiuti, ecc.)
29	servizi domestici presso famiglie e convivenza
30	organizzazioni ed organismi extraterritoriali (ONU, CEE, ecc.)
31	non dichiarato
99	Non ha mai svolto un'attività lavorativa stabile

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.15 Tabelle per individuazione punteggio EuroSCOR

Il campo deve essere compilato solo:

- dalle strutture: 010905 – 010906 – 010907 – 010908 – 010909 (bis 01,02,03) – 010611 – 010628 – 010643
- in presenza di codici intervento appartenenti all'elenco riportato nella successiva tab. 5.18

Il valore da inserire nel campo è la somma determinata dai valori dei tre fattori di valutazione

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 broncodilatatori 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 progressi	2

Fattori Relativi alla funzione cardiaca		
Fattore	Definizione	Punteggio
Angina instabile	Angina che necessita la infusione di trinitrina fino ll'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

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

5.16 Tabella interventi che richiedono la compilazione del punteggio EuroSCOR

Codice ICD-IX-CM	Intervento
3510	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
3511	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
3512	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
3513	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
3514	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
3520	Sostituzione di valvola cardiaca non specificata
3521	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
3522	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
3523	Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
3524	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
3525	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
3526	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
3527	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
3528	Altra sostituzione di valvola tricuspide con protesi
3531	Interventi sul muscolo papillare
3532	Interventi sulle corde tendinee
3533	Annuloplastica
3534	Infundibulectomia
3535	Interventi sulle trabecole carnose del cuore
3539	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
3542	Creazione di difetto settale nel cuore
3550	Riparazione di difetto settale non specificato del cuore con protesi
3551	Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta
3552	Riparazione di difetto del setto interatriale con sutura diretta
3553	Riparazione con protesi di difetto del setto interventricolare
3554	Riparazione con protesi di difetto dei cuscinetti endocardici
3560	Riparazione di difetto in setto non specificato del cuore con innesto tissutale
3561	Riparazione di difetto del setto interatriale con innesto tissutale
3562	Riparazione di difetto del setto interventricolare con innesto tissutale
3563	Riparazione di difetto dei cuscinetti endocardici con innesto tissutale
3570	Altra e non specificata riparazione di difetto intersettale non specificato del cuore
3571	Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interatriale
3572	Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interventricolare
3573	Altra e non specificata riparazione di difetto dei cuscinetti endocardici
3581	Correzione totale di tetralogia di fallot
3582	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare
3583	Correzione totale del tronco arterioso
3584	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove
3591	Trasposizione interatriale del ritorno venoso
3592	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare
3593	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
3594	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
3595	Revisione di procedure correttive del cuore
3598	Altri interventi sui setti del cuore
3599	Altri interventi sulle valvole del cuore
3603	Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto
3610	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, sai
3611	Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica
3612	Bypass aortocoronarico di due arterie coronariche
3613	Bypass aortocoronarico di tre arterie coronariche

**CONTROLLI APPLICATI AL
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Codice ICD-IX-CM	Intervento
3614	Bypass aortocoronarico di quattro o più arterie coronariche
3615	Bypass singolo arteria mammaria interna - - arteria coronarica
3616	Bypass doppio arteria mammaria interna - arteria coronarica
3617	Bypass arteria addominale - arteria coronarica
3619	Altro bypass per rivascularizzazione cardiaca
362	Rivascularizzazione cardiaca mediante innesto arterioso
3691	Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici
3699	Altri interventi sui vasi del cuore
3710	Incisione cardiaca sai
3711	Cardiotomia
3732	Asportazione di aneurisma del cuore
3733	Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto
3762	Inserzione di sistemi di assistenza cardiaca non impiantabili
3794	Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [aicd]

DISCIPLINARE TECNICO

**SISM - FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE
PER IL
MONITORAGGIO E LA TUTELA
DELLA SALUTE MENTALE**

**ATTIVITÀ TERRITORIALE,
RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE**

Sommario

CRONOLOGIA VARIAZIONI.....	3
PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO.....	4
Obiettivi	4
Struttura del documento.....	4
GENERALITÀ.....	5
Acronimi ed abbreviazioni.....	5
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	8
Normativa di carattere nazionale.....	8
Normativa regionale.....	8
CONTESTO DI RIFERIMENTO	9
L’articolazione della Struttura di erogazione.....	9
REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE.....	11
Obbligatorietà dei campi.....	11
Modalità di movimentazione dei dati.....	12
Sistema dei controlli.....	12
Controlli di tipo formale effettuati tramite grammatiche XSD.....	12
Controlli logici e normativi.....	12
Calendario degli invii.....	12
ALLEGATI.....	14
Tracciati record.....	14
Premessa.....	14
Codifica Identificativo dell’assistito.....	14
Descrizione del tracciato.....	15
Flusso salute mentale Territorio (SMT-RP).....	16
Tracciato ANAGT “Dati Anagrafici”.....	16
Tracciato CONTT “Dati di Contatto”.....	18
Tracciato PRESTT “Dati di Prestazione”.....	20

Flusso salute mentale Residenziale e Semiresidenziale (SMRS-RP).....	22
Tracciato ANAGRS “Dati Anagrafici”	22
Tracciato CONTRS “Dati di Contatto”	24
Tracciato PRESTR “Dati di Prestazione Residenziale”	26
Tracciato PRESTS “Dati di Prestazione SemiResidenziale”	28
Le schede analitiche.....	30
Anagrafiche.....	92
TABELLA DEI CONTROLLI LOGICI-NORMATIVI.....	93

Cronologia variazioni

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V01 (iniziale)	17/06/2013	Versione iniziale del documento

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

Obiettivi

Il presente documento costituisce il disciplinare tecnico di riferimento per la corretta compilazione dei flussi informativi regionali per il monitoraggio delle attività di Salute Mentale in ambito residenziale e semi-residenziale (flusso SMRS-RP) e territoriale (flusso SMT-RP) erogate dalle strutture sanitarie della Regione Piemonte, in coerenza con :

- DPR del 10 Novembre 1999 “Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000",
- il Modello per la Rilevazione di Strutture, Personale, Attività e Prestazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale" approvato dalla Conferenza stato Regioni del 11 ottobre 2001, che individua le caratteristiche principali del Sistema Informativo per la Salute Mentale, sia da un punto di vista funzionale che tecnico,
- il DM 15 Ottobre 2010, emesso dal Ministro della Salute a seguito del parere favorevole espresso dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 8 luglio 2010, che disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS.

Il SISM è stato realizzato per monitorare gli interventi sanitari erogati alle persone adulte con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie, resta esclusa pertanto la Neuropsichiatria infantile. In particolare, il sistema ha le seguenti finalità:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali del Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale.

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

Struttura del documento

Il documento si articola in:

- PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO.
- IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.
- GENERALITÀ: riporta il significato di acronimi ed abbreviazioni usati nel testo; seguono i riferimenti normativi più significativi cui si fa riferimento; viene quindi chiarito il significato di alcune locuzioni la cui univoca interpretazione è fondamentale per una corretta compilazione dei flussi.
- IL SISTEMA DEI CONTROLLI: illustra le varie tipologie di controlli informatici applicati a livello centrale.

- ❑ ALLEGATI: comprendono i tracciati in forma tabellare e le schede analitiche relative ad ogni singolo campo, alcune tabelle di codifica.

Generalità

Acronimi ed abbreviazioni

A	= ALFABETICO
AN	= ALFANUMERICO
AO	= AZIENDA OSPDALIERA
AOU	= AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
AS	= Azienda Sanitaria
ASL	= AZIENDA SANITARIA LOCALE
ASN	= Anagrafe Strutture saNitarie della Regione Piemonte
ASR	= AZIENDA SANITARIA REGIONALE
AURA	= Archivio Unico Regionale degli Assistiti
B.U.R.P.	= Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte
BD	= Banca Dati
CA	= Comunità Alloggio (presidio socio assistenziale a supporto di progetto terapeutico riabilitativo)
CD	= Centri Diurni e/o Day Hospital (strutture semiresidenziali)
C.E.	= Conto Economico
CE	= Comunità Europea / Conformità Europea
Cfr.	= confronta, <i>confer</i>
CON	= CONDIZIONATO
CONSIP	= CONcessionaria Servizi Informatici Pubblici
CPA	= Comunità Protetta di tipo A (ad alta intensità terapeutica e intervento riabilitativo)
CPB	= Comunità Protetta di tipo B (a medio livello di protezione e di intervento riabilitativo)
CSM	= Centro Salute Mentale
CTP	= Centri di Terapie Psichiatriche (comunità protette di tipo a con annesso un centro diurno)
CTR	= CONTROLLO
D	= DATA
DD	= Determina Dirigenziale
DDL	= Disegno di Legge
DGR	= Delibera della Giunta Regionale
DH	= <i>Day Hospital</i>
DL	= Decreto Legge
D.lgs	= DECRETO LEGISLATIVO
DM	= DECRETO MINISTERIALE
DPCM	= Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DSM	= Dipartimento Salute Mentale
es.	= esempio
FIM	= FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI

FS	= Federazione (sanitaria) Sovrazonale
FSN	= Fondo Sanitario Nazionale
FSR	= Fondo Sanitario Regionale
GA	= Gruppi Appartamento (soluzioni abitative per specifiche esigenze residenziali - residenzialità leggera)
G.U.	= Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
L.	= Legge (nazionale)
LEA	= Livelli Essenziali di Assistenza
MdS	= Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)
MRA	= Monitoraggio della Rete di Assistenza
n. / num.	= numero
N	= NUMERICO
n.a.	= non applicabile
N.B.	= nota bene
NBB	= NON OBBLIGATORIO
NSIS	= NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE
OBB	= OBBLIGATORIO
PA	= Pubblica Amministrazione
RA	= RESIDENZA ANZIANI
RAF	= RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE
RP	= Regione Piemonte
RRF	= RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
RSA	= Residenza Sanitaria Assistenziale
SEE	= Spazio Economico Europeo
SERT	= SERVizi per le Tossicodipendenze
SISR	= Sistema Informativo Sanitario Regionale
SPDC	= SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI CURA
SSN	= SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
SSR	= Servizio Sanitario Regionale
TS	= SISTEMA TESSERA SANITARIA DEL MINISTERO ECONOMIA E FINANZE
UE	= Unione Europea
U.O.	= UNITÀ OPERATIVA
U.P.	= UNITÀ PRODUTTIVA
v.	= vedi
ver.	= versione

XML = eXtensible Markup Language
XSD = XML Schema Definition

RIFERIMENTI NORMATIVI

Normativa di carattere nazionale

- [D1] – Decreto Ministeriale MdS 15 ottobre 2010 “Istituzione del sistema informativo per la salute mentale”, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 254 del 29 ottobre 2010.
- [D2] – Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1994 – 1996” Istituzione del Dipartimento di Salute Mentale e definizione delle strutture costitutive del DSM: Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, strutture semiresidenziali (Day Hospital e Centro Diurno) e strutture residenziali.
- [D3] – Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1998 – 2000” Individuazione del DSM quale organo di coordinamento dei servizi psichiatrici, individuazione delle componenti organizzative del DSM e definizione delle relative funzioni.
- [D4] – Accordo Conferenza Stato Regioni dell’11 ottobre 2001 “Il Sistema Informativo nazionale per la Salute Mentale”, documento programmatico relativo alla costituzione del Sistema Informativo per la Salute Mentale.
- [D5] – Specifiche funzionali del Sistema Informativo nazionale Salute Mentale, Versione 1.8 del 2 agosto 2012, emesse dal Ministero della Salute.

Normativa regionale

- [R1] – D.G.R. Regione Piemonte n. 357 del 28 gennaio 1997 “Standard strutturali ed organizzativi del DSM e dei servizi psichiatrici territoriali”.
- [R2] – D.G.R. Regione Piemonte n. 83-25268 del 05 agosto 1998 “Criteri e procedure per l’autorizzazione e la vigilanza (D.G.R. n. 124 –18354 del 14/4/1997 composizione Commissione Vigilanza; D.G.R. n. 32-8191 del 11/2/2008 disposizioni sulla vigilanza in seguito all’accorpamento delle AA.SS.LL.)”
- [R3] – D.G.R. Regione Piemonte n. 32-29522 del 1 marzo 2000 “Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell’autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie”.
- [R4] – D.G.R. Regione Piemonte n. 63-12253 del 28 settembre 2009 “Requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semi-residenziali socio-sanitarie per la salute mentale e per le dipendenze patologiche”.
- [R5] – D.G.R. Regione Piemonte n. 167-14087 del 3 aprile 2012 “Approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015”.
- [R6] – D.G.R. Regione Piemonte n. 16-5226 del 16 gennaio 2013 “Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi formativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2013 e 2014”.

La delibera [R5] stabilisce la previsione di modalità di autorizzazione, vigilanza e obbligatorio accreditamento per colmare il vuoto legislativo inerente ai Gruppi Appartamento.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il DM prevede la raccolta di informazioni relative alle strutture coinvolte, al personale addetto e alle attività erogate; il presente disciplinare tratta unicamente la raccolta delle informazioni delle attività.

Attività: informazioni relative a servizi erogati per la tutela della salute mentale.

Sono suddivise in:

- Attività Territoriale
- Attività Residenziale
- Attività Semiresidenziale

L'articolazione della Struttura di erogazione

Relativamente al trattamento delle informazioni di identificazione della struttura di erogazione, in aderenza al DM [D1], il presente disciplinare potrà essere soggetto a revisioni in seguito all'approvazione del decreto attuativo relativo al Mattone 1 "Monitoraggio della rete di assistenza" (MRA).

Come riportato in [D5] paragrafo "2.2 Informazioni Funzionali relative ai Tracciati", nel sottogruppo di informazioni relative alle strutture, si specifica che il flusso:

"... identifica i dati anagrafici delle strutture eroganti servizi per la tutela della salute mentale riferiti all'anno precedente rispetto a quello di invio.

La raccolta delle informazioni riguardanti il flusso informativo in oggetto, deve essere compatibile con la rilevazione ordinaria delle strutture, effettuata dal Ministero.

Per quanto concerne i dati relativi a:

- strutture del Dipartimento di Salute Mentale ("DSM");
- cliniche psichiatriche universitarie;
- strutture private a direzione tecnica del DSM;
- strutture appartenenti al privato e al privato sociale convenzionate, site nel territorio di competenza del DSM, non a direzione tecnica DSM;

Le informazioni alimentanti il sistema sono ricavate dai flussi relativi alle attività gestionali delle Aziende Sanitarie, secondo quanto disposto dal decreto del Ministero della salute del 5 dicembre 2006 recante "modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie". In sede di prima applicazione, le informazioni di anagrafica dei Dipartimenti di Salute Mentale, di cui all'art. 3 del presente Decreto, sono raccolte, nel contesto della rilevazione "Conto Annuale", attraverso un processo di condivisione che vede partecipare i soggetti interessati (Aziende ASL e/o Aziende Ospedaliere o quant'altro, secondo le forme organizzative regionali) sotto il coordinamento della Regione, che è responsabile della comunicazione delle informazioni al Ministero. I dati rilevati, riferiti all'anno precedente - in coerenza con l'ambito della rilevazione del Conto Annuale, devono essere comunicati al Ministero entro l'avvio della Rilevazione del Conto Annuale, secondo i termini di volta in volta stabiliti con l'apposita circolare del Ministero."

In Regione Piemonte l'articolazione organizzativa della struttura di erogazione viene definita dalle Aziende Sanitarie in coerenza all'Atto Aziendale nell'applicativo regionale Anagrafe Strutture. L'organizzazione territoriale sul versante della Salute Mentale, garantita dal Dipartimento di Salute Mentale di ogni ASR è composta come di seguito riportato:

- **SERVIZI AMBULATORIALI E DOMICILIARI:** Centri di Salute Mentale (C.S.M.);
- **ASSISTENZA OSPEDALIERA:** Servizio Psichiatrico di Diagnosi e di Cura (S.P.D.C.) riservato agli pazienti in fase acuta la cui attività è già rilevata tramite il flusso Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO); nella fase post acuzie il paziente può essere inviato in strutture ospedaliere o in strutture residenziali extraospedaliere;
- **ASSISTENZA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE:** Comunità Protette tipo A e B (C.P.A.– C.P.B.) Centri di terapie psichiatriche (C.T.P.) Comunità Alloggio (C. A.); Gruppi appartamento (G.A.) per pazienti psichiatrici, Centri Diurni (CD) e Day Hospital (DH);

Per l'Assistenza residenziale e semiresidenziale le codifiche utilizzate per l'identificazione delle strutture sono le seguenti:

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

Per l'Assistenza territoriale le codifiche utilizzate per l'identificazione delle strutture sono le seguenti:

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

REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

Obbligatorietà dei campi

Campi obbligatori (OBB)

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 set di dati.

Campi non obbligatori (NBB)

Associabile ad informazioni non ancora definite obbligatorie o ad eventi che possono non verificarsi.

Campi condizionati (CON)

Riguarda le informazioni che diventano obbligatorie 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 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)***

Modalità di movimentazione dei dati

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

"I" per il primo invio

"S" per sostituzione

"C" per cancellazione

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

Sistema dei controlli

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

Controlli di tipo formale effettuati tramite grammatiche XSD

I controlli di tipo formale devono essere svolti dall'Azienda inviante attraverso il meccanismo di "regole grammaticali" proprio della struttura dei tracciati XML e XSD che consentono, prima della trasmissione dei dati, il controllo di:

- dato presente se il campo è definito "Obbligatorio" (l'omessa valorizzazione di campi obbligatori comporta lo scarto del set di dati);
- dato del formato previsto per ogni campo;
- valore del campo compreso nell'intervallo di validità previsto;
- valore corretto, se il campo è associato ad una lista valori.

Come per tutti i flussi basati su tracciati XML, nel caso di errori rilevati tramite le grammatiche XSD, anche di un singolo sottogruppo di dati il sistema scarnerà l'intera fornitura. Tale metodologia è universalmente adottata, ivi compreso dal Ministero della Salute ([D5] paragrafi 2.3.1, 2.13, ...)

Controlli logici e normativi

I controlli di livello logico e normativo, analogamente a tutti gli altri flussi di monitoraggio regionale, sono svolti a livello centrale.

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

Il ciclo dei controlli prevede:

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

In considerazione della specificità dei flussi trattati – per i quali le informazioni sono raccolte in itinere e non alla conclusione dell’assistenza prestata – i tracciati relativi ai dati anagrafici ed i tracciati relativi ai contatti possono essere inviati in modalità disgiunta dall’invio del tracciato delle prestazioni; tuttavia valgono le regole seguenti::

- saranno respinti i contatti per i quali i relativi record Anagrafica non siano stati precedentemente inviati o non siano stati precedentemente validati ed acquisiti dal sistema di monitoraggio regionale;
- saranno respinte le prestazioni per le quali i relativi record Anagrafica e Contatto non siano stati precedentemente inviati o non siano stati precedentemente validati ed acquisiti dal sistema di monitoraggio regionale.

Calendario degli invii

Le scadenze e la periodicità degli invii è fissata dall’Assessorato, con specifica DGR del Settore DB20-settore Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro cui i dati devono essere inviati al sistema di monitoraggio regionale [R6].

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

Nel caso in cui i dati siano inviati oltre la scadenza definita nel calendario, il sistema di monitoraggio acquisisce ugualmente i dati in extracompetenza, ma non concorrono agli indici di monitoraggio trimestrale. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza vengono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle “eccezioni”.

Per l’identificazione dei dati inviati in extracompetenza viene considerata la combinazione di “Anno di riferimento” (01.0) e “Periodo di riferimento” (03.0).

Si ricorda che per il Flusso Informativo delle Attività di Salute Mentale, sia per i dati relativi al residenziale e semiresidenziale sia per quelli relativi al territorio, la Regione Piemonte ha l’obbligo di fornitura al Ministero, come riportato in [D5]:

- scadenza Semestrale;
- i dati devono essere messi a disposizione entro sessanta giorni dalla fine del periodo di rilevazione. Eventuali rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate, al più tardi, entro il mese successivo alla data limite d’invio;
- eventuali deroghe dovranno essere conformi a quanto previsto dall’art. 6 “Ritardi e inadempienze” del decreto del 15 Ottobre 2010 “Istituzione del Sistema Informativo Per La Salute Mentale”.

I dati devono pertanto essere forniti dalle Aziende al Sistema di Monitoraggio regionale, con un congruo anticipo, al fine di poter rispettare la successiva scadenza verso il Ministero, entro le scadenze stabilite con la D.G.R. 16-5226 del 16 gennaio 2013 [R6].

ALLEGATI

Tracciati record

Premessa

Il flusso informativo delle attività di Salute Mentale relativo al Territorio (SMT-RP) è costituito da tre tracciati:

- **Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGT):** contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione,
- **Tracciato “Dati di Contatto” (CONTT):** contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione,
- **Tracciato “Dati di Prestazione” (PRESTT):** contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie in ambito territoriale ricevute dall’utente oggetto della rilevazione.

Il flusso informativo delle attività di Salute Mentale relativo al Residenziale e Semiresidenziale (SMRS-RP) è costituito da tre tracciati:

- **Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGRS):** contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione,
- **Tracciato “Dati di Contatto” (CONTRS):** contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione,
- **Tracciato “Dati di Prestazioni Residenziali” (PRESTR):** contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute in ambito residenziale dall’utente oggetto della rilevazione.
- **Tracciato “Dati di Prestazioni SemiResidenziali” (PRESTS):** contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute in ambito semiresidenziale dall’utente oggetto della rilevazione.

I tracciati “Dati anagrafici”, “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazioni” sono logicamente collegati da una chiave che è rappresentata dall’identificativo dell’assistito.

I tracciati “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazioni” sono logicamente collegati da una chiave che è rappresentata dall’identificativo del contatto.

L'accettazione del tracciato “Dati di Contatto” è subordinato alla precedente corretta accettazione del tracciato “Dati anagrafici” collegato.

L'accettazione del tracciato “Dati di Prestazioni” è subordinato alla precedente corretta accettazione del tracciato “Dati di Contatto” collegato.

Codifica Identificativo dell’assistito

In tutte e tre le tipologie di tracciato, “Dati Anagrafici”, “Dati di Contatto” e “Dati di Prestazione” occorre identificare in maniera univoca l’assistito:

- per i **cittadini residenti in Regione Piemonte** è necessario fornire l’Identificativo AURA; il record relativo verrà scartato in caso di identificativo non valido;

- per i **cittadini residenti al di fuori della Regione Piemonte, per i quali non sia disponibile un Identificativo AURA**, occorre indicare il Codice fiscale dell'assistito ed associare ad esso un identificativo dell'assistito univoco nell'ambito del DSM, Tale identificativo dovrà essere utilizzato anche per ogni successivo contatto che lo stesso assistito avrà con il DSM presso cui è in carico. La procedura verificherà la validità del Codice fiscale per mezzo del sistema TS; il record verrà scartato in caso di Codice fiscale non valido. Inoltre, sarà necessario indicare in ognuno dei campi "Cittadinanza", "Regione Residenza", "ASL Residenza" il codice appropriato;
- per i **cittadini senza fissa dimora o che risiedono all'estero o per gli assistiti per i quali non sia possibile risalire alla provenienza/residenza, per i quali non sia disponibile né un Identificativo AURA né un Codice fiscale** è necessario che ogni DSM di riferimento generi un proprio identificativo univoco dell'assistito, che dovrà essere utilizzato anche per ogni successivo contatto che lo stesso assistito avrà con il DSM presso cui è in carico. Inoltre, sarà necessario indicare in ognuno dei campi "Cittadinanza", "Regione Residenza", "ASL Residenza" il codice appropriato.

Descrizione del tracciato

Le colonne delle tabelle riportate di seguito che descrivono le informazioni richieste riportano:

Numero scheda

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

Nome campo

Termine che identifica il campo.

Tipo

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

Lunghezza (Lun.)

numero dei caratteri del campo.

Descrizione

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 è:

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

facoltativo (NBB): il campo è facoltativo per il tracciato in oggetto;

condizionato (CON): il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate. Il valore corretto deve essere scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE".

NSIS/RP

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

Flusso salute mentale Territorio (SMT-RP)

Tracciato ANAGT "Dati Anagrafici"

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di Riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
08.0	Titolo di Studio	N	1	Titolo di studio conseguito dall'assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione	NBB	NS
09.0	Codice Professionale	N	2	Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione	NBB	NS
10.0	Collocazione Socio Ambientale	N	1	Indica la collocazione socio-ambientale dell'assistito al momento della rilevazione	NBB	NS
11.0	Stato civile	AN	1	Stato civile dell'assistito	NBB	NS
Dati integrativi assistito¹						
12.0	Regione di Residenza	AN	3	Individua la Regione di residenza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione	CON	NS
13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di residenza dell'assistito	CON	RP
14.0	Codice ASL di residenza	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale nel cui ambito territoriale risiede l'assistito	CON	NS
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
15.0	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'assistito	CON	RP

¹ Da compilare in assenza di Identificativo AURA.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
17.0	Cognome	A	50	Cognome dell'assistito	CON	RP
18.0	Nome	A	50	Nome dell'assistito	CON	RP
19.0	Data di nascita	D	8	Data di nascita dell'assistito	CON	RP
20.0	Sesso	N	1	Sesso dell'assistito	CON	RP
21.0	Provincia e comune o stato estero di nascita	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di nascita dell'assistito	CON	RP
22.0	Cittadinanza	A	2	Cittadinanza dell'assistito	CON	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	OBB	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
07.0	Identificativo AURA²
15.0	Codice fiscale³
16.0	Identificativo Assistito⁴

² Alternativo a Codice fiscale e Identificativo Assistito

³ Alternativo all'Identificativo AURA

⁴ Alternativo all'Identificativo AURA

Tracciato CONTT "Dati di Contatto"

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di Riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice STS11 della Struttura di erogazione.	OBB	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	RP
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	OBB	NS
26.0	Data Apertura Scheda Paziente	D	8	Data di apertura della scheda del paziente.	OBB	NS
27.0	Diagnosi Apertura	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente quando ha inizio l'episodio di cura.	OBB	NS
28.0	Presenza Piano Terapeutico	A	1	Indica la presenza di un Piano terapeutico	NBB	RP
29.0	Precedenti Contatti	AN	1	Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.	OBB	NS
30.0	Inviante per primo Contatto	N	1	Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata.	OBB	NS
31.0	Data Chiusura Scheda Paziente	D	8	Indica la data di chiusura della scheda del paziente per la conclusione dell'episodio di cura.	NBB	NS
32.0	Diagnosi Chiusura	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella	NBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
				scheda del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura.		
33.0	Modalità Conclusione	AN	1	Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura.	<i>NBB</i>	NS
CONTRIBUTI ECONOMICI AL PAZIENTE (Sezione ripetibile)						
34.0	Data inizio contributo	D	8	Data inizio contributo economico all'assistito	<i>NBB</i>	RP
35.0	Motivo erogazione contributo	A	1	Motivo erogazione contributo all'assistito	<i>CON</i>	RP
36.0	Data cessazione contributo	D	8	Data cessazione contributo economico all'assistito	<i>NBB</i>	RP
37.0	Motivo cessazione contributo	A	1	Motivo cessazione contributo all'assistito	<i>CON</i>	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	<i>OBB</i>	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA⁵
16.0	Identificativo Assistito⁶
25.0	Identificativo Contatto

⁵ Alternativo all'Identificativo Assistito

⁶ Alternativo all'Identificativo AURA

Tracciato PRESTT “Dati di Prestazione”

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice STS11 della Struttura di erogazione.	OBB	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	CON	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati della Prestazione						
38.0	Progressivo Prestazioni Contatto	N	5	Indica il numero progressivo di interventi di uno stesso contatto.	OBB	NS
39.0	Data Intervento	D	8	Indica la data in cui viene erogato l'intervento.	OBB	NS
40.0	Tipo Intervento	N	2	Indica il tipo di intervento territoriale erogato dalla struttura.	OBB	NS
41.0	Modalità di Erogazione dell'intervento	N	1	Indica se l'intervento è programmato o meno.	OBB	NS
42.0	Sede Intervento	N	1	Indica la sede in cui, o a partire dalla quale si eroga l'intervento.	OBB	NS
43.0	Operatore 1	N	1	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	OBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
44.0	Operatore 2	N	1	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	<i>NBB</i>	NS
45.0	Operatore 3	N	1	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	<i>NBB</i>	NS
46.0	Durata della prestazione	N	2	Durata della prestazione erogata dal gruppo di operatori intervenuti.	<i>NBB</i>	RP
47.0	Proposta di TSO	A	1	Indica la presenza di una proposta di TSO.	<i>NBB</i>	RP
Dati Ricetta						
48.0	Prestazione erogata con ricetta	A	1	Indica sulla base di quale tipo di ricetta sia stata erogata la prestazione.	<i>NBB</i>	RP
49.0	Numero ricetta	N	15	Numero di ricetta in base alla quale sia stata erogata la prestazione.	<i>CON</i>	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	<i>OBB</i>	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA⁷
16.0	Identificativo Assistito⁸
25.0	Identificativo Contatto
38.0	Progressivo Prestazioni Contatto
39.0	Data Intervento

⁷ Alternativo all'Identificativo Assistito

⁸ Alternativo all'Identificativo AURA

Flusso salute mentale Residenziale e Semiresidenziale (SMRS-RP)

Tracciato ANAGRS "Dati Anagrafici"

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione.	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura.	OBB	NS
03.0	Periodo di Riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione.	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio.	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	NS
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
08.0	Titolo di Studio	N	1	Titolo di studio conseguito dall'assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione	NBB	NS
09.0	Codice Professionale	N	2	Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione	NBB	NS
10.0	Collocazione Socio Ambientale	N	1	Indica la collocazione socio-ambientale dell'assistito al momento della rilevazione	NBB	NS
Dati integrativi assistito⁹						
12.0	Regione di Residenza	AN	3	Individua la Regione di residenza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione	CON	NS
13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di residenza dell'assistito	CON	RP
14.0	Codice ASL di residenza	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale nel cui ambito territoriale risiede l'assistito	CON	NS
11.0	Stato civile	AN	1	Stato civile dell'assistito	NBB	NS
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
15.0	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'assistito	CON	RP

⁹ Da compilare in assenza di Identificativo AURA.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
16.0	Identificativo Assistito	N	14	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	NS
17.0	Cognome	A	50	Cognome dell'assistito	CON	RP
18.0	Nome	A	50	Nome dell'assistito	CON	RP
19.0	Data di nascita	D	8	Data di nascita dell'assistito	CON	RP
20.0	Sesso	N	1	Sesso dell'assistito	CON	RP
21.0	Provincia e comune o stato estero di nascita	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di nascita dell'assistito	CON	RP
22.0	Cittadinanza	A	2	Cittadinanza dell'assistito	CON	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	OBB	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
07.0	Identificativo AURA¹⁰
15.0	Codice fiscale¹¹
16.0	Identificativo Assistito¹²

¹⁰ Alternativo a Codice fiscale e Identificativo Assistito

¹¹ Alternativo a Identificativo AURA

¹² Alternativo a Identificativo AURA

Tracciato CONTRS "Dati di Contatto"

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di Riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice STS11 della Struttura di erogazione.	OBB	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	RP
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	CON	NS
26.0	Data Apertura Scheda Paziente	D	8	Data di apertura della scheda del paziente.	OBB	NS
27.0	Diagnosi Apertura	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente quando ha inizio l'episodio di cura.	OBB	NS
29.0	Precedenti Contatti	AN	1	Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.	OBB	NS
30.0	Inviante per primo Contatto	N	1	Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata.	OBB	NS
31.0	Data Chiusura Scheda Paziente	D	8	Indica la data di chiusura della scheda del paziente per la conclusione dell'episodio di cura.	NBB	NS
32.0	Diagnosi Chiusura	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura.	NBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OB	NSIS / RP
33.0	Modalità Conclusione	AN	1	Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura.	NBB	NS
Tariffa giornaliera di acquisto prestazione (evento ripetibile nel tempo)						
50.0	Data inizio validità tariffa	D	8	Data inizio validità della ripartizione in quote indicata	NBB	RP
51.0	Quota sanitaria	AN	5	Quota giornaliera a carico del DSM	NBB	RP
52.0	Quota sociale	AN	5	Quota alberghiera giornaliera a carico dell'ente gestore dei servizi sociali	NBB	RP
53.0	Quota assistito	AN	5	Quota alberghiera giornaliera a carico dell'assistito o dei familiari dell'assistito	NBB	RP
54.0	Altre quote	AN	5	Altre quote a carico dell'ASL	NBB	RP
55.0	Data fine validità tariffa	D	8	Data fine validità della ripartizione in quote indicata	NBB	RP
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	OB	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA¹³
16.0	Identificativo Assistito¹⁴
25.0	Identificativo Contatto

¹³ Alternativo all'Identificativo Assistito

¹⁴ Alternativo all'Identificativo AURA

Tracciato PRESTR "Dati di Prestazione Residenziale"

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave, in unione ai campi Codice ASL, codice DSM, Codice Sanitario Individuale. Appartenenza alla regione ed all'ASL di riferimento.	OBB	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	CON	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati della Prestazione						
56.0	Data Ammissione	D	8	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene ammesso nella struttura residenziale.	OBB	NS
57.0	Tipo Struttura Residenziale	AN	1	Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento.	OBB	NS
58.0	Data Dimissione	D	8	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene dimesso dalla struttura residenziale.	NBB	NS
Campo tecnico						

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	OBB	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA¹⁵
16.0	Identificativo Assistito¹⁶
25.0	Identificativo Contatto
56.0	Data Ammissione

15 Alternativo all'Identificativo Assistito

16 Alternativo all'Identificativo AURA

Tracciato PRESTS “Dati di Prestazione SemiResidenziale”

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
Dati identificativi della scheda						
01.0	Anno di riferimento	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	Codice Regione	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	Periodo di riferimento	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	NS
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
23.0	Codice Struttura	AN	8	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave, in unione ai campi Codice ASL, codice DSM, Codice Sanitario Individuale. Appartenenza alla regione ed all'ASL di riferimento.	OBB	RP
Punto di erogazione						
24.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	RP
Dati assistito						
07.0	Identificativo AURA	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA						
16.0	Identificativo Assistito	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
Dati del Contatto						
25.0	Identificativo Contatto	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	CON	NS
Campo tecnico						
06.0	Tipo movimento	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
Dati della Prestazione						
39.0	Data Intervento	D	8	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui si verifica la presenza SemiResidenziale.	OBB	NS
59.0	Tipo Struttura SemiResidenziale	AN	1	Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento.	OBB	NS
60.0	Modalità di Presenza	AN	1	Indica il tipo di presenza semiresidenziale.	OBB	NS
Campo tecnico						
61.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.	OBB	RP

L'insieme di dati che deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Cancellazione per identificare in modo univoco il record da aggiornare o eliminare, è costituito dai seguenti campi:

N° scheda	Nome campo
01.0	Anno di riferimento
02.0	Codice Regione
03.0	Periodo di Riferimento
04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
23.0	Codice Struttura
07.0	Identificativo AURA¹⁷
16.0	Identificativo Assistito¹⁸
25.0	Identificativo Contatto
39.0	Data Intervento

17 Alternativo all'Identificativo Assistito

18 Alternativo all'Identificativo AURA

Le schede analitiche

Premessa

Ad ogni informazione richiesta corrisponde una scheda descrittiva articolata nei seguenti quadri:

Tracciato	Riporta il codice del tracciato a cui la scheda si riferisce
Modalità	Può essere: OBBLIGATORIO , FACOLTATIVO o CONDIZIONATO , come riportato nel tracciato record.
Nome del campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna della tabella tracciato record.
N. Scheda rif.*	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record.
Descrizione del campo	Attribuisce un significato univoco al nome del campo.
Correttezza formale	Contiene quattro righe così articolate: LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record. FORMATO: definisce il campo quale <i>alfabetico</i> , 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. TABELLE 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.
Controlli applicati	Nel quadro "controlli applicati" sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli logici in cui è coinvolto il campo specifico.
Osservazioni e precisazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico del tracciato.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Anno di Riferimento	01.0
CONTT	OBB		
PRETT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'anno cui si riferisce la rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AAAA

VALORI AMMESSI: 2010 - 9999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza.

N01 – Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

S01 – Invio in extracompetenza.

S05 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza.

S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Codice Regione	02.0
CONTT	OBB		
PRETT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Regione cui afferisce la struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 010

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

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.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Periodo di Riferimento	03.0
CONTT	OBB		
PRETT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Semestre dell'anno di riferimento cui si riferisce la rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S1, S2

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza.

N01 – Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

S01 – Invio in extracompetenza.

S05 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza.

S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI AMMESSI:

S1 = primo semestre

S2 = secondo semestre

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento	04.0
CONTT	OBB		
PRETT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'Azienda Sanitaria che invia i dati al Sistema di Monitoraggio regionale.
È l'Azienda Sanitaria Locale in cui è sito il Servizio.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte.

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

ANAGT e ANAGRS

È l'ASL che prende in carico e inserisce il Soggetto nella Struttura territoriale o residenziale/semiresidenziale.

CONTI, PRESTI, CONTRS, PRESTR, PRESTS

È l'ASL presso la quale il Soggetto entra in contatto e ove sono erogate le prestazioni.

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).

In occasione della messa a regime del sistema MRA (Monitoraggio Rete Assistenza), il campo dovrà essere compilato secondo le codifiche MRA.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Codice Dipartimento Salute Mentale	05.0
CONTT	OBB		
PRETT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL di riferimento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Tipo Movimento	06.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se l'invio riguarda un nuovo insieme di dati di Anagrafica / Contatto / Prestazione o la richiesta di sostituzione o cancellazione di un insieme di dati di Anagrafica / Contatto / Prestazione precedentemente inviato e regolarmente accettato dal Sistema di Monitoraggio regionale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: I, S, C

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

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI:

LEGENDA CODICI AMMESSI:

I = Inserimento;
S = Sostituzione;
C = Cancellazione.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Identificativo AURA	07.0
CONTT	OBB		
PRETT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 - 9999999999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA , Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito.

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	NBB	Titolo di Studio	08.0
ANAGRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il livello massimo di istruzione conseguito dall'assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

LEGENDA CODICI AMMESSI:

1 = nessuno

2 = licenza elementare

3 = licenza media inferiore

4 = diploma di qualifica professionale

5 = diploma media superiore 6 = laurea 7 = laurea magistrale 9 = non noto/non risulta
--

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	NBB	Codice Professionale	09.0
ANAGRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione .

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI****LEGENDA CODICI AMMESSI:**

- 01 = in cerca prima occupazione
- 02 = disoccupato
- 03 = casalinga
- 04 = studente
- 05 = pensionato
- 06 = invalido
- 07 = altra condizione non professionale
- 08 = dirigente
- 09 = quadro direttivo
- 10 = impiegato, tecnico

11 = capo operaio, operaio, bracciante
12 = altro lavoratore dipendente
13 = apprendista
14 = lavoratore a domicilio per conto di imprese
15 = militare di carriera
16 = imprenditore
17 = lavoratore in proprio
18 = libero professionista
19 = familiare coadiuvante
99 = non noto/non risulta

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	NBB	Collocazione Socioambientale	10.0
ANAGRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la collocazione socio-ambientale dell'assistito al momento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

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

TABELLE DI RIFERIMENTO: v. Osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

LEGENDA DEI CODICI AMMESSI:

1 = da solo;

2 = famiglia di origine;

3 = famiglia acquisita;

4 = con altri familiari o con altre persone;

5 = struttura residenziale psichiatrica per ricovero o lungodegenza;
6 = casa di riposo per anziani, RSA, altro istituto o comunità non a carattere psichiatrico;
7 = senza fissa dimora;
8 = altro;
9 = sconosciuto.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	NBB		
ANAGRS	NBB	Stato Civile	11.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica lo stato civile dell'assistito alla fine del periodo di riferimento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1=celibe
 2=nubile
 3=coniugato
 4=separato
 5=divorziato
 6=vedovo
 9= non noto/non risulta

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Regione di Residenza	12.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Regione italiana di residenza dell'assistito cui è stata erogata la prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codici regione a tre caratteri definiti dal DM 17 settembre 1986; 098; 998; 999

TABELLE DI RIFERIMENTO: v. Osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L09 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza.

L17 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.

L18 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza.

L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento. È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

Per le Regioni italiane si usa il codice ISTAT delle Regioni; oppure uno dei codici alternativi in legenda.

LEGENDA CODICI ALTERNATIVI AMMESSI:

098 = senza fissa dimora;

998 = residente all'estero;

999 = non noto/non risulta.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Provincia e Comune o Stato estero di Residenza	13.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la provincia ed il comune italiano o lo stato estero di residenza.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani; oppure
 “999” + codice Stato estero;
 STP + codice Stato estero;
 “999999” per gli apolidi

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

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L09 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza.

L10 – Congruenza tra Provincia e Comune o Stato estero di residenza e Codice ASL di residenza.

L18 – Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

I valori immessi devono essere presenti nelle tabelle di riferimento.

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.

Per i soggetti apolidi, il campo deve contenere "999999".

Per le combinazioni di valori consentiti per i Campi correlati alla residenza anagrafica vedere la tabella presente nella sezione Anagrafiche.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Codice ASL di residenza	14.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'Azienda Sanitaria nel cui ambito territoriale ha la residenza l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice ASL oppure 098; 998; 999

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali (v. Osservazioni e precisazioni).

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L10 – Congruenza tra Provincia e Comune o Stato estero di residenza e Codice ASL di residenza.

L17 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il valore immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

In seguito alla messa a regime del sistema MRA (Monitoraggio Rete Assistenza), il campo dovrà essere compilato secondo le codifiche MRA.

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività

gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche); oppure uno dei codici alternativi in legenda.

LEGENDA CODICI ALTERNATIVI AMMESSI:

098 = senza fissa dimora;
998 = residente all'estero;
999 = non noto/non risulta.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Codice Fiscale	15.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici "9"

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

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L07 – Congruenza tra Codice fiscale e Identificativo assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito.

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice fiscale immesso deve essere presente nella tabella di riferimento.

Il Codice fiscale deve essere rilevato direttamente dalla Tessera Sanitaria TS-TEAM (inviata dall'Agenzia delle Entrate) al momento della presa in carico.

Il campo è obbligatorio insieme al campo Regione di Residenza in caso di soggetti residenti fuori regione, per i quali non vi è disponibilità dell'Identificativo AURA.

Per le possibili combinazioni del codice fiscale e residenza si veda la tabella al paragrafo 5.3

- per i cittadini stranieri residenti in Italia ci si riferisce al codice fiscale;
- per cittadini stranieri iscritti ai centri ISI, si usa il codice ISI avente la seguente struttura: "STP + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche";
- per cittadini stranieri non residenti in Italia si utilizzano sedici '9';
- per gli apolidi si utilizzano sedici '9'.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Identificativo Assistito	16.0
CONTT	CON		
PRETT	CON		
ANAGRS	CON		
CONTRS	CON		
PRESTR	CON		
PRESTS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice identificativo dell'assistito privo di identificativo AURA o codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L07 – Congruenza tra Codice fiscale e Identificativo assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L19 – Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito.

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N04 – Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N06 – Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico.

N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo

assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Da compilare esclusivamente in assenza di Identificativo AURA, con un codice univocamente associato al codice fiscale dell'assistito ed univoco nell'ambito del DSM.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Cognome	17.0
CONTT	CON		
PRESTT	CON		
ANAGRS	CON		
CONTRS	CON		
PRESTR	CON		
PRESTS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Cognome dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 50

FORMATO: A

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Nome	18.0
CONTT	CON		
PRETT	CON		
ANAGRS	CON		
CONTRS	CON		
PRESTR	CON		
PRESTS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Nome dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 50

FORMATO: A

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

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Data di nascita	19.0
ANAGRS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Data di nascita dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: GGMMAAAA

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

S02 – Assistito in età pediatrica.

S03 – Assistito anziano.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON		
ANAGRS	CON	Sesso	20.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica il sesso anagrafico dell'assistito.

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI AMMESSI:

1 = maschio;

2 = femmina;

3 = non noto/non risulta.

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Provincia e Comune o Stato estero di Nascita	21.0
CONTT	CON		
PRESTT	CON		
ANAGRS	CON		
CONTRS	CON		
PRESTR	CON		
PRESTS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica il luogo di nascita del soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

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

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

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.
L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

La compilazione del campo è obbligatoria se non è presente l'Id-AURA.
I valori immessi devono essere presenti nelle tabelle di riferimento.
Per i nati in Italia viene usato il codice ISTAT indicante provincia e comune.
Per i nati all'estero si indica genericamente il codice dello "Stato Estero" preceduto da "999".
Se lo stato estero è sconosciuto si indicano sei "9".
Il codice di Stato estero non può assumere il valore corrispondente allo Stato italiano (100).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON		
ANAGRS	CON	Cittadinanza	22.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica la cittadinanza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione.

La codifica da utilizzare è quella Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166.

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: Codice Alpha 2 codifica ISO 3166-1.

ZZ = APOLIDI

XX = CITTADINANZA SCONOSCIUTA

XK = KOSOVO

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

L08 – Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Codice Struttura	23.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice STS11 della Struttura con cui l'assistito ha avuto il contatto / erogazione della prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici STS11

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Matricola Unità Produttiva	24.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice matricola del punto di erogazione nell'ambito della struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 999999

TABELLE DI RIFERIMENTO: Anagrafe Strutture regionali (ASN)

CONTROLLI APPLICATI

S04 – Congruenza tra Matricola Unità Produttiva e codice attività associato.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Identificativo Contatto	25.0
CONTT	OBB		
PRESTT	OBB		
CONTRS	CON		
PRESTR	CON		
PRESTS	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Identificativo univoco del Contatto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 14

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

N05 – Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N07 – Scheda Prestazione residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

N08 – Scheda Prestazione semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data Apertura Scheda Paziente	26.0
CONTT	OBB		
CONTRS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Data di apertura della scheda del paziente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: GGMMAAAA

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L03 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e Data chiusura scheda paziente.

L13 – Congruenza tra Data Intervento e Data apertura scheda paziente.

L15 – Congruenza tra Data ammissione e Data chiusura scheda paziente.

S05 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	OBB	Diagnosi di Apertura	27.0
CONTRS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente quando ha inizio l'episodio di cura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ICD-9 CM e successive modifiche,
 Nel caso in cui la diagnosi di apertura non sia chiaramente definita, si può utilizzare il valore: 99999 = Diagnosi in attesa di definizione

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il codice da utilizzare è quello previsto dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	OBB	Presenza di piano terapeutico	28.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza di un Piano terapeutico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: v. Osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI****LEGENDA DEI CODICI AMMESSI:**

- 1 - Sì
- 2 - No

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	OBB	Precedenti Contatti	29.0
CONTRS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1= SI
 2= NO
 9= NON NOTO/NON RISULTA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	OBB	Inviante per Primo Contatto	30.0
CONTRS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1=accesso diretto
 2=medico di medicina generale
 3= ospedale e altre strutture sanitarie e sociosanitarie non psichiatriche
 4= altri DSM e strutture psichiatriche private
 5=servizi pubblici non sanitari
 9=sconosciuto

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data Chiusura Scheda Paziente	31.0
CONTT	NBB		
CONTRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di chiusura della scheda del paziente per la conclusione dell'episodio di cura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: GMMMAAAA

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

- L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
- L02 – Congruenza tra data immessa e Periodo di competenza.
- L03 – Congruenza tra Data apertura scheda paziente e Data chiusura scheda paziente.
- L14 – Congruenza tra Data intervento e Data chiusura scheda paziente.
- L16 – Congruenza tra Data ammissione e Data chiusura scheda paziente.
- S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	NBB	Diagnosi di Chiusura	32.0
CONTRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ICD-9 CM e successive modifiche,
In caso di chiusura amministrativa, inserire il valore "xxxxx"

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il codice da utilizzare è quello previsto dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	NBB	Modalità di Conclusione	33.0
CONTRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1=assenza di indicazioni al trattamento psichiatrico
 2=conclusione concordata del rapporto terapeutico
 3=interruzione non concordata
 4=suicidio
 5=decesso
 9=amministrativa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	NBB	Data inizio contributo	34.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di inizio dell'elargizione del contributo economico all'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L02 – Congruenza tra data immessa e Periodo di competenza.

L04 – Congruenza tra data inizio contributo e data cessazione contributo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	CON	Motivo erogazione contributo	35.0

DESCRIZIONE CAMPO

Motivo di erogazione del contributo economico all'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3

TABELLE DI RIFERIMENTO: v. Osservazioni e precisazioni

CONTROLLI APPLICATI

L20 - Congruenza tra Motivo erogazione contributo e Motivo cessazione contributo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**CAMPO PARTE DI SEZIONE RIPETIBILE****LEGENDA DEI CODICI AMESSI:**

1 = Assegno terapeutico una tantum;

2 = Assegno terapeutico periodico;
3 = Borsa lavoro.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	NBB	Data cessazione contributo	36.0

DESCRIZIONE CAMPO

Data cessazione dell'erogazione del contributo economico all'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L04 – Congruenza tra Data inizio contributo e Data cessazione contributo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	CON	Motivo cessazione contributo	37.0

DESCRIZIONE CAMPO

Motivo di cessazione del contributo economico all'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L20 - Congruenza tra Motivo erogazione contributo e Motivo cessazione contributo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**CAMPO PARTE DI SEZIONE RIPETIBILE****LEGENDA DEI CODICI AMESSI:**

1 = esito positivo del progetto di cura;

3 = inadempienza paziente;

2 = inserimento lavorativo;
4 = cessazione opportunità lavorativa.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Progressivo Prestazioni per Contatto	38.0
PRESTT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il numero progressivo di interventi di uno stesso contatto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: Valori compresi tra "01" a "99999"

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data Intervento	39.0
PRETT	OBB		
	OBB		
PRETS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data in cui viene erogato l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: GGMMAAAA

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
 L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza.
 L14 – Congruenza tra Data intervento e Data chiusura scheda paziente.
 N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.
 N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tipo Intervento	40.0
PRESTT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo di intervento territoriale erogato dalla struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:01= visite psichiatriche

02=colloqui clinico psicologici

03=colloqui

04=consulenze

05=accertamento medico-legale

06=valutazioni standardizzate mediante test

07=psicoterapia individuale

08=psicoterapia di coppia

09= psicoterapia familiare

10=psicoterapia di gruppo

11=somministrazione di farmaci

12=colloqui con i familiari

13=interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia (individuali)

14=interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia(gruppo)

15=riunioni

16=interventi sulle abilità di base (individuali)

17= interventi sulle abilità di base (gruppo)

18 =interventi di risocializzazione (individuali)

19=interventi di risocializzazione (gruppo)

20=soggiorni

21=interventi di tipo espressivo,pratico manuale e motorio (individuale)

22=interventi di tipo espressivo,pratico manuale e motorio (gruppo)

23=formazione lavorativa
24= interventi di supporto
25= interventi per problemi amministrativi e sociali
26=interventi di rete

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Modalità di erogazione intervento	41.0
PRETT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se l'intervento è programmato o meno.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1 FORMATO: N VALORI AMMESSI: 1=programmato 2= non programmato TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Sede Intervento	42.0
PRESTT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la sede in cui, o a partire dalla quale si eroga l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1=in sede
 2=a domicilio
 3= in altro luogo del territorio
 4 =in altra struttura del DSM
 5 =Ospedale Generale

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Operatore 1	43.0
PRETT	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1= medico
 2=psicologo
 3=assistente sociale
 4=infermiere
 5= educatore professionale
 6=tecnico della riabilitazione
 7=OTA
 8= altro.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
PRETT	NBB	Operatore 2	44.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1= medico
 2=psicologo
 3=assistente sociale
 4=infermiere
 5= educatore professionale
 6=tecnico della riabilitazione
 7=OTA
 8= altro.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Operatore 3	45.0
PRETT	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1= medico
 2=psicologo
 3=assistente sociale
 4=infermiere
 5= educatore professionale
 6=tecnico della riabilitazione
 7=OTA
 8= altro.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Durata della prestazione	46.0
PRESTT	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Durata in ore intere della prestazione erogata dal gruppo di operatori intervenuti.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1 – 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 24

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Proposta di TSO	47.0
PRESTT	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Presenza di una proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI****LEGENDA CODICI AMMESSI:**

1 = Sì;
2 = No.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Prestazione erogata con ricetta	48.0
PRESTT	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Presenza di una proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L11 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**LEGENDA CODICI AMMESSI:**

- 1 = Ricetta ordinaria del SSN (c.d. Ricetta “rossa”);
- 2 = Ricetta ordinaria non rimborsabile (c.d. Ricetta “bianca”);
- 3 = Senza ricetta.



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Numero ricetta	49.0
PRESTT	CON		

DESCRIZIONE CAMPO

Presenza di una proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: codice numerico ricetta (privato delle parti alfabetiche)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L11 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta.

Lnn – Formato errato codice ricetta.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**LEGENDA CODICI AMMESSI:**

1 = Sì;

2 = No.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data inizio validità tariffa	50.0
CONTRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Data inizio validità della ripartizione in quote indicata

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L05 – Congruenza tra Data inizio validità tariffa e Data fine validità tariffa.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Quota sanitaria	51.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Quota giornaliera a carico del DSM, in euro.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: NN.NN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Quota sociale	52.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Quota alberghiera giornaliera a carico dell'ente gestore dei servizi sociali, in euro.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 5 FORMATO: NN.NN VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Quota assistito	53.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Quota alberghiera giornaliera a carico dell'assistito o dei familiari dell'assistito, in euro.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: NN.NN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Altre quote	54.0
CONTRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Altre quote a carico dell'ASL, in euro.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: NN.NN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data fine validità tariffa	55.0
CONTRRS	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Data fine validità della ripartizione in quote indicata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L05 – Congruenza tra Data inizio validità tariffa e Data fine validità tariffa.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data Ammissione	56.0
PRESTR	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene ammesso nella struttura residenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: GGMMAAAA

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
 L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza.
 L12 – Congruenza tra Data ammissione e Data dimissione.
 L15 – Congruenza tra Data ammissione e Data apertura scheda paziente.
 L16 – Congruenza tra Data ammissione e Data chiusura scheda paziente.
 N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.
 N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tipo Struttura Residenziale	57.0
PRESTR	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1=CSM;

6=strutture residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore;

7=strutture residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali);

8=strutture residenziali con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Data Dimissione	58.0
PRESTR	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene dimesso dalla struttura residenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: GGMMAAAA

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L02 – Congruenza tra data immessa e periodo di competenza.

L12 – Congruenza tra Data ammissione e Data dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Tipo Struttura SemiResidenziale	59.0
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1=CSM - Ambulatorio;
 2=centro diurno;
 3=DH territoriale;
 6=strutture residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore;
 7=strutture residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali);
 8=strutture residenziali con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali).

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		Modalità di presenza	60.0
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo di presenza semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1=Presenza Semiresidenziale < 4 ore
2 =Presenza Semiresidenziale > 4 ore

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	OBB	Tipo Flusso	61.0
CONTT	OBB		
PRETT	OBB		
ANAGRS	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il tipo di flusso informativo oggetto di monitoraggio.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: "AR", "AT", "CR", "CT", "PR", "PS", "PT"

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

CONTROLLI APPLICATI**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Identificazione dei flussi:

AR = ResidenzialeSemiresidenzialeAnagrafica
 CR = ResidenzialeSemiresidenzialeContatto
 PR = ResidenzialePrestazioniSanitarie
 PS = SemiResidenzialePrestazioniSanitarie
 AT = TerritorialeAnagrafica
 CT = TerritorialeContatto
 PT = TerritorialePrestazioniSanitarie

Anagrafiche

Combinazioni dei valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica

N.	Tipologia utente	Posizione assistito	Codice fiscale	Regione di residenza	Comune di Residenza	ASL di Residenza	Cittadinanza
1	Italiano	Residente e domiciliato in un'ASL del Piemonte	Effettivo	010	Comune dell'ASL	ASL del Piemonte	IT
3	Italiano	Residente in altra Regione e domiciliato in un'ASL del Piemonte	Effettivo	Altra Regione	Comune di altra Regione	ASL di altra Regione	IT
4	Italiano	Non residenti in Italia (frontalieri, naviganti, aereotrasportati ...)	Effettivo	Codice Stato estero	999+codiceStato Estero	999	IT
5	Straniero	Non residenti in Italia	Effettivo oppure tutti 9	Codice Stato estero	999+codiceStato Estero	999	Presente in tabella eccetto IT
6	Illegalmente presenti (STP) (*)	Iscritto Centro ISI	Codice STP	Codice Stato estero	STP+cod. Stato Estero	999	Presente in tabella eccetto IT
7	Apolide		Tutti 9	999	999999	999	ZZ

(*) Il codice identificativo (STP) è costituito da: "STP+010+ codice ASL + 7 cifre numeriche".

TABELLA DEI CONTROLLI LOGICI-NORMATIVI

Premessa

È articolata in quattro colonne:

N° Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "correttezza logica" delle schede:

Lxx = controllo logico

Nxx = condizione di record **non elaborabile**

Sxx = segnalazione

Descrizione dei controlli

Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.

Tipo CTR Si utilizzano le abbreviazioni:

L = controllo logico

F = controllo formale

N = controllo bloccante

Campo A sua volta articolata in due colonne (N° e Nome) che enumerano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "correttezza logica", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.

L'insieme dei dati utilizzati per la rettifica o la cancellazione di dati precedentemente trasmessi (vedi elenco nei singoli tracciati) identificano in modo univoco il record da aggiornare o eliminare.

Qualora l'errore si riferisca ad uno dei campi di cui sopra il record non potrà essere rettificato ma annullato e ritrasmesso (vedi campo "Tipo Operazione").

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
L01	Congruenza tra data immessa e data corrente: <ul style="list-style-type: none"> La data immessa non può essere maggiore della data corrente (data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati). 	7340	01.0	Anno di riferimento
			19.0	Data di nascita
			26.0	Data apertura scheda paziente
			31.0	Data chiusura scheda paziente
			34.0	Data inizio contributo
			36.0	Data cessazione contributo
			39.0	Data intervento
			50.0	Data inizio validità tariffa
			55.0	Data fine validità tariffa
			56.0	Data ammissione
58.0	Data dimissione			
L02	Congruenza tra data immessa e periodo di competenza: <ul style="list-style-type: none"> La data immessa dev'essere compresa nel periodo di competenza indicato (combinazione dei campi "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0)). 	7302 7304 7341 7393	01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
			39.0	Data intervento
			56.0	Data ammissione
L03	Congruenza tra Data apertura scheda paziente e Data chiusura scheda paziente: <ul style="list-style-type: none"> La Data apertura scheda paziente (26.0) dev'essere maggiore o uguale alla Data chiusura scheda paziente (31.0). 	7394	26.0	Data apertura scheda paziente
			31.0	Data chiusura scheda paziente
L04	Congruenza tra Data inizio contributo e Data cessazione contributo: <ul style="list-style-type: none"> La Data cessazione contributo (36.0) dev'essere maggiore o uguale della Data inizio contributo (34.0). 		34.0	Data inizio contributo
			36.0	Data cessazione contributo
L05	Congruenza tra Data inizio validità tariffa e Data fine validità tariffa: <ul style="list-style-type: none"> La Data fine validità tariffa (55.0) dev'essere maggiore o uguale alla Data inizio validità tariffa (50.0). 		50.0	Data inizio validità tariffa
			55.0	Data fine validità tariffa
L06	Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito: <ul style="list-style-type: none"> Se l'Identificativo AURA (07.0) è compilato, allora i campi Regione di residenza (12.0), Provincia e Comune o Stato estero di residenza (13.0), Codice ASL di residenza (14.0), Codice fiscale (15.0), Identificativo assistito 		07.0	Identificativo AURA
			12.0	Regione di residenza
			13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
			14.0	Codice ASL di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	(16.0), Cognome (17.0), Nome (18.0), Data di nascita (19.0), Sesso (20.0), Provincia e Comune o Stato estero di nascita (21.0), Cittadinanza (22.0) non devono essere valorizzati;		15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			17.0	Cognome
			18.0	Nome
			19.0	Data di nascita
			20.0	Sesso
			21.0	Provincia e Comune o Stato estero di nascita
			22.0	Cittadinanza
L07	Congruenza tra Codice fiscale e Identificativo assistito: <ul style="list-style-type: none"> Se il Codice fiscale (15.0) è compilato, allora il campo Identificativo assistito (16.0) deve essere valorizzato e deve corrispondere univocamente al Codice fiscale indicato nell'ambito del DSM. 		15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
L08	Congruenza tra Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito: <ul style="list-style-type: none"> Se è compilato il Codice fiscale (15.0) oppure il solo Identificativo assistito (16.0), allora i campi Regione di residenza (12.0), Provincia e Comune o Stato estero di residenza (13.0), Codice ASL di residenza (14.0), Codice fiscale (15.0), Cognome (17.0), Nome (18.0), Data di nascita (19.0), Sesso (20.0), Provincia e Comune o Stato estero di nascita (21.0), Cittadinanza (22.0) devono essere valorizzati. 		12.0	Regione di residenza
			13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
			14.0	Codice ASL di residenza
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			17.0	Cognome
			18.0	Nome
			19.0	Data di nascita
			20.0	Sesso
			21.0	Provincia e Comune o Stato estero di nascita
			22.0	Cittadinanza
L09	Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza: <ul style="list-style-type: none"> Se compilato con un comune italiano, il campo Provincia e Comune o Stato estero di residenza (13.0) dev'essere valorizzato con un codice di un Comune nell'ambito territoriale della Regione di residenza (12.0). 		12.0	Regione di residenza
			13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
L10	Congruenza tra Provincia e Comune o Stato estero di residenza e Codice ASL di residenza:		13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
			14.0	Codice ASL di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEDA	
			N°	NOME CAMPO
	<ul style="list-style-type: none"> Se compilato con un comune italiano, il campo Provincia e Comune o Stato estero di residenza (13.0) dev'essere 			
L11	Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta: <ul style="list-style-type: none"> Se il campo Prestazione erogata con ricetta (48.0) è compilato, allora il Numero ricetta (49.0) dev'essere valorizzato. 		48.0	Prestazione erogata con ricetta
			49.0	Numero ricetta
L12	Congruenza tra Data ammissione e Data dimissione: <ul style="list-style-type: none"> Se la Data dimissione (58.0) è compilata, dev'essere maggiore o uguale alla Data ammissione (56.0). 		56.0	Data ammissione
			58.0	Data dimissione
L13	Congruenza tra Data Intervento e Data Apertura Scheda Paziente: <ul style="list-style-type: none"> La Data intervento (39.0) dev'essere maggiore o uguale della Data apertura scheda paziente (26.0). 	3204 3206 7305 7340	26.0	Data apertura scheda paziente
			39.0	Data intervento
L14	Congruenza tra Data Intervento e Data Chiusura Scheda Paziente: <ul style="list-style-type: none"> Se la Data chiusura scheda paziente (31.0) è compilata e/o presente in archivio, la Data intervento (39.0) dev'essere minore o uguale della Data chiusura scheda paziente. 	3204 3206 7306 7342	31.0	Data chiusura scheda paziente
			39.0	Data intervento
L15	Congruenza tra Data Ammissione e Data Apertura Scheda Paziente: <ul style="list-style-type: none"> La Data Ammissione (56.0) dev'essere maggiore o uguale della Data apertura scheda paziente (26.0). 	3205 7305	26.0	Data apertura scheda paziente
			31.0	Data chiusura scheda paziente
L16	Congruenza tra Data Ammissione e Data Chiusura Scheda Paziente: <ul style="list-style-type: none"> Se la Data chiusura scheda paziente (31.0) è compilata e/o presente in archivio, la Data ammissione (56.0) dev'essere minore o uguale della Data chiusura scheda paziente. 	3205 7306	31.0	Data chiusura scheda paziente
			56.0	Data ammissione
L17	Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza: <ul style="list-style-type: none"> Se Regione di residenza (12.0) è valorizzato con 098, 998 o 999, allora anche il campo ASL di residenza (14.0) dev'essere compilato con lo stesso valore. 	7362	12.0	Regione di residenza
			14.0	ASL di residenza
L18	Congruenza tra Regione di residenza e Stato estero di residenza: <ul style="list-style-type: none"> Se Regione di residenza (12.0) è valorizzato con 998 (residente all'estero), allora il campo Provincia e Comune o Stato estero di residenza (13.0) non può essere compilato con il codice di un Comune italiano. 	7366	12.0	Regione di residenza
			13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. MOTIV.	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
L19	<p>Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se l'Identificativo AURA (07.0) non è valorizzato e Regione di residenza (12.0) è compilato con un valore diverso da 098, 099 o 999, allora i campi Codice fiscale (15.0) ed Identificativo assistito (16.0) devono essere entrambi compilati. 		07.0	Identificativo AURA
			12.0	Regione di residenza
L20	<p>Congruenza tra Motivo erogazione contributo e Motivo cessazione contributo:</p> <ul style="list-style-type: none"> se Motivo cessazione contributo (37.0) è compilato allora dev'essere compilato anche il campo Motivo erogazione contributo (35.0); se Motivo erogazione contributo è pari a 1, il campo Motivo cessazione contributo non dev'essere compilato; se Motivo erogazione contributo è compilato ed è pari a 2 (Assegno terapeutico periodico), allora Motivo cessazione contributo, se compilato, può assumere soltanto i valori 1 (Esito positivo del progetto di cura) oppure 2 (Inadempienza paziente). 		15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			35.0	Motivo erogazione contributo
			37.0	Motivo cessazione contributo
N01	<p>Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record:</p> <ul style="list-style-type: none"> il record si riferisce ad un periodo di competenza per il quale l'acquisizione dei dati risulta cessata, sospesa o non avviata. 		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
N02	<p>Scheda non elaborata per chiave non trovata:</p> <ul style="list-style-type: none"> se "Tipo movimento" = "C" o "S", allora deve esistere in archivio un record avente medesima chiave univoca di identificazione. 	3938 3939	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			06.0	Tipo movimento
			07.0	Identificativo AURA
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
38.0	Progressivo prestazioni contatto			
39.0	Data intervento			

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
			56.0	Data ammissione
N03	Scheda non elaborata per chiave duplicata: <ul style="list-style-type: none"> non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento = “I” – un record avente medesima Chiave univoca di identificazione. 	3936 3937	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			06.0	Tipo movimento
			07.0	Identificativo AURA
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
			38.0	Progressivo prestazioni contatto
			56.0	Data ammissione
N04	Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico: <ul style="list-style-type: none"> nessun record Anagrafica territoriale (ANAGT) cui associare il record Contatto territoriale (CONTT). 	3201	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo assistito
N05	Scheda Prestazione territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto: <ul style="list-style-type: none"> nessun record Contatto territoriale (CONTT) cui associare il record Prestazione territoriale (PRESTT). 	3202	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
N06	<p>Scheda Contatto residenziale/semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico:</p> <ul style="list-style-type: none"> nessun record Anagrafica residenziale/semiresidenziale (ANAGRS) cui associare il record Contatto residenziale/semiresidenziale (CONTRS). 	3201	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo assistito
N07	<p>Scheda Prestazione Residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto:</p> <ul style="list-style-type: none"> nessun record Contatto residenziale/semiresidenziale (CONTRS) cui associare il record Prestazione residenziale (PRESTR). 	3202	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
N08	<p>Scheda Prestazione Semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto:</p> <ul style="list-style-type: none"> nessun record Contatto residenziale/semiresidenziale (CONTRS) cui associare il record Prestazione semiresidenziale (PRESTS). 	3202	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo assistito
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
N09	Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra		05.0	Codice Dipartimento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEDA	
			N°	NOME CAMPO
	<p>Codice fiscale ed Identificativo assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'Identificativo assistito (16.0) indicato nel record anagrafica (ANAGT, ANAGRS) in archivio risulta già associato ad un Codice fiscale (15.0) diverso da quello indicato, nell'ambito del medesimo DSM; oppure al Codice fiscale indicato risulta già abbinato un Identificativo assistito diverso da quello indicato, nell'ambito del medesimo DSM. 			Salute Mentale
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
S01	<p>Invio in extracompetenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record inviati oltre il termine del periodo di competenza. 		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
S02	<p>Assistito in età pediatrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record anagrafici (ANAGT, ANAGRS) relativi ad assistiti di età minore di 14 anni. 	7342	19.0	Data di nascita
S03	<p>Assistito anziano:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record anagrafici (ANAGT, ANAGRS) relativi ad assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni. 		19.0	Data di nascita
S04	<p>Congruenza tra Matricola Unità Produttiva e codice attività associato:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record per i quali, in Anagrafe Strutture (ASN), al codice Matricola Unità Produttiva (25.0) indicato non è associato il codice attività previsto (attività psichiatrica). 		24.0	Matricola Unità Produttiva
S05	<p>Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record contatto (CONTT, CONTRS) per i quali la Data apertura scheda paziente (26.0) non sia compresa nel periodo di competenza indicato (combinazione dei campi "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0)). 		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
			26.0	Data apertura scheda paziente
S06	<p>Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> vengono segnalati i record contatto (CONTT, CONTRS) per i quali la Data chiusura scheda paziente (31.0) non sia compresa nel periodo di competenza indicato (combinazione dei campi "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0)). 		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
			31.0	Data chiusura scheda paziente

DISCIPLINARE TECNICO

FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE
delle
PRESTAZIONI DOMICILIARI, RESIDENZIALI E
SEMIRESIDENZIALI

Sommario

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
OBIETTIVI.....	3
STRUTTURA DEL DOCUMENTO	3
GENERALITA'	4
ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI.....	4
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	6
CONTESTO DI RIFERIMENTO	8
REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE	12
SISTEMA DEI CONTROLLI	13
CALENDARIO DEGLI INVII.....	14
ALLEGATI.....	15
TRACCIATI RECORD	15
LE SCHEDE ANALITICHE	33
TABELLA DEI CONTROLLI LOGICI-NORMATIVI	287

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

OBIETTIVI

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

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

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il documento si articola in:

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

GENERALITA'

ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI

A	= ALFABETICO
ADI	= ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
ADP	= ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
AN	= ALFANUMERICO
ASR	= AZIENDA SANITARIA REGIONALE
ASL	= AZIENDA SANITARIA LOCALE
AO	= AZIENDA OSPDALIERA
CTR	= CONTROLLO
DM	= DECRETO MINISTERIALE
FAR	= FLUSSO ASSISTENZA RESIDENZIALE
FIM	= FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
IRCCS	= ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
MDC	= MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES
N	= NUMERICO
NBB	= NON OBBLIGATORIO
NSIS	= NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE

OBB	= OBBLIGATORIO
RA	= RESIDENZA ANZIANI
RAF	= RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE
RRF	= RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
RSA	= RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
SIAD	= Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
SSN	= SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
SID	= SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE
U.O.	= UNITA' OPERATIVA
U.O.C.P.	= UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE
U.P.	= UNITA' PRODUTTIVA
XML	= eXtensible Markup Language
XSD	= XML Schema Definition

RIFERIMENTI NORMATIVI

[D1] – Decreto Ministeriale del 22 febbraio 2007, n. 43: "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n. 311".

[D2] – Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare", pubblicato nella G.U. n. 6 del 9 gennaio 2009.

[D3] – Specifiche funzionali SIAD - "SIAD Specifiche Funzionali_v1.0.doc"; emesso dal Ministero Lavoro, Salute e Politiche Sociali;

[D4] – Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali.", pubblicato nella G.U. n. 6 del 9 gennaio 2009.

[D5] – Specifiche funzionali FAR - "FAR Specifiche Funzionali_v1.0.doc"; emesso dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali;

[D6] – D.G.R. 7 maggio 2002, n. 41- 5952 "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte"

[D7] – D.G.R. 15-7336 del 14 ottobre 2002 di approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma regionale per le Cure Palliative."

[D8] – D.G.R. 23 dicembre 2003 , n. 51-11389 “Accordo Regione-territorio per l’applicazione dei L.E.A. sull’area socio-sanitaria; approvazione degli indirizzi e delle linee guida per l’articolazione delle Cure Domiciliare nella fase di Lungoassistenza”

[D9] – D.G.R. 20 dicembre 2004, n. 72 – 14420 “Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente”;

[D10] – D.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti”.

[D11] – D.G.R. 10 marzo 2008, n 42-8390 “Cartella Geriatrica dell’Unita’ di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti” e della D.G.R. n. 14-26366/1998 “Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG”.

[D12] – D.G.R. 39 6 aprile 2009 “Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti”.

[D13] – D.G.R. 15 febbraio 2010, n. 56 - 13392 “Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la Lungoassistenza di anziani non autosufficienti”.

[D14] – D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010 “Istituzione del percorso clinico assistenziale per persone in stato vegetativo, Stato di Minima Coscienza, Locked-in Syndrome”.

[D15] – DGR n. 69- 481 del 2 agosto 2010 “Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41- 5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009”.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

I flussi informativi riguardano:

Assistenza domiciliare: interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN nell’ambito dell’assistenza domiciliare ad esclusione di:

- interventi esclusivamente sociali
- le cure domiciliari prestazionali
- l’ospedalizzazione domiciliare

Assistenza residenziale e semiresidenziale: prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate da strutture “accreditate” ad anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

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

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

L'articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali

Al fine di consentire la corretta lettura dei dati nell'ambito del sistema di monitoraggio regionale, gli interventi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, sono articolati in tipologia di Progetto e, per ciascuna tipologia, in setting Cura e intensità come da tabella che segue:

Tipologia di Progetto	Tipologia setting di Cura
1 = Domiciliare	1=Assistenza Domiciliare Integrata
	2=Assistenza Domiciliare Programmata
	3=Servizio Infermieristico Domiciliare
	4=Assistenza Domiciliare Cure Palliative
	5=Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51-11389/2003)
	6=Lungoassistenza media intensità (DGR 51-11389/2003)
	7=Lungoassistenza media alta intensità (DGR 51-11389/2003)
	8=Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11189/2009) (*)
	9=Interventi economici media intensità (DGR 39-11189/2009) (*)
	10=Interventi economici medio alta intensità (DGR 56-13192/2009) (*)
	11=Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13192/2009) (*)
	12=Interventi economici media intensità (DGR 56-13192/2009) (*)
	13=Interventi economici medio alta intensità (DGR 56-13192/2009) (*)
2 = Semiresidenziale	1=Centri Diurni
	2=Centri Alzheimer
3 = Residenziale	1 = Progetti intensità bassa
	2 = Progetti intensità media

4 = residenziale temporaneo	3 = Progetti intensità media incrementata
	4 = Progetti intensità alta
	5 = Progetti intensità alta incrementata
	6 = Progetti per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza
	7 = Progetti per locked-in-sindrome
	8 = Progetti per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale
	9 = Progetti per sclerosi multipla
	10 = Progetti per Alzheimer e demenza senile
	11 = Progetti ad personam bassa intensità
	12 = Progetti ad personam media intensità
	13 = Progetti ad personam alta intensità

(*) In seguito definiti come tipologie di cura di lungoassistenza.

L'articolazione della Struttura di erogazione

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

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

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

I codici di Attività per l'assistenza domiciliare definiti nel catalogo delle attività sono:

- 2.07.17 Cure domiciliari (da utilizzare per le tipologie di Cura ADI, ADP, SID, lungoassistenza. Interventi economici);
- 2.07.16 Cure Palliative domiciliari malato terminale (da utilizzare per la tipologia di Cura ADI + UOCP).

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

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

I codici di Attività definiti nel catalogo sono:

- Codici di Attività semiresidenziale:
 - o 2.08.10 Ass. semires. a favore di anziani non autosufficienti (centri diurni);
- Codici di Attività residenziale:
 - o 2.09.10 Ass. res. a favore di anziani non autosufficienti (RSA, RAF...);
 - o 2.09.73 Ass. res. a favore di altri utenti (coma apallici); tipo di assistenza soggetti in stato vegetativo.

REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

Obbligatorietà dei campi

Campi obbligatori

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

Campi non obbligatori

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

Campi condizionati

Riguarda le informazioni che diventano obbligatorie soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato (esempio: la compilazione del campo "Ospedale/Struttura di provenienza" diventa obbligatoria se il campo "Provenienza assistito" contiene il valore "2 – provenienza Ospedale" o "3 - provenienza dimissione protetta").

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)**

Modalità di movimentazione dei dati

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

"I" per il primo invio

"C" per cancellazione

"S" per sostituzione

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

Al di facilitare la rilevazione, un eventuale blocco informativo inviato con tipo movimento valorizzato ad "S" ma non ancora presente nella base dati regionale, verrà trattato pari ad un primo invio.

SISTEMA DEI CONTROLLI

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

Controlli di tipo formale

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

- dato presente se il campo è definito "Obbligatorio" (l'omessa valorizzazione di campi obbligatori costituisce errore);
- dato del formato previsto per ogni campo;
- valore del campo compreso nel range di validità previsto;
- valore corretto, se il campo è associato ad una lista valori.

Controlli logici e normativi

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

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

Il ciclo dei controlli prevede:

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

Vista la specificità dei flussi trattati per i quali le informazioni non vengono raccolte alla conclusione dell'assistenza, ma in itinere, il tracciato relativo ai dati anagrafici e di presa in carico, può essere inviato in modalità disgiunta dal tracciato degli eventi; per contro, l'invio di eventi per i quali non è stata precedentemente inviata o non è stata accettata la relativa scheda anagrafica e di presa in carico saranno rifiutati.

CALENDARIO DEGLI INVII

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

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

In caso di invio di dati oltre la scadenza massima di invio definita nel calendario, il sistema di monitoraggio accoglie ugualmente i dati valorizzandoli in extracompetenza.

ALLEGATI

TRACCIATI RECORD

Premessa

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

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

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

Codifica dell'Identificativo Evento

Gli Eventi di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale/semiresidenziale (previsti nei tracciati DOM e RES) devono essere identificati da un codice (alfanumerico di 15 caratteri) univoco per Azienda formato da:

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

Le tipologie di evento sono:

V = evento valutazione

P = evento prestazione

L = evento prestazione di lungoassistenza e interventi economici

S = evento sospensione

C = evento conclusione

Esempio di codice identificativo di evento valido:

201DOP000000001 = primo evento di prestazione domiciliare dell'ASL 201

Descrizione del tracciato

Le colonne delle tabelle che descrivono le informazioni richieste riportano:

Numero scheda:

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

Nome campo:

Termine che identifica il campo.

Tipo:

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

Lunghezza (Lun.):

numero dei caratteri 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 è:

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

non obbligatoria (NBB): il campo può non essere sempre compilato; 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 altri campi del tracciato.

NSIS:

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

Tracciato "Anagrafico e di presa in carico"

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	NSIS
Identificativo Cartella Territoriale							
01.0	Azienda inviante	AN	3	Ass. domiciliare: ASL (Titolare) che eroga l'assistenza; Ass. residenziale/semiresidenziale: ASL che prende in carico e inserisce il Soggetto nella Struttura.	OBB	OBB	RP
02.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di tracciato (DO/RE).	OBB	OBB	RP
03.0	Codice Cartella Territoriale						
03.1	Anno	N	4	Anno di presa in carico del soggetto nell'ambito della tipologia di Progetto assistenziale.	OBB	OBB	RP
03.2	Progressivo	N	8	Progressivo numerico di Cartella Territoriale nell'ambito dell'Azienda inviante e dell'anno.	OBB	OBB	RP
04.0	Tipo movimento	AN	1	I: inserimento; C:cancellazione; S:sostituzione.	OBB	OBB	NS
Dati anagrafici							
05.0	Id-AURA	N	10	Codice identificativo del soggetto nel sistema regionale AURA-TS.	NBB	NBB	RP
06.0	Codice fiscale	AN	16		OBB	OBB	RP
07.0	Cognome	A	50		CON	CON	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	NSIS
08.0	Nome	A	50		CON	CON	RP
09.0	Data di nascita	D	8		CON	CON	NS
10.0	Genere	N	1		CON	CON	NS
11.0	Provincia e comune o stato estero di nascita	AN	6		CON	CON	RP
12.0	Cittadinanza	AN	3		OBB	OBB	NS
13.0	Stato civile	AN	1		OBB	OBB	NS
14.0	Titolo di studio	AN	1		NBB	OBB	NS
15.0	Codice Istituzione TEAM	AN	28		NBB	NBB	NS
Dati di residenza							
16.0	Regione di residenza	AN	3	Regione/Stato estero di residenza alla presa in carico.	OBB	OBB	NS
17.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza	AN	6	Comune/Stato estero di residenza alla presa in carico.	OBB	OBB	NS
18.0	ASL di residenza	AN	3	E' l'ASL cui afferisce il Comune di residenza dell'assistito.	OBB	OBB	NS
Conviventi							
19.0	Nucleo familiare	AN	2	Numero dei componenti il nucleo familiare.	OBB	NR	NS
20.0	Assistente non familiare	AN	1	Persona non appartenente al nucleo familiare che convive con l'assistito.	OBB	NR	NS
Richiesta							
21.0	Data accettazione richiesta	D	8	Ass. domiciliare: è la data che conclude	OBB	OBB	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	NSIS
				il processo di accoglienza; Ass. residenziale/semiresidenziale: è la data di presentazione della domanda per UVG.			
22.0	Soggetto richiedente	AN	1	Codice tipologia di soggetto richiedente la presa in carico.	OBB	OBB	NS
23.0	Motivazione richiesta:						
23.1	Motivazione richiesta 1	AN	2	Ass. domiciliare: è il motivo per cui viene segnalato il caso alla Centrale operativa; Ass. residenziale/semiresidenziale: indica la motivazione alla base della richiesta di inserimento del Soggetto all'interno della Struttura.	OBB	OBB	NS
23.2	Motivazione richiesta 2	AN	2	Ass. domiciliare: motivazione 2.	NBB	NR	RP
23.3	Motivazione richiesta 3	AN	2	Ass. domiciliare: motivazione 3.	NBB	NR	RP
Provenienza assistito							
24.0	Provenienza assistito	AN	2	Provenienza assistito.	OBB	OBB	NS
25.0	Struttura di provenienza	AN	8	Codice HSP11-BIS o codice STS11 dell'Ospedale o della Struttura di provenienza.	CON	CON	RP
Presa in carico							
26.0	Tipologia di Progetto	AN	1	Codice tipologia di Progetto assegnato.	OBB	OBB	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	NSIS
27.0	Tipologia di Cura	AN	2	Codice tipologia di Cura / intensità assegnato.	OBB	OBB	RP
28.0	Data di presa in carico	D	8	Ass. domiciliare: data di apertura della Cartella Domiciliare da parte del Servizio di Cure Domiciliari; Ass. residenziale/semiresidenziale: data di ammissione del Soggetto nella Struttura.	OBB	OBB	NS
Struttura di erogazione							
29.0	Azienda erogante	AN	3	Ass. domiciliare: identifica l'ASL che eroga il servizio di cure domiciliari; Ass. residenziale/semiresidenziale: identifica l'ASL che dove si trova la Struttura.	OBB	OBB	NS
30.0	Codice STS11 Titolare della Struttura	AN	6	Codice STS11 della Struttura residenziale /semiresidenziale Titolare (Anagrafe delle Strutture).	NR	OBB	NS
31.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	OBB	RP
32.0	Codice regionale Titolare della Struttura	AN	11	Codice regionale ISTAT della Struttura residenziale /semiresidenziale Titolare (Anagrafe dei Presidi).	NR	OBB	RP
33.0	Ente Gestore	AN	3	Codice Comune/Ente Gestore che	CON	OBB	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	DOM	RES	NSIS
				partecipa all'erogazione del servizio.			
Tariffa giornaliera applicata							
34.0	Tariffa giornaliera						
34.1	Quota SSR	N	9	Componente di tariffa a carico dell'ASL.	NR	OBB	NS
34.2	Quota utente	N	9	Componente di tariffa a carico dell'Utente.	NR	OBB	NS
34.3	Quota Comune/Ente Gestore	N	9	Componente di tariffa a carico del Comune/Ente Gestore.	NR	OBB	NS

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

- Codice ASL inviante (01.0)
- Tipo flusso (02.0)
- Codice Cartella Territoriale (03.0)
- Tipo movimento (04.0)

Tracciato “Eventi di assistenza domiciliare”

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

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
111.2	Soggetto valutatore 2	AN	1		NBB	RP
111.3	Soggetto valutatore 3	AN	1		NBB	RP
111.4	Soggetto valutatore 4	AN	1		NBB	RP
40.0	Conferma valutazione precedente	AN	1	Indicatore di conferma valutazione precedente.	OBB	NS
41.0	Patologia prevalente	AN	5	Codice ICD9 della patologia prevalente.	CON	NS
42.0	Patologie concomitanti			Codice ICD9 della/e patologia/e concomitante/i.		
42.1	Patologia concomitante 1	AN	5		NBB	NS
42.2	Patologia concomitante 2	AN	5		NBB	RP
42.3	Patologia concomitante 3	AN	5		NBB	RP
42.4	Patologia concomitante 4	AN	5		NBB	RP
42.5	Patologia concomitante 5	AN	5		NBB	RP
115.0	Patologia neurologica	AN	1	Specifica l'eventuale patologia neurologica altamente invalidante.	NBB	RP
43.0	Autonomia	AN	1	Livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana.	CON	NS
44.0	Grado mobilità	AN	1	Livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità.	CON	NS
45.0	Disturbi cognitivi	AN	1	Entità dei disturbi cognitivi eventualmente presenti.	CON	NS
46.0	Disturbi comportamentali	AN	1	Entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.	CON	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
47.0	Supporto sociale	AN	1	Presenza di un supporto.	CON	NS
48.0	Rischio infettivo	AN	1	Indica se l'assistenza è a rischio infezione.	CON	NS
49.0	Drenaggio Posturale	AN	1		CON	NS
50.0	Ossigenoterapia	AN	1		CON	NS
51.0	Ventiloterapia	AN	1		CON	NS
52.0	Tracheostomia	AN	1		CON	NS
53.0	Alimentazione assistita	AN	1		CON	NS
54.0	Alimentazione enterale	AN	1		CON	NS
55.0	Alimentazione parenterale	AN	1		CON	NS
56.0	Gestione stomia	AN	1		CON	NS
57.0	Eliminazione urinaria/intestinale	AN	1		CON	NS
58.0	Alterazione ritmo sonno / veglia	AN	1		CON	NS
59.0	Interventi di educazione terapeutica	AN	1		CON	NS
60.0	Cura ulcere cutanee 1° e 2° grado	AN	1		CON	NS
61.0	Cura ulcere cutanee 3° e 4° grado	AN	1		CON	NS
62.0	Prelievi venosi non occasionali	AN	1		CON	NS
63.0	ECCG	AN	1		CON	NS
64.0	Telemetria	AN	1		CON	NS
65.0	Terapia sottocutanea intra muscolare infusione	AN	1		CON	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
66.0	Gestione catetere	AN	1		CON	NS
67.0	Trasfusioni	AN	1		CON	NS
68.0	Controllo dolore	AN	1		CON	NS
69.0	Assistito in stato terminale oncologico	AN	1	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica.	CON	NS
70.0	Assistito in stato terminale non oncologico	AN	1	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica.	CON	NS
73.0	Trattamento riabilitativo neurologico	AN	1		CON	NS
74.0	Trattamento riabilitativo ortopedico	AN	1		CON	NS
75.0	Trattamento riabilitativo di mantenimento	AN	1		CON	NS
76.0	Supervisione continua	AN	1		CON	NS
77.0	Assistenza IADL	AN	1		CON	NS
78.0	Assistenza ADL	AN	1		CON	NS
79.0	Supporto care giver	AN	1		CON	NS
Prestazione (da compilare se la tipologia di cura è 1,2,3,4)						
<i>Dati relativi all'accesso:</i>						
80.0	Identificativo Evento Prestazione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento.	OBB	RP
81.0	Data di accesso	D	8	Data in cui è effettuato l'accesso al domicilio dell'assistito.	OBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	DOM	NSIS
82.0	Tipo operatore	AN	2	Tipologia di operatore che ha effettuato l'accesso.	OBB	NS
83.0	Disciplina di appartenenza	AN	2	Codice disciplina dell'operatore specialista.	CON	RP
87.0	Tempo GO	AN	5	Tempo impiegato dall'operatore per raggiungere il domicilio dell'assistito.	CON	RP
88.0	Tempo H	AN	5	Tempo impiegato dall'operatore al domicilio dell'assistito.	CON	RP
84.0	Numero accessi	N	2	Numero di accessi del singolo operatore nel corso della stessa data.	OBB	NS
<i>Dati relativi alla/e prestazione/i erogata/e:</i>				<i>Sezione ripetibile nell'ambito dello stesso accesso</i>		
85.0	Tipo prestazione	AN	2	Tipologia di prestazione erogata.	OBB	NS
86.0	Numero prestazioni	N	2	Quantità di prestazioni erogate per tipologia.	OBB	NS
Prestazioni di Lungoassistenza e interventi economici <i>(da compilare solo se la tipologia di cura è 5,6,7,8,9,10,11,12 e 13)</i>						
112.0	Identificativo Evento Prestazione di lungoassistenza	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento.	OBB	RP
113.0	Data inizio erogazione contributo	D	8	Data di inizio di erogazione del contributo mensile.	OBB	RP
114.0	Contributo mensile erogato	N	9	Indica la quota di contributo corrisposta dall'ASL per la lungoassistenza.	OBB	RP
Sospensione						
103.0	Identificativo Evento Sospensione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento.	OBB	RP

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

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

- Codice ASL inviante (01.0)
- Tipo flusso (02.0)
- Codice Cartella Territoriale (03.0)
- Tipo movimento (04.0)

Tracciato “Eventi di assistenza residenziale e semiresidenziale”

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

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	RES	NSIS
Identificativo Cartella Territoriale						
01.0	Azienda inviante	AN	3	ASL che prende in carico e inserisce il soggetto nella Struttura residenziale/semiresidenziale.	OBB	RP
02.0	Tipo flusso	AN	2	Indica il tipo di tracciato (RE).	OBB	RP
03.0	Codice Cartella Territoriale					
03.1	Anno	N	4	Anno di presa in carico del Soggetto nell'ambito della tipologia di Progetto assistenziale.	OBB	RP
3.02	Progressivo	N	8	Progressivo numerico di Cartella Residenziale/Semiresidenziale nell'ambito dell'Azienda inviante e dell'anno.	OBB	RP
04.0	Tipo movimento	AN	1	I: inserimento; C:cancellazione; S:sostituzione.	OBB	RP
Valutazione						
37.0	Identificativo Evento Valutazione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento nell'ambito della Cartella Residenziale/Semiresidenziale.	OBB	RP
38.0	Data valutazione	D	8	Data valutazione.	OBB	NS
39.0	Motivazione valutazione	AN	1	Codice motivazione valutazione.	OBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	RES	NSIS
111.0	Soggetto valutatore					
111.1	Soggetto valutatore	AN	1	Soggetto che ha svolto la valutazione.	OBB	RP
41.0	Patologia prevalente	AN	5	Codice ICD9 della patologia prevalente.	OBB	RP
42.0	Patologie concomitanti			Codice ICD9 della/e patologia/e concomitante/i.		
42.1	Patologia concomitante 1	AN	5		NBB	RP
42.2	Patologia concomitante 2	AN	5		NBB	RP
42.3	Patologia concomitante 3	AN	5		NBB	RP
42.4	Patologia concomitante 4	AN	5		NBB	RP
42.5	Patologia concomitante 5	AN	5		NBB	RP
115.0	Patologia neurologica	AN	1	Specifica l'eventuale patologia neurologica altamente invalidante	NBB	RP
90.0	Vita quotidiana	AN	1		OBB	NS
91.0	Grado mobilità	AN	1		OBB	NS
92.0	Disturbi cognitivi	AN	1		OBB	NS
93.0	Disturbi comportamentali	AN	1		OBB	NS
94.0	Alimentazione parenterale	AN	1		OBB	NS
95.0	SNG/PEG	AN	1		OBB	NS
96.0	Tracheostomia	AN	1		OBB	NS
97.0	Ventilazione assistita	AN	1		OBB	NS
98.0	Ossigenoterapia	AN	1		OBB	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	RES	NSIS
99.0	Dialisi	AN	1		OBB	NS
100.0	Ulcere da decubito	AN	1		OBB	NS
116.0	Altre prestazioni	AN	1		OBB	NS
101.0	Area Sociale	AN	1		OBB	NS
102.0	Modalità finanziamento	AN	1		OBB	NS
Sospensione						
103.0	Identificativo Evento Sospensione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento nell'ambito della Cartella Residenziale/Semiresidenziale.	OBB	RP
104.0	Data inizio sospensione	D	8	Data di inizio sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	OBB	RP
105.0	Motivo sospensione	AN	1	Motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	OBB	RP
106.0	Data fine sospensione	D	8	Data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	NBB	RP
Conclusione						
107.0	Identificativo Evento Conclusione	AN	15	Codice identificativo univoco dell'evento nell'ambito della Cartella Residenziale/Semiresidenziale.	OBB	RP
108.0	Data conclusione	D	8	Data in cui viene conclusa l'assistenza residenziale/semiresidenziale.	OBB	NS
109.0	Motivo conclusione	AN	2	Motivazione per cui viene conclusa l'assistenza residenziale/semiresidenziale.	OBB	NS

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

Versione novembre 2010

- Codice ASL inviante (01.0)
- Tipo flusso (02.0)
- Codice Cartella Territoriale (03.0)
- Tipo movimento (04.0)

LE SCHEDE ANALITICHE

Premessa

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

Tracciato	Riporta il codice del tracciato a cui la scheda si riferisce
Nome del campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna della tabella tracciato record.
Obbligatorietà	Può essere: SÌ , o NO , o CONDIZIONATO , come riportato nel 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.
Correttezza formale	Contiene quattro righe così articolate: LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record. FORMATO: definisce il campo quale <i>alfabetico</i> , 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. TABELLE 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.
Controlli applicati:	Nel quadro "controlli applicati" sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli logici in cui è coinvolto il campo specifico.

Osservazioni e precisazioni Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico del tracciato.

Le schede

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

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

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: da 201 a 213</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte.</p>

--

CONTROLLI APPLICATI
L01 - Congruenza tra tipo flusso, Azienda inviante, Azienda erogante. N01 - Non elaborabile: incongruenza fra tipo movimento e Codice Cartella Territoriale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
ASL inviante: Assistenza domiciliare: è l'ASL (titolare) che eroga l'assistenza; Assistenza residenziale/semiresidenziale: è l'ASL che prende in carico e inserisce il Soggetto nella Struttura residenziale/semiresidenziale.

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il tipo flusso di monitoraggio.

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

CONTROLLI APPLICATI

- L01 - Congruenza tra tipo flusso, Azienda inviante e Azienda erogante.
L02 - Congruenza tra tipo flusso e tipologia di Progetto.
L08 - Congruenza tra tipo flusso e titolo di studio.
L16 - Congruenza tra tipo flusso e codice Struttura residenziale/semiresidenziale.

L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.
L21 - Congruenza tra tipo flusso e soggetto richiedente.

L22 - Congruenza tra tipo flusso e motivazione della richiesta.

L23 - Congruenza tra tipo flusso, tipo provenienza e Struttura di provenienza.

L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura.

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.
L43 - Congruenza tra tipologia di flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza e interventi economici.
L45 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola.
L50 – Congruenza tra tipo flusso e motivo della sospensione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per il tracciato ANAG: il campo può assumere il valore 'DO' o 'RE' in funzione del tipo di assistenza a cui si riferisce la Cartella Territoriale associata;

Per il tracciato DOM: il campo può assumere solo il valore 'DO'.

Per il tracciato RES: il campo può assumere solo il valore 'RE'

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
<p>L03 - Congruenza tra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico.</p> <p>L37 - Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente</p> <p>L46 - Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione</p> <p>L49 - Evento di prima valutazione già presente</p> <p>L51 - Evento valutazione con stessa data</p> <p>L52 - Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva</p> <p>N01 - Non elaborabile: incongruenza fra tipo movimento e Codice Cartella Territoriale.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

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

CONTROLLI APPLICATI
L37 - Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente
L46 - Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione
L49 - Evento di prima valutazione già presente
L51 - Evento valutazione con stessa data
L52 - Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva
N01 - Non elaborabile: incongruenza fra tipo movimento e Codice Cartella Territoriale.

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	<i>[numerazione Distretto 1]</i>
XXX	2010	25000001	<i>[numerazione Distretto 2]</i>
XXX	2010	50000001	<i>[numerazione Distretto 3]</i>

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: I, S, C

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

CONTROLLI APPLICATI

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

N01 - Non elaborabile: incongruenza fra tipo movimento e Codice Cartella Territoriale.

Per il tracciato ANAG:

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI:

LEGENDA CODICI:

- “I” – 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” .

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

DESCRIZIONE CAMPO
Identificativo del Soggetto nel sistema regionale AURA-TS.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 10
FORMATO: N
VALORI AMMESSI: 1 - 9999999999
TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L06 - Congruenza fra codice identificativo AURA e codice fiscale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

DESCRIZIONE CAMPO

Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita.

L'informazione relativa al codice fiscale deve essere verificato direttamente dalla Tessera Sanitaria TS-TEAM (inviata all'Agenzia delle Entrate) al momento della presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici '9'.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L05 - Congruenza fra codice fiscale e dati anagrafici (cognome, nome, data di nascita, sesso, comune di nascita).

L06 - Congruenza fra codice identificativo AURA e codice fiscale.

S02 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per le possibili combinazioni del codice fiscale e residenza si veda la tabella al paragrafo 5.3

- per i cittadini stranieri residenti in Italia ci si riferisce al codice fiscale;
- per cittadini stranieri iscritti ai centri ISI, si usa il codice ISI avente la seguente struttura: "STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche";
- per cittadini stranieri non residenti in Italia si utilizzano sedici '9';
- per gli apolidi si utilizzano sedici '9'.

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

DESCRIZIONE CAMPO
Cognome dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 50</p> <p>FORMATO: A</p> <p>VALORI AMMESSI: lettere A – Z maiuscole, apice, trattino e spazio.</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza fra Id-AURA e cognome.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Nome del Soggetto assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 50</p> <p>FORMATO: A</p> <p>VALORI AMMESSI: lettere A – Z maiuscole, apice, trattino e spazio.</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza fra Id-AURA e nome.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

DESCRIZIONE CAMPO

Data di nascita del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L04 - Congruenza fra data di nascita e data di accettazione richiesta.
L05 – Congruenza fra Id-AURA e data di nascita.

--

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Codice indicante il genere del Soggetto.

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

CONTROLLI APPLICATI

L05 – Congruenza fra Id-AURA e genere.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

LEGENDA DEI CODICI:

1 = maschio
2 = femmina

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

DESCRIZIONE CAMPO
Identifica il luogo di nascita del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 6</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: codici ISTAT di Province e Comuni d'Italia; o "999" + codice stato estero; o "999999"</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di province e comuni e codici del Ministero dell'Interno degli stati esteri.</p>

CONTROLLI APPLICATI
L05 – Congruenza fra Id-AURA e provincia e comune di nascita.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La compilazione del campo è obbligatoria se non sono presenti l'Id-AURA. Per i nati in Italia viene usato il codice ISTAT indicante provincia e comune. Per i nati all'estero si indica genericamente il codice dello "Stato Estero" preceduto da "999". Se lo stato estero è sconosciuto si indicano sei "9".

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

DESCRIZIONE CAMPO
Codice cittadinanza del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: “100” (italiana); o codice Stato estero. Per “apolide” o “non identificabile”: “999”</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: codici Stati esteri.</p>

CONTROLLI APPLICATI

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI:

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

DESCRIZIONE CAMPO
Stato civile del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: da 1 a 5; oppure 9</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi legenda codici nella sezione osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = Celibe/nubile

2 = Coniugato/a

3 = Separato/a

4 = Divorziato/a

5 = Vedovo/a

9 = Non dichiarato

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

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il livello massimo di istruzione conseguito dal Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: da 1 a 6; oppure 9

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

CONTROLLI APPLICATI

L08 – Congruenza fra tipo flusso e titolo di studio.

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

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

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

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

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo è valorizzabile per soggetti italiani e stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici regioni italiane oppure '999'

CONTROLLI APPLICATI

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per le Regioni italiane si usa il codice ISTAT delle Regioni;

per i residenti all'estero, o apolidi, il campo deve essere valorizzato a "999".
--

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani,
 "999" + codice Stato estero;
 STP + codice Stato estero;
 "999999".

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

CONTROLLI APPLICATI

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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.

Per i soggetti apolidi, il campo deve contenere "999999".

Per le combinazioni di valori consentiti per i Campi correlati alla residenza anagrafica vedere la tabella al punto 3.3 degli allegati.

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

DESCRIZIONE CAMPO
ASL cui appartiene il Comune in cui risiede il Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: da 201 a 213 per la Regione Piemonte. Da 001 a 998 per le altre Regioni.</p> <p>Per residenti all'estero o apolidi: "999".</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: codici regionali delle ASL d'Italia</p>

CONTROLLI APPLICATI
L11 - Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>E' l' ASL a cui afferisce il Comune di residenza dell'assistito alla presa in carico.</p> <p>In caso di residenti all'estero o di apolidi, il campo viene compilato con "999".</p>

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

DESCRIZIONE CAMPO
Numero di componenti il nucleo familiare.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 2
FORMATO: 99
VALORI AMMESSI: 0 - 99
TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

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

CONTROLLI APPLICATI

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = presente

2 = non presente

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L04 - Congruenza fra data di nascita e data di accettazione della richiesta.

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

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

OSSERVAZIONE E PRECISIZIONI

Assistenza domiciliare:

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

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea:

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

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

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

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: da 1 a 6; oppure 9

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

CONTROLLI APPLICATI

L 21 - Congruenza fra tipo flusso e tipo soggetto richiedente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

- 1 = Servizi sociali
- 2 = MMG/PLS
- 3 = Ospedale
- 4 = Ospedale per dimissione protetta
- 5 = Struttura residenziale extraospedaliera
- 6 = Utente/familiare
- 9 = Altro

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea:

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Richiesta: Motivazione della richiesta 1	23.1

DESCRIZIONE CAMPO
E' la motivazione dell'attivazione del progetto di Cura Domiciliare o, per l'Assistenza residenziale /semiresidenziale, è la motivazione di inserimento del Soggetto nella Struttura .

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

CONTROLLI APPLICATI

L22 - Congruenza fra tipo flusso e motivazione della richiesta .

L48 – Congruenza tra codici motivazione della richiesta.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza Domiciliare:

1 = Medicazioni

2 = Terapia iniettiva

3 = Terapia infusione

4 = Prelievi ricorrenti

5 = Cateterismo vescicale

6 = Esami strumentali (ECG /HGT)

7 = Gestione catetere venoso centrale

8 = Terapia antalgica

9 = Addestramento

10 = Sorveglianza infermieristica

11 = Nutrizione enterale domiciliare

12 = Gestione stomia

13 = Educazione sanitaria e counseling

14 = Cure palliative

15 = Gestione drenaggio

16 = Vac. terapia

17 = Monitoraggio clinico domiciliare

18 = Rieducazione e counseling

19 = Terapia parenterale nutrizionale

20 = Altro

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea:

1 = Perdita autonomia

2 = Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

3 = Insufficienza del supporto familiare / care giver

4 = Solitudine

5 = Alloggio non idoneo

6 = Altra motivazione sociale

Versione novembre 2010

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Richiesta: Motivazione della richiesta 2	23.2

DESCRIZIONE CAMPO
E' la motivazione dell'attivazione del progetto di Cura Domiciliare.

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

CONTROLLI APPLICATI

L22 - Congruenza fra tipo flusso e motivazione della richiesta.

L48 – Congruenza tra codici motivazione della richiesta.
--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza Domiciliare:

1 = Medicazioni

2 = Terapia iniettiva

3 = Terapia infusioneale

4 = Prelievi ricorrenti

5 = Cateterismo vescicale

6 = Esami strumentali (ECG /HGT)

7 = Gestione catetere venoso centrale

8 = Terapia antalgica

9 = Addestramento

10 = Sorveglianza infermieristica

11 = Nutrizione enterale domiciliare

- 12 = Gestione stomia
- 13 = Educazione sanitaria e counseling
- 14 = Cure palliative
- 15 = Gestione drenaggio
- 16 = Vac. terapia
- 17 = Monitoraggio clinico domiciliare
- 18 = Rieducazione e counseling
- 19 = Terapia parenterale nutrizionale
- 20 = Altro

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	NBB	Richiesta: Motivazione della richiesta 3	23.3

DESCRIZIONE CAMPO

E' la motivazione dell'attivazione del progetto di Cura Domiciliare.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

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

CONTROLLI APPLICATI

L22 - Congruenza fra tipo flusso e motivazione della richiesta.

L48 – Congruenza tra codici motivazione della richiesta.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza Domiciliare:

1 = Medicazioni

2 = Terapia iniettiva

3 = Terapia infusione

4 = Prelievi ricorrenti

5 = Cateterismo vescicale

6 = Esami strumentali (ECG /HGT)

7 = Gestione catetere venoso centrale

8 = Terapia antalgica

9 = Addestramento

10 = Sorveglianza infermieristica

11 = Nutrizione enterale domiciliare

12 = Gestione stomia

13 = Educazione sanitaria e counseling

14 = Cure palliative

15 = Gestione drenaggio

16 = Vac. terapia

17 = Monitoraggio clinico domiciliare

18 = Rieducazione e counseling

19 = Terapia parenterale nutrizionale

20 = Altro

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Provenienza: Provenienza assistito	24.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il proponente l'assistenza.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 2</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Vedi valori in sezione osservazioni e precisazioni</p>

CONTROLLI APPLICATI

L23 - Controllo fra provenienza assistito e codice Struttura di provenienza.

OSSERVAZIONI E CONSIDERAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

1 = Abitazione

2 = Ospedale

3 = Ospedale – dimissione protetta

4 = Ricovero temporaneo in struttura socio-sanitaria

5 = Casa di cura

6 = Altra tipologia di Cure Domiciliari

9 = Altro

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea:

1 = Abitazione

2 = Struttura socio-sanitaria

3 = Struttura sociale

4 = Struttura ospedaliera

5 = Struttura di riabilitazione

9 = Altro

10 = Altra tipologia di cura residenziale / semiresidenziale

11 = Casa di cura

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Provenienza: Struttura di provenienza	25.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'Ospedale o la Struttura di provenienza del Soggetto.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6 - 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Codici HSP11-BIS, STS11, RIA11.

CONTROLLI APPLICATI

L23 – Congruenza fra tipo provenienza e Struttura di provenienza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Tipologia di Progetto	26.0

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Identifica la tipologia di Progetto assegnato nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale, residenziale temporaneo.</p>

CORRETEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1 – 4</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel riquadro osservazioni e precisazioni.</p>

CONTROLLI APPLICATI
<p>L02 – Congruenza fra tipo flusso e tipologia di Progetto.</p> <p>L14 – Congruenza fra tipologia di Progetto e tipologia di Cura.</p> <p>L45 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = Assistenza Domiciliare (ivi compresa la lungoassistenza ai sensi della DGR 51 – del 23 dicembre 2003)</p> <p>2 = Assistenza Semiresidenziale</p> <p>3 = Assistenza Residenziale</p> <p>4 = Assistenza Residenziale Temporanea</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Tipologia di Cura	27.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica la tipologia di cura / intensità assegnato nell'ambito dei Progetti di Assistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale o residenziale temporanea.

CORRETEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

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

CONTROLLI APPLICATI

L14 - Congruenza fra tipologia di Progetto e tipologia di Cura.
L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura.
L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.
L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.
L43 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza.
L45 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

- 1 = Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- 2 = Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- 3 = Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
- 4 = ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) (DGR 15/2002)
- 5 = Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51/2003)
- 6 = Lungoassistenza media intensità (DGR 51/2003)
- 7 = Lungoassistenza media alta intensità (DGR 51/2003)
- 8 = Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11189/2009)
- 9 = Interventi economici media intensità (DGR 39-11189/2009)

10 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 39-11189/2009)

11 = Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13192/2009)

12 = Interventi economici media intensità (DGR 56-13192/2009)

13 = Interventi economici medio-alta intensità (DGR 56-13192/2009)

Assistenza semiresidenziale:

1= Progetti in Centri Diurni

2= Progetti in Centri Alzheimer

Assistenza residenziale e residenziale temporanea:

1 = Progetto residenziale intensità bassa

2 = Progetto residenziale intensità media

3 = Progetto residenziale intensità media incrementata

4 = Progetto residenziale intensità alta

5 = Progetto residenziale intensità alta incrementata

6 = Progetto residenziale per Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza

7 = Progetto residenziale per Locked-in-Syndrome

8 = Progetto residenziale per Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale

9 = Progetto residenziale per Sclerosi Multipla

10 = Progetto residenziale per Alzheimer e demenza senile

11 = Progetto residenziale ad personam bassa intensità

12 = Progetto residenziale ad personam media intensità

13 = Progetto residenziale ad personam alta intensità

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Data di presa in carico	28.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la data di presa in carico del Soggetto nell'ambito del progetto assistenziale assegnato.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: D</p> <p>VALORI AMMESSI: GGMMAAAA</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>

CONTROLLI APPLICATI

L03 - Congruenza fra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico.

L15 - Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione.

L19 - Congruenza tra data accettazione e data di presa in carico.

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

L32 - Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza.

L39 – Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza.

L44 - Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza.

OSSERVAZIONE E PRECISIZIONI

Per l'assistenza domiciliare, è la data di apertura della Cartella Domiciliare .

Per l'assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea, è la data di inserimento del Soggetto nella Struttura.

In base al Decreto Ministeriale del 22 febbraio 2007, n. 43 è la data da utilizzare nell'indicatore dei tempi di attesa.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Azienda erogante	29.0

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Ass. Domiciliare: identifica l'Azienda Sanitaria che eroga il servizio di Cure Domiciliari.</p> <p>Ass. Residenziale/Semiresidenziale: identifica l'Azienda Sanitaria dove si trova la Struttura residenziale/semiresidenziale.</p>

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: da 201 a 213</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte</p>

CONTROLLI APPLICATI
L01 - Congruenza tra tipo flusso, Azienda inviante, Azienda erogante.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Per l'assistenza domiciliare è l'ASL che eroga le prestazioni (ASL del servizio di Cure Domiciliari).</p> <p>Per l'assistenza residenziale, semiresidenziale, residenziale temporanea, è l'ASL che inserisce il Soggetto nella Struttura residenziale / Semiresidenziale e che corrisponde la quota SSR della tariffa.</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Codice Struttura residenziale / semiresidenziale	30.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice STS11 (Partita IVA) della Struttura Titolare residenziale o semiresidenziale di ammissione del Soggetto .

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici STS11

CONTROLLI APPLICATI

L16 - Congruenza tra tipo flusso e Struttura residenziale/semiresidenziale.

L17 - Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Matricola dell'Unità Produttiva	31.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il punto di erogazione .

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 6</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1 – 999999 (v. nota in Osservazioni e Precisazioni)</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella Anagrafe Strutture</p>

CONTROLLI APPLICATI

L45 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

In via transitoria, il campo assume il valore **999999** qualora la Matricola non sia ancora censita in Anagrafe Strutture.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Codice regionale Struttura residenziale / semiresidenziale	32.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice regionale del Presidio presente nell'Anagrafe dei Presidi corrispondente alla Struttura Titolare residenziale o semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 11</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Anagrafe Presidi Strutture Socio Assistenziali</p>

CONTROLLI APPLICATI

L17 – Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	OBB	Codice Comune/Ente Gestore	33.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il Comune/Ente Gestore di riferimento alla presa in carico del Soggetto nell'ambito del Progetto assistenziale. È l'Ente che può contribuire alla quota giornaliera di propria competenza.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 3</p> <p>FORMATO: N</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Enti Gestori della Regione Piemonte.</p>

CONTROLLI APPLICATI

L26 - Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Tariffa giornaliera: quota SSR	34.1

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la quota giornaliera a carico del SSR corrisposta dall'ASL di presa in carico alla Struttura residenziale/semiresidenziale .

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: 999999.99

VALORI AMMESSI: 0.01 – 999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO

CONTROLLI APPLICATI

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

<p>Per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dall'ASL al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dall'ASL alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico).</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Tariffa giornaliera: quota utente	34.2

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la quota giornaliera a carico dell'utente corrisposta dall'utente o dai suoi familiari alla Struttura residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: 999999.99

VALORI AMMESSI: 0.00 – 999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L47 – Congruenza tra “Quota utente” e “Quota Comune/Ente Gestore”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dall'utente o dai sui familiari al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dall'utente o dai sui familiari alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
ANAG	CON	Tariffa giornaliera: quota Comune/Ente Gestore	34.3

DESCRIZIONE CAMPO

Indica l'eventuale quota giornaliera di compartecipazione corrisposta dal Comune/Ente Gestore.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: 999999.99

VALORI AMMESSI: 0.00 – 999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L47 – Congruenza tra “Quota utente” e “Quota Comune/Ente Gestore”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per i soggetti già in Struttura al 1 ottobre, è la quota corrisposta dal Comune/Ente Gestore al 1 ottobre 2010 mentre, per i soggetti la cui presa in carico è successiva al 30 settembre 2010, è la quota corrisposta dal Comune/Ente Gestore alla data di inserimento del soggetto in Struttura (data di presa in carico).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Valutazione: Codice identificativo evento valutazione	37.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Campo utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento di valutazione (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: A- Z maiuscole e 0 – 9

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.
--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.
--

Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo “ALLEGATI” paragrafo “TRACCIATI RECORD” - “Codifica del campo identificativo evento”.
--

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Valutazione: Data valutazione	38.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data in cui è stata effettuata la valutazione del Soggetto.

In funzione del motivo della valutazione (campo motivo valutazione) è la data di: prima valutazione, di valutazione periodica (trimestrale) o straordinaria.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

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

L27 - Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione.

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Valutazione: Motivo della valutazione	39.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Specifica il motivo della valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 3

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

CONTROLLI APPLICATI

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

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

L28 - Congruenza tra motivo valutazione e conferma valutazione precedente.

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = prima valutazione

2 = rivalutazione periodica

3 = rivalutazione straordinaria

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Valutazione: Conferma valutazione precedente	40.0

DESCRIZIONE CAMPO
Specifica se confermata la valutazione precedente.

CORRETTEZZA FORMALE
<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>VALORI AMMESSI: 1 – 2</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda dei codici nella sezione osservazioni e precisazioni</p>

CONTROLLI APPLICATI

L28 - Congruenza tra motivo valutazione e conferma valutazione precedente.

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = sì

2 = no

Se confermata la valutazione precedente (valore del campo “Conferma valutazione precedente = 1”), gli items relativi alla rivalutazione (da Scheda n. 41.0 a Scheda n. 79.0 e Scheda 115 del tracciato Eventi DOM) non devono essere compilati.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Patologia prevalente	41.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice patologia prevalente alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-IX

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-IX nell'edizione validata dal Ministero della Sanità in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia concomitante 1	42.1
RES	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-IX

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-IX nell'edizione validata dal Ministero della Sanità in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 - Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia concomitante 2	42.2
RES	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-IX

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-IX nell'edizione validata dal Ministero della Sanità in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia concomitante 3	42.3
RES	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-IX

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-IX nell'edizione validata dal Ministero della Sanità in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia concomitante 4	42.4
RES	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione .

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-IX

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-IX nell'edizione validata dal Ministero della Sanità in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia concomitante 5	42.5
RES	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice di patologia concomitante alla prima valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-IX

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ICD-IX nell'edizione validata dal Ministero della Sanità in vigore.

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.
L30 – Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.
L31 – Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Individua il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Autonomia	43.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il livello di autonomia del Soggetto nelle attività di vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno)..

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = autonomo

2 = parzialmente dipendente

3 = totalmente dipendente

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Grado mobilità	44.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il livello di autonomia del Soggetto nell'area mobilità.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = si sposta da solo (eventualmente con ausili)

2 = si sposta assistito

3 = non si sposta

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Disturbi cognitivi	45.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica l'entità dei disturbi cognitivi eventualmente presenti (memoria, orientamento, attenzione).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = assenti / lievi

2 = moderati

3 = gravi

.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Disturbi comportamentali	46.0

DESCRIZIONE CAMPO

Individua l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = assenti / lievi

2 = moderati

3 = gravi

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Supporto sociale	47.0

DESCRIZIONE CAMPO

Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-3

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = presenza

2 = presenza parziale e/o temporanea

3 = non presenza

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Rischio infettivo	48.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se l'assistenza è a rischio infezione.

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = sì</p> <p>2 = no</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Drenaggio posturale	49.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente..

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Ossigenoterapia	50.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza o meno del bisogno.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.
 L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente
 2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Ventiloterapia	51.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza o meno del bisogno.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la presenza del bisogno.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Alimentazione assistita	53.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la presenza del bisogno.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione:Alimentazione enterale	54.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

CONTROLLI APPLICATI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Alimentazione parenterale	55.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Gestione stomia	56.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il bisogno è presente.

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI: 1 = bisogno presente 2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Eliminazione urinaria intestinale	57.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Alterazione ritmo sonno-veglia	58.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Interventi di educazione terapeutica	59.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Cura ulcere cutanee 1° e 2° grado	60.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Cura ulcere cutanee 3° e 4° grado	61.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Prelievi venosi non occasionali	62.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione : ECG	63.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Telemetria	64.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

<p>L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.</p> <p>L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.</p>
<p>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</p>
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = bisogno presente</p> <p>2 = bisogno assente.</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Terapia sottocutanea intra muscolare infusioneale	65.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.
 L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente
 2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Gestione catetere	66.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Trasfusioni	67.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Controllo dolore	68.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente..

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Assistenza stato terminale oncologico	69.0

DESCRIZIONE CAMPO
Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.
 L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente
 2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Assistenza stato terminale non oncologico	70.0

DESCRIZIONE CAMPO

Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica.

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Trattamento riabilitativo neurologico	73.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento valutazione: Trattamento riabilitativo Ortopedico	74.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Trattamento riabilitativo di mantenimento	75.0

DESCRIZIONE CAMPO
indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Supervisione continua	76.0

DESCRIZIONE CAMPO
indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Assistenza IADL	77.0

DESCRIZIONE CAMPO

indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Assistenza ADL	78.0

DESCRIZIONE CAMPO

indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1-2

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

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI: 1 = bisogno presente 2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Valutazione: Supporto care giver	79.0

DESCRIZIONE CAMPO
indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

L29 – Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione.

L30 - Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = bisogno presente

2 = bisogno assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Codice identificativo evento prestazione	80.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento prestazione (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: lettere da A- Z maiuscole e numeri da 0 – 9

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.

Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo "ALLEGATI" paragrafo "TRACCIATI RECORD" - "Codifica del campo identificativo evento".

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Data accesso	81.0

DESCRIZIONE CAMPO

E' la data in cui è stato effettuato almeno un accesso domiciliare da parte dell'operatore.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
<p>L32 – Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza.</p> <p>L33 – Congruenza tra data di accesso e periodo di sospensione.</p> <p>L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.</p>

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Tipo operatore	82.0

DESCRIZIONE CAMPO
Codice tipologia operatore che ha erogato l'intervento domiciliare.

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

CONTROLLI APPLICATI
L34 – Congruenza tra campo tipo operatore e disciplina.
L35 – Congruenza tra campo tipo operatore e tipo prestazione.
L36 – Congruenza tra campo tipo operatore e tempo GO e tempo H.
L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI:

1 = MMG

2 = PLS

3 = Infermiere

4 = Medico specialista

5 = Medico assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.

6 = Medico di continuità assistenziale

7 = Psicologo

8 = Fisioterapista

9 = Logopedista

10 = OSS

11 = Dietista

12 = Assistente sociale del SSN

13 = Terapista occupazionale

20 = Trasporto

21 = Infermiere assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Prestazione: Disciplina operatore	83.0

DESCRIZIONE CAMPO

Individua la disciplina dell'operatore specialista che ha erogato l'intervento domiciliare.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01 - 98

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella discipline specialistiche

CONTROLLI APPLICATI

L34 – Congruenza tra campo tipo operatore e disciplina dell'operatore.

L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Numero accessi	84.0

DESCRIZIONE CAMPO

Numero accessi per tipo operatore nella stessa giornata (data di accesso).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Tipo prestazione	85.0

DESCRIZIONE CAMPO

Contiene il codice tipo prestazione erogata in assistenza domiciliare.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

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

CONTROLLI APPLICATI

L35 - Congruenza tra tipo operatore e tipo prestazione.

L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1= visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/sociale e monitoraggio)

2 = prelievo ematico

3 = esami strumentali

4 = trasferimento competenze/educazione del care giver / colloquio / nursring / addestramento

5 = supporto psicologico

6 = terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione

7 = terapia infusione SC e EV

8 = emotrasfusione

9 = paracentesi

10 = gestione ventilazione

11 = gestione nutrizione enterale (SNG PEG)

12 = gestione nutrizione parenterale – gestione CVC

13 = gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie

14 = gestione alvo comprese le enterostomie

15 = igiene personale e mobilizzazione

16 = medicazioni semplici

17 = medicazioni complesse

- 18 = fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
- 19 = Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria
- 20 = Trattamento di rieducazione del linguaggio
- 21 = Trattamento di rieducazione dei disturbi neuropsicologici
- 90 = Trasporto in ambulanza a carico SSN - tratta singola
- 91 = Trasporto in ambulanza a carico SSN - andata e ritorno
- 92 = Trasporto in auto a carico SSN - andata e ritorno

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazione: Numero prestazioni erogate	86.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la quantità di prestazioni erogate nella data di accesso.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 – 99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Prestazione: Tempo GO	87.0

DESCRIZIONE CAMPO
Tempo impiegato dall'operatore per recarsi a casa dell'utente (non deve comprendere il tempo di ritorno alla struttura)..

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 5
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: HH.MM - 00.01 – 23.59
TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L36 – congruenza tra tipo operatore e tempo GO.
L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

In caso di più accessi nella stessa giornata per la stessa tipologia di operatore, il tempo GO sarà la somma dei tempo impiegato da ogni singolo operatore.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	CON	Evento Prestazione: Tempo H	88.0

DESCRIZIONE CAMPO

Tempo home; tempo impiegato dall'operatore per l'erogazione della prestazione a casa dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: HH.MM - 00.01 – 23.59

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L36 - Congruenza tra campo tipo operatore e campi tempo GO e tempo H.

L41 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

In caso di più accessi nella stessa giornata per la stessa tipologia di operatore, il tempo GO sarà la somma dei tempo impiegato da ogni singolo operatore.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Vita quotidiana	90.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il codice del livello di fragilità del Soggetto per le attività di vita quotidiana..

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 3

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

CONTROLLI APPLICATI

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = autonomo

2 = parzialmente dipendente

3 = totalmente dipendente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Grado mobilità	91.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice del livello di fragilità relativo alla mobilità dell'assistito per le attività di vita quotidiana.

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

CONTROLLI APPLICATI

--

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Disturbi cognitivi	92.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice del livello di fragilità del Soggetto relativo all'area cognitiva.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1 - 3
TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = assenti/lievi
 2 = moderati
 3 = gravi

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento valutazione: Disturbi comportamentali	93.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza o meno di disturbi comportamentali.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 -2

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1= disturbi presenti

2 = disturbi assenti

Versione novembre 2010

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione:Trattamenti specialistici – Alimentazione parenterale	94.0

DESCRIZIONE CAMPO

indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

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

CONTROLLI APPLICATI

--

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione:Trattamenti specialistici – SNG/PEG	95.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = trattamento presente
2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione:Trattamenti specialistici – Tracheostomia	96.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TABELLA DEI CODICI:

1 = trattamento presente

2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione:Trattamenti specialistici – Ventilazione assistita	97.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

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

CONTROLLI APPLICATI

--

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione:Trattamenti specialistici – Ossigenoterapia	98.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il bisogno è presente.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 2

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = trattamento presente

2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione:Trattamenti specialistici – Dialisi	99.0

DESCRIZIONE CAMPO
indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

--

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione:	100.0
		Trattamenti specialistici – Ulcere da decubito	

DESCRIZIONE CAMPO
indica se il bisogno è presente.

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

1 = trattamento presente
 2 = trattamento assente.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Livello di fragilità - Area sociale	101.0

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'eventuale presenza di un'area sociale dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 3

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

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

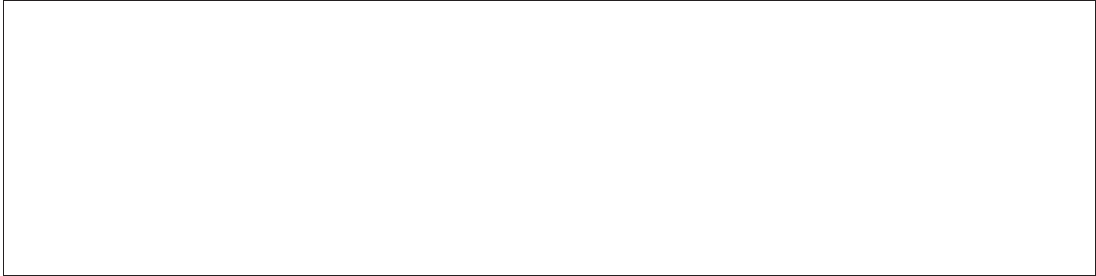
LEGENDA DEI CODICI:

1 = presenza

2 = parziale / temporanea

3 = assenza

Versione novembre 2010



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Modalità finanziamento	102.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la modalità di finanziamento dell'assistito..

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 3

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

CONTROLLI APPLICATI

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = autonomo finanziatore</p> <p>2 = a carico totale o parziale dei familiari</p> <p>3 = a carico totale o parziale del comune</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Sospensione: Codice identificativo evento sospensione	103.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento di sospensione (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: lettere da A – Z maiuscole e numeri da 0 – 9

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.</p> <p>Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo "ALLEGATI" paragrafo "TRACCIATI RECORD" - "Codifica del campo identificativo evento".</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Sospensione: Data inizio sospensione	104.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di inizio sospensione dell'assistenza domiciliare o residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L27 - Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione.

L33 - Congruenza tra data di accesso e periodo di sospensione.

L39 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione ed il periodo di assistenza.

L40 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Sospensione: Motivazione sospensione	105.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Fornisce indicazioni sulla motivazione della sospensione dell'assistenza domiciliare o residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: da 1 a 3; oppure 9

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

CONTROLLI APPLICATI

L50 – Congruenza tra tipo flusso e motivo della sospensione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

- 1 = Ricovero temporaneo in ospedale
- 2 = Allontanamento temporaneo
- 3 = Ricovero temporaneo in struttura residenziale
- 9 = Altro.

Assistenza semiresidenziale / residenziale / residenziale temporanea:

- 1 = Ricovero temporaneo in ospedale
- 2 = Allontanamento temporaneo
- 3 = Altro.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Sospensione: Data fine sospensione	106.0
RES	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di fine sospensione dell'assistenza domiciliare o residenziale/semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO:D

VALORI AMMESSI: GMMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L27 - Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione.

L33 - Congruenza tra data di accesso e periodo di sospensione.

L39 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione ed il periodo di assistenza.

L40 – Congruenza tra data inizio e data fine sospensione.

CONTROLLI APPLICATI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Conclusione: Codice identificativo evento conclusione	107.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: lettere da A – Z maiuscole e numeri da 0 a 9.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

<p>Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.</p>

<p>Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo "ALLEGATI" paragrafo "TRACCIATI RECORD" - "Codifica del campo identificativo evento".</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Conclusione: Data conclusione	108.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di conclusione dell'assistenza domiciliare o dell'assistenza residenziale / semiresidenziale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

<p>L15 - Congruenza fra data di presa in carico e data conclusione.</p> <p>L20 - Congruenza tra motivo della valutazione, data accettazione, data di presa in carico, data valutazione e data conclusione assistenza.</p> <p>L32 - Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza.</p> <p>L39 – Congruenza tra data inizio e fine sospensione ed il periodo di assistenza.</p> <p>L44 - Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza.</p>
--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Conclusione: Motivo conclusione assistenza	109.0
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Fornisce indicazioni sulla motivazione della conclusione dell'assistenza e sull'eventuale destinazione del Soggetto dopo la conclusione.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 2
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1 - 99
TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare:

- 1 = Completamento del programma assistenziale
- 2 = Ricoveri in ospedale
- 3 = Decesso a domicilio
- 5 = Trasferimento in struttura residenziale
- 6 = Trasferimento in Hospice
- 8 = Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari
- 9 = Cambio residenza
- 10 = Cambio medico
- 11 = Volontà dell'utente
- 12 = Chiusura amministrativa
- 99 = Altro

Assistenza residenziale/ semiresidenziale /residenziale temporanea:

- 1 = Dimissione a domicilio senza assistenza
- 2 = Dimissione a domicilio con assistenza
- 3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti
- 4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza
- 5 = Decesso
- 8 = Cambio tariffa e/o ripartizione quota

9 = Dimissione per cambio struttura

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Valutazione: Valutatore 1	111.1
RES	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia di operatore che ha svolto la valutazione.

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

CONTROLLI APPLICATI

L42 - Congruenza tra codici soggetto valutatore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare – tipologia valutatore:

1 = MMG

2 = Infermiere

3 = Medico delle Cure Domiciliari

4 = Medico del Distretto

5 = Medico assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.

6 = Infermiere assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.

7 = Fisiatra

8 = Fisioterapista

9 = Logopedista

Assistenza semiresidenziale / residenziale / residenziale temporanea – tipologia valutatore:

1 = MMG/Equipe multiprofessionale

2 = Medico di Struttura

3 = UVG

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Valutatore 2	111.2

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di operatore che ha svolto la valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

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

CONTROLLI APPLICATI

L42 - Congruenza tra codici soggetto valutatore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare – tipologia valutatore:

1 = MMG

2 = Infermiere

3 = Medico delle Cure Domiciliari

4 = Medico del Distretto

5 = Medico assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.

6 = Infermiere assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.

7 = Fisiatra

8 = Fisioterapista

9 = Logopedista

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Valutatore 3	111.3

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia di operatore che ha svolto la valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 1
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:
TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI
L42 - Congruenza tra codici soggetto valutatore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
LEGENDA DEI CODICI:

Assistenza domiciliare – tipologia valutatore:

1 = MMG

2 = Infermiere

3 = Medico delle Cure Domiciliari

4 = Medico del Distretto

5 = Medico assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.

6 = Infermiere assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.

7 = Fisiatra

8 = Fisioterapista

9 = Logopedista

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Valutatore 4	111.4

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la tipologia di operatore che ha svolto la valutazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

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

CONTROLLI APPLICATI

L42 - Congruenza tra codici soggetto valutatore.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
LEGENDA DEI CODICI:			
Assistenza domiciliare – tipologia soggetto valutatore:			
1 = MMG			
2 = Infermiere			
3 = Medico delle Cure Domiciliari			
4 = Medico del Distretto			
5 = Medico assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.			
6 = Infermiere assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.			
7 = Fisiatra			
8 = Fisioterapista			
9 = Logopedista			
TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Prestazioni di Lungoassistenza: Identificativo evento	112.0

DESCRIZIONE CAMPO
Codice utilizzato per l'identificazione univoca del singolo evento di prestazione di lungoassistenza (necessario per la gestione della sostituzione o cancellazione di un singolo record evento).

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 15
FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: lettere da A – Z maiuscole e numeri da 0 – 9.
TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI
L43 - Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Codice univoco per Azienda formato da: Codice ASL + tipo flusso + tipologia di evento + progressivo.

Per la compilazione dell'identificativo evento, vedi il capitolo "ALLEGATI" paragrafo "TRACCIATI RECORD" - "Codifica del campo identificativo evento".

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazioni di Lungoassistenza: data inizio erogazione	113.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la data di inizio erogazione del contributo di lungoassistenza da parte dell'ASL di presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L43 - Congruenza tra tipologia di flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza.

L44 – Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	OBB	Evento Prestazioni di Lungoassistenza: Contributo mensile erogato	114.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica la quota mensile a carico del SSR corrisposta dall'ASL di presa in carico per la lungoassistenza.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0.01 – 999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L43 - Congruenza tra tipologia di flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza.

L44 – Congruenza tra data inizio erogazione contributo e periodo di assistenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
DOM	NBB	Evento Valutazione: Patologia neurologica	115.0
RES	NBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Specifica l'eventuale patologia neurologica altamente invalidante.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 3

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

CONTROLLI APPLICATI

--

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>Patologia neurologica altamente invalidante:</p> <p>1 = Stato Vegetativo (SV)</p> <p>2 = Stato di Minima Coscienza (SMC)</p> <p>3 = Locked-in Syndrome (LIS)</p>

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	N° Scheda Rif.°
RES	OBB	Evento Valutazione: Trattamenti specialistici – Altre prestazioni	116.0

DESCRIZIONE CAMPO
Altre prestazioni specialistiche.

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

CONTROLLI APPLICATI

--

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

Combinazioni dei valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica

N.	Tipologia di assistenza		Tipologia utente	Posizione assistito	Codice fiscale	Regione di residenza	Comune di Residenza	ASL di Residenza	Cittadinanza
1	DOM	RES	Italiano	Residente e domiciliato in un'ASL del Piemonte	Effettivo	010	Comune dell'ASL	ASL del Piemonte	100
3	DOM		Italiano	Residente in altra Regione e domiciliato in un'ASL del Piemonte	Effettivo	Altra Regione	Comune di altra Regione	ASL di altra Regione	100
4	DOM		Italiano	Non residenti in Italia (frontalieri, naviganti, aereotrasportati ...)	Effettivo	Codice Stato estero	999+codice Stato Estero	999	100
5	DOM		Straniero	Non residenti in Italia	Effettivo oppure tutti 9	Codice Stato estero	999+codice Stato Estero	999	Presente in tabella eccetto 100
6	DOM		Illegalmente presenti (STP) (*)	Iscritto Centro ISI	Codice STP	Codice Stato estero	STP+cod. Stato Estero	999	Presente in tabella eccetto 100

7	DOM	RES	Apolide		Tutti 9	999	999999	999	999
---	-----	-----	---------	--	---------	-----	--------	-----	-----

(*) Il codice identificativo (STP) è costituito da: "STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche".

TABELLA DEI CONTROLLI LOGICI-NORMATIVI

Premessa

E' articolata in quattro colonne:

N° Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "correttezza logica" delle schede:

Lxx = controllo logico

Nxx = condizione di record **non elaborabile**

Sxx = segnalazione

Descrizione dei controlli

Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.

Tipo CTR Si utilizzano le abbreviazioni:

L = controllo logico

F = controllo formale

N = controllo bloccante

Campo

A sua volta articolata in due colonne (N° e Nome) che enumerano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "correttezza logica", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	SCHEDA	
		N°	NOME CAMPO
L01	Congruenza tra tipo flusso, codice Azienda inviante, codice Azienda erogante: ▲ se “Tipo flusso” = “DO”, allora il valore dei campi “Azienda inviante” e “Azienda erogante” devono coincidere.	02.0	Tipo flusso
		01.0	Codice Azienda inviante
		29.0	Codice Azienda erogante
L02	Congruenza tra tipo flusso e tipologia di Progetto: ■ Tipo Flusso = “DO”: il valore del campo “Tipologia di Progetto” deve essere = 1; ■ Tipo Flusso = “RE”: il campo “Tipologia di Progetto” può assumere i valori 2,3,4.	02.0	Tipo flusso
		26.0	Tipologia di Progetto
L03	Congruenza tra anno Cartella Territoriale e data di presa in carico: ■ l'anno della Cartella Territoriale e l'anno della data di presa in carico devono coincidere.	03.1	Anno Cartella
		28.0	Data di presa in carico
L04	Congruenza fra data di nascita e data di accettazione richiesta: ■ la data di nascita deve essere <= di data accettazione richiesta.	09.0	Data di nascita
		21.0	Data accettazione richiesta
L05	Congruenza tra Id-AURA ed i campi anagrafici: ▲ se Id-AURA non è valorizzato, allora i campi cognome, nome, data di nascita, genere, Provincia/Comune/Stato Estero di nascita, codice fiscale devono essere compilati.	05.0	Id-AURA
		06.0	Codice fiscale
		07.0	Cognome
		08.0	Nome
		09.0	Data di nascita
		10.0	Genere
L06	Congruenza tra Id-AURA e codice fiscale: ▲ se l'Id-AURA è valorizzato, allora deve esserci corrispondenza tra codice fiscale e l' identificativo AURA nel sistema regionale AURA-TS.	05.0	Identificativo AURA
		06.0	Codice fiscale
L08	Congruenza tra tipo flusso e titolo di studio: ▲ se “Tipo Flusso” = “RE”, allora la compilazione del campo “Titolo di studio” è obbligatoria.	02.0	Tipo flusso
		14.0	Titolo di studio

L10	Congruenza fra Regione e Comune/Provincia di residenza: ▲ se il codice Regione esiste nella tabella delle Regioni italiane (diverso da “999”), allora il Comune di residenza deve essere situato nella Regione di residenza indicata.	16.0	Regione di residenza
		17.0	Comune di residenza
L11	Congruenza tra Provincia/Comune di residenza e ASL di residenza: ▲ se il codice Provincia/Comune di residenza sono italiani (primi tre caratteri diversi da “999”), allora il Comune deve essere situato nell'ambito territoriale dell'ASL di residenza; ▲ se il codice Provincia/Comune di residenza contiene “999999” oppure “999”+codice Stato estero oppure “STP”+codice Stato estero, allora il codice ASL di residenza deve essere = “999”.	17.0	Provincia/Comune di residenza
		18.0	ASL di residenza
L14	Congruenza tra Tipologia di Progetto e Tipologia di Cura: ▲ se il valore del campo “Tipologia di Progetto” è = “1”, il codice “Tipologia di Cura” deve esistere nella tabella “Tipologia di Cura Domiciliare”; ▲ se il valore del campo “Tipologia di Progetto” è “2”, il codice “Tipologia di Cura” deve esistere nella tabella “Tipologia di Cura Semiresidenziale”; ▲ se il valore del campo “Tipologia di Progetto” è “3” o “4”, il campo “Tipologia di Cura” deve esistere nella tabella “Tipologia di Cura residenziale”.	26.0	Tipologia di Progetto
		27.0	Tipologia di Cura
L15	Congruenza tra data di presa in carico e data conclusione assistenza: ▲ la data di presa in carico deve essere < di data conclusione assistenza.	28.0	Data di presa in carico
		108.0	Data di conclusione assistenza
L16	Congruenza tra tipo flusso e codice Struttura residenziale/semiresidenziale: ▲ se tipo flusso = “RE”, la compilazione del campo “Codice Struttura” è obbligatoria; ▲ se tipo flusso = “DO”, il campo “Codice Struttura” non deve essere compilato.	02.0	Tipo flusso
		30.0	Codice Struttura residenziale/semiresidenziale
L17	Congruenza tra tipo flusso, codice regionale Presidio e codice STS11 della Struttura residenziale/semiresidenziale: ▲ se tipo flusso = “RE”, allora il “codice regionale Presidio” deve essere quello associato al “codice STS11” della Struttura residenziale/semiresidenziale; ▲ se tipo flusso = “DO”, allora i campi “codice regionale Presidio” e “codice STS11” non devono essere compilati.	02.0	Tipo flusso
		30.0	Codice STS11
		32.0	Codice regionale Presidio

L19	Congruenza tra data accettazione richiesta e data di presa in carico: ▲ la data accettazione richiesta deve essere <= a data di presa in carico.	21.0	Data accettazione richiesta
		28.0	Data di presa incarico
L20	Congruenza tra data accettazione richiesta, data di presa in carico, data valutazione e motivo della valutazione: ▲ se motivo della valutazione = "1" (prima valutazione), allora la data valutazione deve essere compresa tra data accettazione e data di presa incarico; ▲ se motivo della valutazione è diverso da "1" (prima valutazione), allora la data valutazione deve essere > di data di presa in carico e - se presente la Data di conclusione assistenza - < di Data conclusione assistenza.	21.0	Data accettazione richiesta
		28.0	Data di presa in carico
		38.0	Data valutazione
		39.0	Motivo della valutazione
		108.0	Data conclusione
L21	Congruenza tra tipo flusso e soggetto richiedente: Tipo Flusso = "DO": ▲ Il codice "Soggetto richiedente" deve esistere nella tabella "Assistenza domiciliare: soggetto richiedente"; Tipo Flusso = "RE": ▲ il codice "Soggetto richiedente" deve esistere nella tabella "Assistenza residenziale/semiresidenziale: soggetto richiedente".	02.0	Tipo flusso
		22.0	Soggetto richiedente
L22	Congruenza tra tipo flusso e motivazione della richiesta: Tipo Flusso = "DO": ▲ Il codice "Motivazione richiesta" deve esistere nella tabella "Assistenza domiciliare: motivazione richiesta"; Tipo Flusso = "RE": ▲ Il codice "Motivazione richiesta" deve esistere nella tabella "Assistenza residenziale/semiresidenziale: motivazione richiesta";	02.0	Tipo flusso
		23.1	Motivazione richiesta 1
		23.2	Motivazione richiesta 2
		23.3	Motivazione richiesta 3
L23	Congruenza tra provenienza e Struttura di provenienza: Tipo Flusso = "DO": <ul style="list-style-type: none"> se il campo "Provenienza assistito" assume il valore "2", "3", "5", il codice Struttura di provenienza deve esistere nella 	02.0	Tipo flusso

	<p>tabella HSP11-BIS;</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “4”, il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella STS11; • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “1”, “6” o “9”, il campo “Struttura di provenienza” non deve essere compilato. <p>Tipo Flusso =”RE”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “2” o “3”, il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella STS11; • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “5” il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella RIA (Strutture di riabilitazione); • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “4” o “6”, il codice “Struttura di provenienza” deve esistere nella tabella HSP11-BIS. • se il campo “Provenienza assistito” assume il valore “1”, “9” o “10”, il campo “Struttura di provenienza” non deve essere compilato. 	24.0	Provenienza assistito
		25.0	Struttura di provenienza
L25	<p>Congruenza tra tipo movimento, identificativo evento e motivo valutazione:</p> <p>▲ se motivo valutazione è diverso da 1 e l'identificativo evento si riferisce ad un precedente evento di prima valutazione, la sostituzione non può essere operata</p>	04.0	Tipo movimento
		37.0	Identificativo evento
		39.0	Motivo valutazione
L26	<p>Congruenza tra Ente Gestore e tipologia di Cura:</p> <p>▲ per il tipo flusso “DO”, la compilazione del campo Ente Gestore è obbligatoria solo se tipologia di Cura è diversa da 1,2,3,4.</p>	02.0	Tipo Flusso
		27.0	Tipologia di Cura
			Ente Gestore
L27	<p>Congruenza tra data valutazione, data inizio e data fine sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la data valutazione non può essere compresa in un periodo di sospensione. 	38.0	Data valutazione
		104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione
L28	<p>Congruenza tra conferma valutazione precedente e motivo valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il valore assunto dal campo “Motivo della valutazione” è =”1” (prima valutazione), allora il campo “Conferma valutazione precedente” non può essere = “1”. 	39.0	Motivo della valutazione
		40.0	Conferma valutazione precedente

L29	<p>Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Valutazione:</p> <p>⤴ I campi dell'Evento "Valutazione" del tracciato DOM devono essere compilati solo se tipologia di Cura è "1" o "2", "3", "4" per il tipo flusso "DO".</p>	02.0	Tipo Flusso
		27.0	Tipologia di Cura
		Dal n. 37.0 al n. 79.0, dal n. 111.1 al n. 111.4 e 115.0	Campi Evento Valutazione
L30	<p>Congruenza tra conferma valutazione precedente e campi valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> se il valore assunto dal campo "Conferma valutazione precedente" è = "1", allora i campi della sezione "Valutazione" del tracciato "DOM" non devono essere compilati. 	40.0	Conferma valutazione precedente
		Dal n. 41.0 al n. 79.0, dal n. 111.1 al n. 111.4 e 115.0	Campi Evento valutazione
L31	<p>Congruenza tra codice patologia prevalente e codice patologia concomitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> non sono ammessi codici ripetuti. 	41.0	Patologia prevalente
		42.1	Patologia concomitante 1
		42.2	Patologia concomitante 2
		42.3	Patologia concomitante 3
		42.4	Patologia concomitante 4
L32	<p>Congruenza tra data accesso ed il periodo di assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> la data accesso deve essere maggiore o uguale della data di presa in carico e – se presente la Data di conclusione assistenza – minore o uguale della Data di conclusione assistenza. 	42.5	Patologia concomitante 5
		81.0	Data accesso
		28.0	Data di presa in carico
L33	<p>Congruenza tra data di accesso ed il periodo di sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> la data di accesso non può essere compresa in un periodo di sospensione. 	108.0	Data conclusione
		81.0	Data di accesso
		104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione

L34	Congruenza tra tipo operatore e disciplina dell'operatore: <ul style="list-style-type: none"> • se il campo "Tipo operatore" assume il valore "4" (Medico specialista), il campo "Codice disciplina" deve essere valorizzato; • per tutti gli altri valori del campo "Tipo operatore", il campo "Codice disciplina" deve essere lasciato vuoto. 	82.0	Tipo operatore
		83.0	Disciplina dell'operatore
L35	Congruenza tra campo tipo operatore e tipo prestazione: <ul style="list-style-type: none"> • se il campo "Tipo operatore" assume il valore "20" (Trasporto), allora il campo "Tipo prestazione" può assumere solo i valori: "90", "91" o "92". 	82.0	Tipo operatore
		85.0	Tipo prestazione
L36	Congruenza tra tipo operatore e tempo GO e tempo H: <ul style="list-style-type: none"> • se il campo "Tipo operatore" assume i valori "3", "8", "9", "10", "11", "12" e "13", i campi "Tempo GO" e "Tempo H" devono essere valorizzati; • per tutti gli altri valori assunti dal campo "Tipo operatore", i campi "Tempo GO" e "Tempo H" non devono essere valorizzati. 	82.0	Tipo operatore
		87.0	Tempo GO
		88.0	Tempo H
L37	Cancellazione evento valutazione con motivo valutazione non corrispondente: <ul style="list-style-type: none"> ▲ se Tipo movimento = C e, per la stessa cartella, esiste già un evento valutazione con medesimo identificativo, ma Motivo valutazione differente, la cancellazione non può essere effettuata 	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		04.0	Tipo movimento
		37.0	Identificativo evento
		39.0	Motivo valutazione
L39	Congruenza tra data inizio e data fine sospensione ed il periodo di assistenza: <ul style="list-style-type: none"> • Le date inizio e fine sospensione devono essere comprese tra data presa in carico e data conclusione assistenza. 	28.0	Data di presa in carico
		108.0	Data conclusione assistenza
		104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione
L40	Congruenza tra data inizio e data fine sospensione : <ul style="list-style-type: none"> • la data fine sospensione deve essere maggiore di data inizio sospensione. 	104.0	Data inizio sospensione
		106.0	Data fine sospensione
L41	Congruenza tra tipo flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione: <ul style="list-style-type: none"> ▲ i campi dell'evento Prestazione (campi dal n. 80.0 al n. 88.0) devono essere compilati solo se tipo flusso ='DO' (Cure 	02.0	Tipo Flusso
		27.0	Tipologia di Cura

	domiciliari) e tipologia di Cura = "1", "2", "3", "4".	Dal n. 80.0 al n. 88.0	Campi Evento Prestazione
L42	Congruenza tra codici soggetto valutatore: <ul style="list-style-type: none"> non sono ammessi codici ripetuti. 	111.1	Soggetto valutatore 1
		111.2	Soggetto valutatore 2
		111.3	Soggetto valutatore 3
		111.4	Soggetto valutatore 4
L43	Congruenza tra tipologia di flusso, tipologia di Cura ed Evento Prestazione di Lungoassistenza: Flusso "DO": <ul style="list-style-type: none"> se "Tipologia di Cura" è "1", "2", "3", "4", allora i campi "Identificativo Evento", "Data inizio erogazione" e "Contributo mensile erogato" non devono essere compilati. 	02.0	Tipologia di flusso
		27.0	Tipologia di Cura
		Dal n. 112.0 al n. 114.0	Evento prestazione di lungoassistenza
L44	Congruenza tra data inizio erogazione prestazione di lungoassistenza e periodo di assistenza: <ul style="list-style-type: none"> la data inizio erogazione deve essere compresa tra data di presa in carico e data di conclusione assistenza. 	113.0	Data inizio erogazione
		28.0	Data di presa in carico
		108.0	Data conclusione
L45	Congruenza tra tipo flusso, tipo Progetto, tipologia di Cura e codice Matricola: Tipo flusso = "DO": <ul style="list-style-type: none"> se il campo Tipo Progetto è = "1" (Cure Domiciliari) ed il campo "Tipologia di Cura" è = "4" (ADI + UOCP), allora il codice attività associato alla Matricola deve essere obbligatoriamente = "2.07.16"; se il campo "Tipo Progetto" è = "1" (Cure Domiciliari) ed il campo "Tipologia di Cura" è diverso da "4", allora il codice attività associato al codice Matricola deve essere = "2.07.17"; Tipo flusso = "RE": <ul style="list-style-type: none"> se il campo "Tipo Progetto" è = "2" (Assistenza semiresidenziale), allora il codice attività associato al codice Matricola deve essere "2.08.10". se il campo "Tipo Progetto" è = "3" (Assistenza residenziale), allora il codice attività associato al codice Matricola deve essere "2.09.10" o "2.09.73". 	02.0	Tipo flusso
		26.0	Tipologia di Progetto
		27.0	Tipologia di Cura
		31.0	Codice matricola

L46	<p>Inserimento evento valutazione successivo a prima valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se Motivo valutazione è diverso da 1 (prima valutazione) e, per la stessa cartella, non esiste già un evento di prima valutazione, l'inserimento non può essere effettuato. 	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		04.0	Tipo movimento
		39.0	Motivo valutazione
L47	<p>Congruenza tra Quota utente ed il campo Quota Comune/Ente Gestore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se il valore del campo "Quota utente" è = "0", allora il valore del campo "Quota Comune/Ente Gestore" non può essere = "0" e viceversa. 	34.2	Quota utente
		34.3	Quota Comune/Ente Gestore
L48	<p>Congruenza tra codici motivazione della richiesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ non sono ammessi codici ripetuti. 	23.1	Motivazione richiesta 1
		23.2	Motivazione richiesta 2
		23.3	Motivazione richiesta 3
L49	<p>Evento di prima valutazione già presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ se Motivo valutazione è uguale a 1 ed esiste già, per la stessa cartella, un evento di prima valutazione, l'inserimento non può essere effettuato. 	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		04.0	Tipo movimento
		39.0	Motivo valutazione
L50	<p>Congruenza tra tipo flusso e motivo della sospensione:</p> <p>Tipo Flusso = "DO":</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Il codice "Motivo della sospensione" deve esistere nella tabella "Assistenza domiciliare: motivo sospensione"; <p>Tipo Flusso = "RE":</p> <ul style="list-style-type: none"> ⤴ Il codice "Motivo della sospensione" deve esistere nella tabella "Assistenza residenziale/semiresidenziale: motivo sospensione". 	02.0	Tipo flusso
		105.0	Motivo sospensione

L51	Evento valutazione con stessa data [^] Se, per la stessa cartella, è già presente un evento valutazione con la stessa data, l'inserimento non può essere effettuato	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		04.0	Tipo movimento
		38.0	Data valutazione
L52	Congruenza tra data prima valutazione e data valutazione successiva [^] se Motivo valutazione è diverso da 1 (prima valutazione), la data dell'evento dev'essere maggiore della data dell'evento di prima valutazione già abbinato alla stessa cartella.	03.1	Anno
		03.2	Progressivo
		38.0	Data valutazione
		39.0	Motivo valutazione
N01	Cartella Territoriale non elaborata: <ul style="list-style-type: none"> • se il campo "Tipo movimento" è = "C", allora deve esistere nell'archivio una Cartella Territoriale già elaborata come corretta o errata con uguale Codice Cartella nell'ASL inviante e nell'anno. 	01.0	ASL inviante
		03.1	Anno Cartella
		03.2	Progressivo Cartella
		04.0	Tipo movimento
N03	Cartella Territoriale non elaborata: [^] tracciato eventi senza anagrafica. Non è possibile abbinare, in base alla chiave logica, alcun record anagrafico	01.0	ASL inviante
		03.1	Anno Cartella
		03.2	Progressivo Cartella
N04	Cartella Territoriale non elaborata: [^] anagrafica con chiave logica duplicata e tipo movimento = "I"	01.0	ASL inviante
		03.1	Anno Cartella
		03.2	Progressivo Cartella
		04.0	Tipo movimento
N05	Cartella Territoriale non elaborata: [^] tracciato eventi con chiave logica duplicata e tipo movimento = "I"	01.0	ASL inviante
		03.1	Anno Cartella
		03.2	Progressivo Cartella
		04.0	Tipo movimento
			Codice identificativo evento (valutazione, erogazione, sospensione, conclusione)
S01	Cartella Territoriale cancellata: [^] vengono segnalati i record eventi cancellati collegati alla Cartella Territoriale trasmessa con tipo movimento = "C".		
S02	Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS.	06.0	Codice fiscale
S03	Eventi valutazione cancellati: [^] vengono segnalati gli eventi valutazione cancellati a seguito dell'eliminazione della prima valutazione		

Versione novembre 2010