

**Nota esplicativa sugli aggiornamenti della
documentazione tecnica relativa ai flussi informativi
di cui alla DGR 13-6981 del 30 dicembre 2013**

INDICE GENERALE

1.	SCOPO DEL DOCUMENTO	5
2.	CALENDARIO REGIONALE SCADENZE INVII FLUSSI REGIONALI	5
3.	DMRP – FLUSSI DEI CONSUMI DI DISPOSITIVI MEDICI	5
3.1	Sintesi aggiornamenti	5
3.2	Riferimenti normativi	5
3.3	Contesto di riferimento	6
3.3.1	Ambito di rilevazione	6
3.3.2	Oggetto della rilevazione	6
3.3.3	Strutture di rilevazione	6
3.4	Calendario degli invii	7
3.5	Monitoraggio degli invii	7
3.5.1	Adempimenti LEA 2013	7
3.5.2	Adempimenti LEA 2014	7
3.6	Compilazione dei tracciati	7
3.6.1	Codice Azienda Sanitaria inviante (campo 01.0)	8
3.6.2	Codice Struttura utilizzatrice (campo 05.0)	8
3.6.3	Centro di Costo (campo 06.0)	9
3.6.4	Tipo destinazione utilizzo (campo 07.0)	9
3.6.5	Scheda 10.0: Tipo dispositivo	9
3.6.6	Codice identificativo Dispositivo Medico (campo 11.0)	9
3.6.7	Costo d'acquisto (campo 12.0)	9
3.6.8	Codice Struttura contraente (campo 15.0)	9
3.6.9	Identificativo contratto (campo 16.0)	10
3.6.10	Ambito di valenza contratto (campo 21.0)	10
3.6.11	Prezzo unitario aggiudicato (campo 27.0)	10
3.6.12	Assistenza specialistica al personale (campo 29.0)	10
3.6.13	Conto deposito (campo 30.0)	10
3.6.14	Voce di imputazione nel modello C.E. (campo 31.0)	10
3.6.15	Codice CIG (campo 32.0)	10
3.6.16	Progressivo di riga (campo 33.0)	10
3.6.17	Quantità contrattualizzata (campo 34.0)	11
4.	FLUSSO INFORMATIVO DELLE PRESTAZIONI IN EMERGENZA-URGENZA DEL SISTEMA 118	12
4.1	Sintesi aggiornamenti	12
4.2	Riferimenti normativi	12
4.3	Il flusso informativo regionale	12
4.4	Validità dei codici	12
4.5	Calendario degli invii	12
4.6	Monitoraggio degli invii	12
4.7	Compilazione dei tracciati	13
4.7.1	Data fine chiamata telefonica (campo 08.0)	13
4.7.2	Dinamica presunta (campo 17.0)	13
4.7.3	Dinamica riscontrata (campo 25.0)	13
4.7.4	Criticità fine (campo 63.0)	13
4.7.5	SEGNALAZIONE S06	13
4.7.6	SEGNALAZIONE S08	13

--	--	--

5. FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA PRESSO GLI HOSPICE	14
5.1 Sintesi aggiornamenti	14
5.2 Riferimenti normativi	14
5.3 Sistema dei controlli	14
5.3.1 Segnalazioni	14
5.4 Calendario degli invii	14
5.5 Monitoraggio degli invii	14
5.6 Movimentazione dei record	15
5.7 Chiave univoca di identificazione	15
5.8 Compilazione dei tracciati	15
5.8.1 Progressivo univoco assistito (campo 01.0)	15
5.8.2 Codice ASL/AO di presa in carico (campo 02.0)	15
5.8.3 Struttura erogatrice (campo 03.0)	15
5.8.4 Data ricovero (campo 04.0)	15
5.8.5 Tipo movimento (campo 05.0)	15
5.8.6 Codice fiscale (campo 07.0)	15
5.8.7 Tariffa giornaliera (campo 16.0)	16
5.8.8 Data dimissione (campo 31.0)	16
5.8.9 Tabella dei controlli	16
6. SISM – FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ATTIVITA' TERRITORIALE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	17
6.1 Sintesi aggiornamenti	17
6.2 Riferimenti normativi	17
6.3 Modalità di movimentazione dei dati	17
6.4 Controlli logici e normativi	18
6.5 Periodo di competenza	18
6.6 Tracciati record	18
6.7 Compilazione dei tracciati	18
6.7.1 Codice struttura (campo 23.0)	18
6.7.2 Data apertura scheda paziente (campo 26.0)	18
6.7.3 Data chiusura scheda paziente (campo 31.0)	19
6.7.4 Data intervento (campo 39.0)	19
6.7.5 Numero ricetta (campo 49.0)	19
6.7.6 SEGNALAZIONE S07	19
6.7.7 SEGNALAZIONE S08	19
7. FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI, RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	20
7.1 Sintesi aggiornamenti	20
7.2 Riferimenti normativi	20
7.3 Compilazione dei tracciati	20
7.3.1 Codice Istituzione TEAM (campo 15.0)	20
7.3.2 Data presa in carico (campo 28.0)	20
7.3.3 Codice regionale Struttura residenziale/semiresidenziale (campo 32.0)	20
7.3.4 Data conclusione (campo 108.0)	21
8. FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI TRACCIATI RECORD B, C, C2, C4,C5	22
8.1 Sintesi aggiornamenti	22
8.2 Modifiche ed aggiornamenti del tracciato	22

8.2.1	Aggiornamento Campo 57.0 “Modalità di erogazione” e controllo LF5	22
8.2.2	Nuovo campo 115.0 – Ricetta “Madre”	23
8.2.3	Rilevazione del numero di ricetta elettronico – Numero NRE	25
9.	Flusso F	26
9.1	Sintesi aggiornamenti	26
9.2	Modifiche ed aggiornamenti del tracciato	26
9.2.1	Controllo LF8 – Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco	26
9.2.2	Tipologia 04- - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza domiciliare	27
10.	FLUSSO H (CONSUMO OSPEDALIERO)	27
10.1	Sintesi aggiornamenti	27
10.2	Modifiche ed aggiornamenti del tracciato	27
10.2.1	Campo 121- Costo d’acquisto	27
10.3	Modalità di acquisizione del flusso 2014	27
11.	FLUSSO INFORMATIVO RICOVERI OSPEDALIERI SDO (Sistema dei controlli e della tariffazione)	28
11.1	Sintesi aggiornamenti	28
11.2	Modifiche ed aggiornamenti del tracciato	29
11.2.1	Campi 44.0 – Altro intervento o procedura 1; 45.0 – Altro intervento o procedura 2; 46.0 – Altro intervento o procedura 3; 47.0 – Altro intervento o procedura 4; 48.0 – Altro intervento o procedura 5	29
11.2.2	Controllo LD1 sui Campi 25.0 - Provenienza assistito e 26.0 – Tipo ricovero ordinario	29
11.2.3	Controllo LD2 sul Campo 34.1 – Data dimissione	29
11.2.4	Tracciato di restituzione “Record Anomali”	29
12.	FLUSSO INFORMATIVO CURE TERMALI – Tracciato record “E”	30
12.1	Sintesi aggiornamenti	30
12.2	Modifiche ed aggiornamenti del tracciato	30
12.2.1	Campo 19.0 - Posizione utente nei confronti del ticket.	30
12.2.2	Scheda 43.0 - Codice identificativo esenzione.	30
12.2.3	Controllo L07 - Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket e il codice esenzione.	30
12.2.4	Controllo L36 - Congruenza tra i campi : Posizione utente nei confronti del ticket ed Importo Ticket	30

--	--	--

1. SCOPO DEL DOCUMENTO

Scopo della nota esplicativa è quello di illustrare gli aggiornamenti introdotti alla documentazione tecnica di cui alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, fornendo un supporto informativo per la corretta comprensione delle stesse.

2. CALENDARIO REGIONALE SCADENZE INVII FLUSSI REGIONALI

Si ribadisce che, se le scadenze indicate all'interno delle diverse tabelle corrispondono ad un giorno festivo o ad un sabato, le stesse si posticipano al primo giorno lavorativo successivo.

il Flusso "D flusso regionale" viene rinominato in Flusso Farmaceutica Convenzionata.

Per il flusso ASPE-UE è stata eliminata la nota relativa alle scadenze in quanto tale tipologia di fatturazione non è più attiva.

3. DMRP – FLUSSI DEI CONSUMI DI DISPOSITIVI MEDICI

3.1 Sintesi aggiornamenti

- Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni;
- Aggiornati Riferimenti normativi, in seguito a rilascio versione 1.7 del 2 ottobre 2013 delle specifiche funzionali e del DM del 23 dicembre 2013 da parte del Ministero della Salute nonché della D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 da parte dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità;
- Aggiornato capitolo Contesto di riferimento; aggiunti paragrafi Ambito di rilevazione, Oggetto della rilevazione, Strutture di rilevazione, Identificazione dei dispositivi medici;
- Aggiornato paragrafo Calendario degli invii;
- Inserito paragrafo Monitoraggio degli invii;
- Campo 01.0: inserite note su valori ammessi, corretto refuso su applicazione controllo L02, applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e Precisazioni;
- Campi 04.0: applicato nuovo controllo L15;
- Campo 05.0: sospesa transitoriamente applicazione controllo L05, applicato nuovo controllo L16, applicate nuove segnalazioni S02, S03, S04; aggiornate Descrizione campo, Tabelle di riferimento, Osservazioni e precisazioni;
- Campi 06.0: sospesa transitoriamente applicazione controllo L05, applicate nuove segnalazioni S02, S03;
- Campo 07.0: applicato nuovo controllo L16, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campi 09.1, 09.2, 18.0: applicato nuovo controllo N07;
- Campo 10.0: applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campi 11.0, 16.0, 33.0: applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campi 12.0, 13.0, 21.0, 27.0, 29.0, 30.0, 31.0, 32.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campo 15.0: applicato nuovo controllo L15, applicata nuova segnalazione S05, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campo 34.0: corretta descrizione campo;
- Controllo L05: aggiornate prescrizioni controllo e sospensione transitoria applicazione controllo;
- Controllo L14: aggiornata denominazione controllo;
- Controlli L15, L16, N07: nuovo inserimento;
- Segnalazioni S02, S03, S04, S05: nuovo inserimento.

3.2 Riferimenti normativi

Si è provveduto ad inserire il riferimento alla **D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013** – "Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate", quale riferimento regionale inerente alla disciplina dei flussi informativi sanitari regionali, per quanto attiene ai tracciati ed alle modalità di variazione e di comunicazione, nonché in merito alle scadenze cui le Aziende Sanitarie regionali debbano attenersi per quanto concerne l'invio dei relativi dati.

Inoltre, è stato aggiunto il riferimento al **Decreto del Ministero della Salute del 23 dicembre 2013** "Nuove modalità per l'iscrizione dei dispositivi medico-diagnostici in vitro nel Repertorio dei dispositivi medici e per gli adempimenti

relativi alla registrazione dei fabbricanti e dei mandatari di dispositivi medico-diagnostici in vitro”, pubblicato sulla G.U. Serie generale n. 103 del 6 maggio 2014: in vigore dal 5 giugno 2014, introduce la registrazione in Banca Dati/Repertorio Dispositivi Medici dei Dispositivi medico-diagnostici In Vitro (IVD), estendendo la rilevazione degli stessi nell’ambito dei flussi DMRP.

3.3 Contesto di riferimento

Vengono ribadite le caratteristiche del flusso informativo, evidenziando l’oggetto della rilevazione:

- distribuzioni interne (consegne) alle strutture sanitarie di dispositivi medici;
- contratti stipulati per l’approvvigionamento di dispositivi medici.

I valori riferiti alle distribuzioni interne effettuate sono assunti ai fini della determinazione dei consumi di dispositivi medici, in coerenza con la logica prevista dal “Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero”, istituito con DM del 4 febbraio 2009.

Il tracciato Contratti, nella formulazione prevista dal Disciplinare regionale cui si riferisce la presente nota esplicativa, è di immediata applicazione ed avrà validità massima fino al 31 dicembre 2014.

Il Ministero della Salute, con DM 25 novembre 2013, ha rilasciato le specifiche di un ulteriore tracciato Contratti (denominato «fase II»). Pertanto, la Regione Piemonte provvederà nel corso del 2014 al rilascio di una successiva ulteriore versione di Disciplinare recante le specifiche del nuovo tracciato, le relative indicazioni per la compilazione e data dalla quale decorrerà la sua applicazione.

3.3.1 Ambito di rilevazione

La rilevazione è inerente a ciascun dispositivo medico iscritto nel Sistema Repertorio dei Dispositivi Medici (RDM):

- rientrano nella rilevazione le apparecchiature in service o noleggio;
- ne sono escluse le apparecchiature non acquistate direttamente dal SSR ovvero quelle non in carico al SSR.

A decorrere dal 5 giugno 2014, data di entrata in vigore del DM MdS del 23 dicembre 2013 “Nuove modalità per l’iscrizione dei dispositivi medico-diagnostici in vitro nel Repertorio dei dispositivi medici e per gli adempimenti relativi alla registrazione dei fabbricanti e dei mandatari di dispositivi medico-diagnostici in vitro”, sono rilevati in Banca Dati/Repertorio dei dispositivi medici anche i **Dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD)**. In analogia con gli altri dispositivi medici, **rientrano nella rilevazione tutti gli IVD registrati in Repertorio Dispositivi Medici** da parte delle imprese produttrici.

Richieste di **abilitazione all’accesso alla Banca Dati/Repertorio dei Dispositivi Medici** possono essere inoltrate all’indirizzo dell’Area Flussi del Settore regionale Servizi Informativi Sanitari (flussi.SIS@regione.piemonte.it), indicando **nominativo e nome utente di registrazione alla Piattaforma NSIS** di coloro per i quali è richiesta l’abilitazione: flussi.SIS@regione.piemonte.it

La lista dei codici di repertorio (RDM) identificativi dei dispositivi medici oggetto di rilevazione ritenuti validi dal Sistema regionale di elaborazione dei flussi DMRP è pubblicata sul portale Sistema Piemonte (<http://www.sistemapiemonte.it>): servizio “Flussi informativi regionali” dell’area “Sanità” => pagina “Nuovi flussi”.

Non sono oggetto di rilevazione eventuali dispositivi non censiti in Repertorio dei Dispositivi medici.

3.3.2 Oggetto della rilevazione

Si segnala che i contratti oggetto di rilevazione sono **tutti e soli quelli stipulati a partire dal primo ottobre 2010**.

3.3.3 Strutture di rilevazione

Le strutture coinvolte nella rilevazione dati sono:

- Strutture di ricovero (Presidi gestiti dalle ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Aziende Ospedaliere Universitarie);
- Laboratori, ambulatori e altri tipi di strutture territoriali;
- Istituti o centri di riabilitazione;
- Istituti penitenziari (si intendono le distribuzioni di dispositivi medici in ambito penitenziario, che occorre attribuire al codice identificativo dell’istituto penitenziario in cui hanno luogo);

--	--	--

- Farmacie territoriali (allo scopo di rilevare eventuale distribuzione per conto).

Si assume che le farmacie ospedaliere, le **farmacie distrettuali** e gli **economati** – non codificati in modo omogeneo a livello nazionale – siano **identificati indirettamente mediante il codice identificativo dell’Azienda Sanitaria di riferimento**.

L’elenco dei codici identificativi di Istituti penitenziari e Farmacie territoriali ritenuti validi dal Sistema regionale di elaborazione dei flussi DMRP verrà pubblicata sul portale Sistema Piemonte (<http://www.sistemapiemonte.it>): servizio “Flussi informativi regionali” dell’area “Sanità” => pagina “Nuovi flussi”.

3.4 Calendario degli invii

Il periodo di competenza è utilizzato per valutare il rispetto delle scadenze di invio sulla base del Calendario regionale.

Per quanto riguarda il solo tracciato Contratti, la segnalazione di invio in extracompetenza, in relazione a mese ed anno della “Data stipula contratto” (campo 18.0), è da considerarsi relativa al primo invio delle informazioni inerenti al contratto stesso.

3.5 Monitoraggio degli invii

3.5.1 Adempimenti LEA 2013

La valutazione ministeriale tiene conto dei dati rilevati con il flusso **Consumi** di dispositivi medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2013, considerando adempiente la Regione Piemonte laddove:

- I dati trasmessi si riferiscono a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- I dati trasmessi si riferiscono a tutte le Aziende Sanitarie regionali nel periodo gennaio-dicembre;
- La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre almeno il **50%** dei costi rilevati da Modello di Conto Economico, con riferimento all’ammontare complessivo delle macrovoci B.1.A.3.1 – Dispositivi medici e B.1.A.3.2 – Dispositivi medici impiantabili attivi).

3.5.2 Adempimenti LEA 2014

La valutazione ministeriale tiene conto dei dati rilevati sia con il flusso **Consumi** sia con il flusso **Contratti** di dispositivi medici relativamente al periodo gennaio-dicembre 2014, considerando adempiente la Regione Piemonte laddove:

- I dati trasmessi si riferiscono a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- I dati trasmessi si riferiscono a tutte le Aziende Sanitarie regionali nel periodo gennaio-dicembre;
- La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo gennaio-dicembre copre almeno l’ **80%** dei costi rilevati da Modello di Conto Economico, con riferimento all’ammontare complessivo delle macrovoci B.1.A.3.1 – Dispositivi medici e B.1.A.3.2 – Dispositivi medici impiantabili attivi);
- L’incidenza regionale (pesata sul “Costo di acquisto”) delle trasmissioni in cui il campo “Codice struttura utilizzatrice” risulta compilato con valori diversi da “00000000” sia almeno del **50%** relativamente ai casi in cui la struttura utilizzatrice sia una Struttura di ricovero;
- Sia stata avviata la trasmissione dei dati del flusso Contratti secondo le specifiche previste dal DM 25 novembre 2013 (tracciato contratti Fase II).

L’ammontare degli importi iscritti nelle macrovoci di Modello di Conto Economico B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2 include somme relative a costi di dispositivi medici privi di Identificativo di Repertorio - pertanto attualmente non censibili attraverso i flussi informativi DM. Per tale ragione, il Ministero segnala che **la soglia dello specifico indicatore LEA non sarà posta al 100% dei costi rilevati da CE**: per il 2013 è stata fissata al 50%, mentre per i dati inerenti all’anno 2014 si attesta all’80% dell’ammontare complessivo.

3.6 Compilazione dei tracciati

In linea generale, ogni codice con cui viene valorizzato un campo dev’essere valido nel **periodo di competenza del record inviato** ed entro la data di invio al Sistema regionale di elaborazione dei flussi DMRP.

Si rammenta che La **chiave univoca di identificazione del record Consumi** 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).

La **chiave univoca di identificazione del record Contratti** 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).

Tuttavia, al fine di garantire coerenza con i dati inseriti in archivio regionale prima dell'adeguamento delle chiavi di identificazione, **per operare sostituzioni o cancellazioni di record, per i quali fosse stato compilato il campo «Identificativo Scheda» in fase di precedente inserimento, è indispensabile valorizzare tale campo con l'identificativo a suo tempo inviato.**

È possibile operare sostituzioni e cancellazioni di qualsiasi record **Contratti** precedentemente acquisito dal Sistema regionale di Elaborazione dei Flussi DMRP:

- **Nel solo caso di integrazione di uno o più dispositivi medici afferenti ad un medesimo contratto già inviato ed acquisito dal Sistema «può essere sufficiente trasmettere le sole righe relative ai dispositivi medici da integrare.** In questo caso il campo 'Tipo operazione' sarà alimentato con il valore 'I' (inserimento);
- Tale evenienza si riscontra principalmente in presenza di **contratti aventi validità pluriennale**, i quali **mantengono il medesimo Identificativo Contratto nel corso degli anni di validità.**

3.6.1 Codice Azienda Sanitaria inviante (campo 01.0)

Per il tracciato Consumi, nel caso in cui l'acquisto di dispositivi medici sia destinato a strutture private, è necessario valorizzare il campo "Codice Struttura utilizzatrice" (05.0) con il codice identificativo della struttura privata utilizzatrice ed inserire nel campo "Codice Azienda Sanitaria inviante" il codice dell'Azienda sanitaria che ha provveduto all'acquisto o che riporterà la spesa nel proprio modello di Conto Economico o Stato Patrimoniale.

3.6.2 Codice Struttura utilizzatrice (campo 05.0)

Dev'essere indicato il codice della Struttura **utilizzatrice** del Dispositivo Medico, non di quella titolare dell'acquisto.

Qualora la struttura utilizzatrice sia una struttura di ricovero, al fine di semplificare la rilevazione degli istituti non organizzati in molteplici strutture, la compilazione del campo è effettuata aggiungendo il suffisso "00" al codice HSP11 di sei cifre (qualora trattasi effettivamente di istituti di ricovero privi di substrutture organizzative).

Inoltre, nel caso in cui si tratti di struttura di ricovero (identificata da un codice HSP11 alias HSP11bis), deve essere altresì compilato il campo "Centro di Costo" (campo 06.0) con un codice centro di costo corrispondente alla struttura indicata.

Strutture quali ambulatori, laboratori e altre unità operative che erogano attività sanitaria – ad esclusione delle attività di ricovero – seppur interne a strutture di ricovero devono essere identificate tramite codice STS11.

Si assume, inoltre, che le farmacie ospedaliere, le farmacie distrettuali e gli economati – non codificati in modo omogeneo a livello nazionale – siano identificati indirettamente mediante il codice identificativo dell'Azienda Sanitaria di riferimento.

È stata introdotta la segnalazione S04 per evidenziare i record che includono codici struttura utilizzatrice non ammessi dal Ministero della Salute, in quanto non presenti in anagrafe ministeriale o non validi nel periodo di competenza del dato inviato.

--	--	--

3.6.3 Centro di Costo (campo 06.0)

Il Centro di Costo dev'essere compilato eliminando l'eventuale prefisso "CO".

Qualora la struttura utilizzatrice sia una struttura di ricovero, **il Centro di costo dev'essere compilato con un codice corrispondente al centro di costo associato al Flusso DMRP nell'Anagrafe delle Strutture sanitarie regionali (ASN).** È onere di ogni Azienda **effettuare tale associazione in ASN prima dell'invio di relativi dati attraverso il flusso.**

Il campo è soggetto al controllo L05 sulla congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo: se il "Codice Struttura Utilizzatrice" (05.0) corrisponde ad una struttura di ricovero (identificata con codice HSP11 alias HSP11bis), allora il campo "Centro di Costo" (06.0) deve essere compilato con un codice corrispondente ad un Centro di Costo associato al Flusso DMRP in Anagrafe Strutture (ASN) e ad esso deve risultare abbinato un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso dal Ministero della Salute (UOF, codice a quattro cifre composto da Codice disciplina e relativo progressivo).

Tuttavia, l'applicazione del controllo L05 è transitoriamente sospesa; in previsione della sua futura applicazione sono state attivate le segnalazioni S02 e S03, al fine di evidenziare la compilazione impropria del campo "Centro di Costo" pur non comportando lo scarto del record affetto da tale incongruenza.

Le indicazioni per ottemperare all'onere di associazione in ASN dei codici di Centro di costo al Flusso DRMP sono pubblicate sul portale Sistema Piemonte (<http://www.sistemapiemonte.it>): servizio "Flussi informativi regionali" dell'area "Sanità" => pagina "Nuovi flussi".

Per strutture diverse da quelle di ricovero, il campo può essere valorizzato con 0000000000.

3.6.4 Tipo destinazione utilizzo (campo 07.0)

Per coerenza con quanto previsto nell'ambito dei flussi farmaceutici, si assume che le consegne di dispositivi medici nell'ambito di RSA e altre strutture residenziali e semiresidenziali, SERT, istituti penitenziari e CSM siano sempre classificate con Tipo destinazione utilizzo "D" (distribuzione diretta). Analogamente, se la struttura utilizzatrice è una farmacia, il tipo destinazione di utilizzo deve essere posto pari a "P" (distribuzione per conto) (v. controllo L16).

3.6.5 Scheda 10.0: Tipo dispositivo

Per la rilevazione degli IVD (Dispositivi medico-diagnostici in vitro), è necessario valorizzare il campo con "1" (Dispositivo Medico di classe).

3.6.6 Codice identificativo Dispositivo Medico (campo 11.0)

Il Sistema RDM include dispositivi iscritti in Repertorio (il cui codice presenta il suffisso "/R") e dispositivi non iscritti (privi del suffisso "/R"): **il valore da riportare nel campo è il solo codice numerico di iscrizione al Repertorio** (ad es., se l'Identificativo di iscrizione al Repertorio risulta "123456/R", il campo dovrà essere valorizzato con "123456").

La lista dei codici validati dal Sistema di Monitoraggio regionale è pubblicata sul portale Sistema Piemonte (<http://www.sistemapiemonte.it>): servizio "Flussi informativi regionali" dell'area "Sanità" => pagina "Nuovi flussi".

3.6.7 Costo d'acquisto (campo 12.0)

In caso di assenza di costo di acquisto, il campo dev'essere valorizzato con "0.00".

3.6.8 Codice Struttura contraente (campo 15.0)

Nel caso in cui l'acquisto di dispositivi medici da parte del SSR sia destinato a strutture private, il campo dev'essere valorizzato con il codice dell'Azienda Sanitaria che ha provveduto all'acquisto o che riporterà la spesa nel proprio modello di Conto Economico o Stato Patrimoniale.

È stata introdotta la segnalazione S05, per evidenziare i record che includono codici struttura contraente non ammessi dal Ministero della Salute, in quanto non presenti in anagrafe ministeriale o non validi nel periodo di competenza del dato inviato.

3.6.9 *Identificativo contratto (campo 16.0)*

Il codice da utilizzare per identificare il contratto oggetto di rilevazione è il CIG (Codice Identificativo Gara) assegnato in ambito SIMOG. Il valore inserito deve coincidere con quello iscritto nel campo “Codice CIG” (campo 32.0).

Tuttavia, l’Autorità di Vigilanza dei Contratti Pubblici (AVCP) ha segnalato la mancata univocità del codice CIG, a causa dell’introduzione di codici Smart CIG (non necessariamente univoci in ambito nazionale), pertanto potrebbe essere oggetto di futura revisione l’utilizzo del Codice CIG quale Identificativo del Contratto adottato nell’ambito del flusso regionale.

3.6.10 *Ambito di valenza contratto (campo 21.0)*

Nel caso di contratti stipulati dalle Centrale Acquisti regionale è necessario indicare l’ambito di valenza “Regionale”.

3.6.11 *Prezzo unitario aggiudicato (campo 27.0)*

Dev’essere indicato il Prezzo (IVA esclusa) sostenuto per l’acquisto della singola unità, comprensivo di eventuali servizi aggiuntivi.

Il prezzo dev’essere fornito al netto di eventuali sconti: se i dispositivi medici sono forniti in sconto merce a fronte di acquisti dello stesso dispositivo, rilevare un unico dispositivo medico ed indicare come prezzo unitario di aggiudicazione il prezzo medio (ad es., se nella redazione di un contratto si definisce che l’Azienda sanitaria acquista 1.000 pacemaker al prezzo di €3.000 e che ogni 10 acquistati ne siano ceduti 2 in omaggio, si considererà 1.200 quale numero totale di pacemaker acquisiti ($= 1.000 + 2 \cdot 1.000 / 10$) al costo unitario di €2.500 ($= 3.000 \cdot 1.000 / 1.200$)).

Se la tipologia di contratto è “acquisto” o “misto” (17.0), il prezzo unitario corrisponde al costo di acquisto di un pezzo o – solo nel caso di “sfusi” – di una confezione di quantitativo pari a quanto indicato nel campo “Pezzi per confezione” (22.0).

3.6.12 *Assistenza specialistica al personale (campo 29.0)*

Indica la presenza di “Servizi accessori”, quali la formazione, che possono influire sul prezzo di acquisto del Dispositivo Medico.

3.6.13 *Conto deposito (campo 30.0)*

Il campo dev’essere valorizzato con “1” soltanto se il servizio di conto deposito è compreso nel prezzo di fornitura del dispositivo medico.

3.6.14 *Voce di imputazione nel modello C.E. (campo 31.0)*

Il codice inserito deve essere valido alla data di stipula del contratto (18.0).

Deve essere indicata la voce di conto economico nella quale viene imputato il costo del dispositivo medico oggetto del contratto, secondo quanto previsto dal DM MdS del 15/06/2012.

3.6.15 *Codice CIG (campo 32.0)*

Il codice CIG potrà consentire l’integrazione del flusso Consumi con i dati rilevati dall’Autorità per la Vigilanza dei Contratti Pubblici (AVCP), attraverso la Banca dati dei contratti pubblici. L’obbligo di utilizzo del codice CIG è stato istituito per tutti i contratti stipulati dall’entrata in vigore della legge 136/2010.

Il valore del campo “Codice CIG” deve coincidere con il valore iscritto nel campo “Identificativo contratto” (campo 16.0).

3.6.16 *Progressivo di riga (campo 33.0)*

Nell’ambito dello stesso contratto, il progressivo di riga può esser valorizzato con zero soltanto qualora non siano state già inviate al Sistema di Monitoraggio regionale molteplici righe relative al medesimo codice identificativo dispositivo medico.

--	--	--

Inoltre, qualora sia necessario aggiungere ad un contratto ulteriori righe relative ad uno stesso dispositivo già inviato con medesimo identificativo contratto e progressivo di riga pari a zero, è indispensabile provvedere previamente alla cancellazione del record inerente a tale dispositivo e procedere a nuovo inoltro di righe aventi progressivo maggiore di zero (v. controlli L14 e L15).

3.6.17 Quantità contrattualizzata (campo 34.0)

Quantità effettivamente aggiudicata dalla struttura sanitaria nel caso di gare sovraziendali, presenza di centrali di acquisto o contrattualizzazioni ripartite.

4. FLUSSO INFORMATIVO DELLE PRESTAZIONI IN EMERGENZA-URGENZA DEL SISTEMA 118

4.1 Sintesi aggiornamenti

- Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni;
- Aggiornati Riferimenti normativi, in seguito a rilascio D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 da parte dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità;
- Aggiornato paragrafo Il flusso informativo regionale;
- Aggiornato paragrafo Gestione degli Assistiti;
- Inserito nuovo paragrafo Validità dei codici;
- Aggiornato paragrafo Calendario degli invii;
- Inserito nuovo paragrafo Monitoraggio degli invii;
- Campo 08.0: inserite Osservazioni e Precisazioni;
- Campi 13.0, 31.0, 32.0, 70.1, 70.2, 70.3: rimossa applicazione controllo N08 eliminato;
- Campo 14.0: rimossa applicazione controllo L35 eliminato, ribadita applicazione controllo L37;
- Campi 20.0, 21.0, 22.0, 23.0, 26.0, 27.0, 29.0, 30.0: applicata segnalazione S06;
- Campo 25.0: rimossa applicazione controllo L35 eliminato;
- Campo 28.0: applicata segnalazione S08, rimossa applicazione controllo N08 eliminato;
- Campo 41.0: rimossa applicazione controllo L43 eliminato;
- Campi 54.0, 55.0: applicata segnalazione S07;
- Campo 63.0: aggiornata obbligatorietà compilazione (da CON a OBB), rimossa applicazione controllo L43 eliminato;
- Controlli L16, L17, L22, aggiornata prescrizione controllo;
- Controllo L35: controllo eliminato;
- Controllo L37: migliorata intelligibilità prescrizione controllo;
- Controlli L43, N08: eliminato controllo;
- Segnalazione S05: migliorata descrizione prescrizione segnalazione;
- Segnalazioni S06, S07, S08, S09: nuovo inserimento.

4.2 Riferimenti normativi

Si è provveduto ad inserire il riferimento alla **D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013** – “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”, quale riferimento regionale inerente alla disciplina dei flussi informativi sanitari regionali, per quanto attiene ai tracciati ed alle modalità di variazione e di comunicazione, nonché in merito alle scadenze cui le Aziende Sanitarie regionali debbano attenersi per quanto concerne l'invio dei relativi dati.

4.3 Il flusso informativo regionale

Per quanto attiene alla rilevazione dei dati, **il debito informativo nei confronti della Regione Piemonte è assolto direttamente dal Sistema 118**, cui spetta l'onere di invio dei quattro tracciati inerenti al flusso informativo EMUR-118.

4.4 Validità dei codici

I codici inseriti nei campi che li prevedono devono essere validi alla “Data fine chiamata telefonica” (campo 08.0).

4.5 Calendario degli invii

Le informazioni oggetto di rilevazione devono essere trasmesse alla chiusura della Scheda ambulanza.

Il periodo di competenza è utilizzato per valutare il rispetto delle scadenze di invio sulla base del Calendario regionale. Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza vengono considerati mese ed anno della “Data fine chiamata telefonica” (campo 08.0).

4.6 Monitoraggio degli invii

Il conferimento dei dati relativi ai dispositivi medici, con esclusione dei dati relativi ai contratti, integra gli adempimenti

--	--	--

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

Il monitoraggio si estende anche alla compilazione di specifici campi, per i quali la percentuale di indisponibilità del dato è oggetto di verifica LEA da parte del Ministero della Salute (v. segnalazione S06).

4.7 Compilazione dei tracciati

4.7.1 Data fine chiamata telefonica (campo 08.0)

Mese ed anno della Data fine chiamata telefonica determinano il periodo di competenza degli invii al sistema di monitoraggio regionale. Inoltre essa determina la data in cui devono essere validi i codici inseriti nei campi che li prevedono.

4.7.2 Dinamica presunta (campo 17.0)

Se il campo "Classe patologia presunta" (14.0) assume valore diverso da "C01" ("Traumatica"), allora il campo "Dinamica presunta" (17.0) non deve essere compilato (controllo L37).

4.7.3 Dinamica riscontrata (campo 25.0)

Il controllo L35 è stato sostituito da mera segnalazione S09, per evidenziare i record per i quali il campo "Dinamica riscontrata" (25.0) non risulti compilato nonostante il campo "Classe patologia presunta" (14.0) assuma il valore "C01" ("Traumatica").

4.7.4 Criticità fine (campo 63.0)

La compilazione del campo è stata resa obbligatoria.

4.7.5 SEGNALAZIONE S06

Introdotta per evidenziare la mancata compilazione di campi oggetto di monitoraggio LEA:

- Data partenza verso (campo 20.0);
- Ora partenza verso (campo 21.0);
- Data arrivo (campo 22.0);
- Ora arrivo (campo 23.0);
- Data partenza da luogo evento (campo 26.0);
- Ora partenza da luogo evento (campo 27.0);
- Data rientro (campo 29.0);
- Ora rientro (campo 30.0).

4.7.6 SEGNALAZIONE S08

Introdotta in seguito ad eliminazione del controllo N08, per evidenziare i record Missione per i quali il "Numero pazienti trasportati" (28.0) sia diverso dal numero di schede Assistito associate.

5. FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA PRESSO GLI HOSPICE

5.1 Sintesi aggiornamenti

- Aggiornati Riferimenti normativi, in seguito a rilascio D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 da parte dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità;
- Aggiornato paragrafo "Calendario degli invii";
- Aggiunto paragrafo "Monitoraggio degli invii";
- Aggiornato paragrafo "Movimentazione dei record";
- Campo 01.0: applicati controlli N01, N02, N03 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N10, N11, N12; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02;
- Campi 02.0: applicati controlli N01, N02, N03 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N08, N09, N10, N11, N12; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02; aggiunta segnalazione S03;
- Campo 03.0: applicati controlli N01, N02, N03 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N10, N11; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02;
- Campo 04.0: applicati controlli N01, N02, N08 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N09, N10, N11; eliminati controlli N04, N05, N07; eliminata segnalazione S02; aggiunta segnalazione S03;
- Campo 05.0: aggiunti controlli N08, N09, N10, N11, N12; aggiornate osservazioni e precisazioni; eliminati controlli N01, N02, N03, N04, N07; eliminata segnalazione S02; aggiunta segnalazione S03;
- Campo 07.0: applicato controllo N01 nella nuova formulazione; aggiunti controlli N08, N09; eliminati controlli N04, N07; aggiunta segnalazione S03;
- Campo 16.0: aggiornate osservazioni e precisazioni;
- Campo 31.0: aggiunti controlli L22, N09, N13; aggiunta segnalazione S03;
- Controlli N01, N02, N03, N08: modificate prescrizioni controlli;
- Controlli N04, N05, N07: controlli eliminati;
- Controlli L22, N09, N10, N11, N12, N13: nuovo inserimento;
- Segnalazione S02: segnalazione eliminata;
- Segnalazione S03: nuovo inserimento.

5.2 Riferimenti normativi

Si è provveduto ad inserire il riferimento alla **D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013** – "Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate", quale riferimento regionale inerente alla disciplina dei flussi informativi sanitari regionali, per quanto attiene ai tracciati ed alle modalità di variazione e di comunicazione, nonché in merito alle scadenze cui le Aziende Sanitarie regionali debbano attenersi per quanto concerne l'invio dei relativi dati.

5.3 Sistema dei controlli

5.3.1 Segnalazioni

Aggiunta la categoria "Segnalazioni", attraverso cui avvisare l'utente della presenza di anomalie nella compilazione dei dati, senza che tale avviso sia causa di respingimento del record oggetto della segnalazione stessa.

5.4 Calendario degli invii

Le informazioni oggetto di rilevazione devono essere trasmesse a conclusione del percorso assistenziale.

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).

5.5 Monitoraggio degli invii

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

--	--	--

5.6 Movimentazione dei record

È evidenziato che **la cancellazione di un record del tracciato Assistito comporta la cancellazione di tutti gli eventi ad esso associati**: per operare una cancellazione, è necessario **inviare entrambi i tracciati “Assistito” ed “Eventi” compilando tutti i campi obbligatori secondo le condizionalità indicate**.

Inoltre, **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.

5.7 Chiave univoca di identificazione

È ribadito che la chiave univoca di identificazione dei record del tracciato Assistito è costituita dai campi:

- Progressivo Univoco Assistito (01.0)
- Codice ASL presa in carico (02.0)
- Struttura erogatrice (03.0)
- Data ricovero (04.0)
- Codice fiscale (07.0)

5.8 Compilazione dei tracciati

5.8.1 Progressivo univoco assistito (campo 01.0)

Progressivo numerico, univoco nell'ambito dell'ASL di presa in carico, attribuito sequenzialmente ad ogni record assistito inviato.

Fa parte della chiave logica di collegamento tra i tracciati Assistito ed Eventi.

5.8.2 Codice ASL/AO di presa in carico (campo 02.0)

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).

Fa parte della chiave logica di collegamento tra i tracciati Assistito ed Eventi.

5.8.3 Struttura erogatrice (campo 03.0)

Codice HSP.11/HSP.11bis/STS.11 della struttura Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.

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.

5.8.4 Data ricovero (campo 04.0)

Di rilievo l'aggiunta di una segnalazione per quei record il cui periodo di ricovero si sovrapponga a quello del medesimo assistito presso altra struttura.

5.8.5 Tipo movimento (campo 05.0)

La cancellazione di un record del tracciato Assistito comporta la cancellazione di tutti gli eventi ad esso associati: per operare una cancellazione, è necessario inviare entrambi i tracciati “Assistito” ed “Eventi” compilando tutti i campi obbligatori secondo le condizionalità indicate, nonché il campo “Tipo movimento” con il valore “C”.

5.8.6 Codice fiscale (campo 07.0)

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’.

5.8.7 Tariffa giornaliera (campo 16.0)

Componente della tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Regionale: la quota a carico del SSR è pari alla somma che il SSR versa **ogni giorno** per la permanenza nella struttura o per l'accesso in day hospice, in base alla normativa regionale.

5.8.8 Data dimissione (campo 31.0)

Da evidenziare l'aggiunta di una segnalazione per quei record il cui periodo di ricovero si sovrapponga a quello del medesimo assistito presso altra struttura.

5.8.9 Tabella dei controlli

Di rilievo l'aggiunta dei controlli di tipo formale F01, F02, F03, attraverso cui evidenziare rispettivamente scarti dovuti a:

- Valori obbligatori non inseriti;
- Uso di formati invalidi;
- Uso di valori non ammessi.

Inoltre, è da evidenziare la razionalizzazione dei controlli bloccanti (tipo N), alcuni dei quali sono stati sdoppiati a fini di maggiore intelligibilità.

Tra gli altri, sono stati infine aggiunti controlli di coerenza dei dati nonché sull'effettivo collegamento tra i tracciati Assistito ed Eventi.

--	--	--

6. **SISM – FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ATTIVITA' TERRITORIALE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE**

6.1 **Sintesi aggiornamenti**

- Aggiornato elenco Acronimi ed abbreviazioni
- Aggiornati riferimenti normativi;
- Aggiornato paragrafo Controlli logici e normativi;
- Aggiornato paragrafo Tracciati record;
- Aggiornato paragrafo Codifica Identificativo dell'Assistito;
- Aggiornato paragrafo Modalità di movimentazione dei dati;
- Aggiornato paragrafo Tabella controlli logici-normativi;
- Aggiunto paragrafo Periodo di competenza;
- Campo 06.0 eliminato controllo N03;
- Campi 09.0, 11.0, 28.0, 35.0, 37.0, 47.0: corretto refuso su tipo campo;
- Campo 16.0: corretto refuso su tipo e lunghezza campo;
- Campo 23.0 (Codice struttura) : modificato valore di "Tabelle di riferimento";
- Campo 25.0: corretto refuso su condizione di obbligatorietà campo;
- Campo 26.0, 58.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campi 27.0, 32.0 e 39.0 : aggiornato contenuto "Osservazioni e precisazioni"
- Campo 30.0: aggiornata descrizione valori ammessi;
- Campo 31.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L22, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campo 32.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L23, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campo 33.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L24, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Campo 40.0 (Tipo Intervento): modificato tipo da numero ad alfanumerico;
- Campo 48.0: corretto refuso su tipo campo, applicato nuovo controllo L21;
- Campo 49.0: applicato nuovo controllo L21, aggiornate Osservazioni e precisazioni;
- Controllo L03: modificato controllo;
- Controllo L07: eliminato controllo;
- Controllo L08: eliminato controllo;
- Controllo L11: aggiornate prescrizioni controllo;
- Controlli L21, L22, L23, L24: nuovo inserimento.
- Controllo N01: applicato nuovo procedimento di controllo;
- Controllo N03: aggiornato e diviso in due controlli distinti (N03+N10);
- Controllo N10: aggiunto controllo (parte del controllo N03);
- Segnalazione S01: aggiornata segnalazione;
- Segnalazione S02, S03: applicato nuovo procedimento di segnalazione;
- Segnalazione S07: nuovo inserimento.
- Segnalazione S08: nuovo inserimento.

6.2 **Riferimenti normativi**

Si è provveduto ad inserire il riferimento alla **D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013** – “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”, quale riferimento regionale inerente alla disciplina dei flussi informativi sanitari regionali, per quanto attiene ai tracciati ed alle modalità di variazione e di comunicazione, nonché in merito alle scadenze cui le Aziende Sanitarie regionali debbano attenersi per quanto concerne l'invio dei relativi dati.

6.3 **Modalità di movimentazione dei dati**

La cancellazione di un record di un tracciato anagrafico comporta la eliminazione degli eventuali record Contatti e Prestazioni collegati relativi al semestre indicato nella chiave del record di cui è chiesta la cancellazione. Analogamente

la cancellazione di un record di un tracciato Contatti implica l'eliminazione di eventuali record Prestazioni collegati relativi al semestre indicato nella chiave del record di cui è richiesta la cancellazione.

6.4 Controlli logici e normativi

Per ogni semestre è necessario inviare almeno una volta sia i tracciati anagrafici sia i tracciati di contatto relativi alle prestazioni erogate nel semestre stesso.

6.5 Periodo di competenza

Il periodo di competenza è determinato dalla combinazione dei campi "Anno di riferimento" (01.0) e "Periodo di riferimento" (03.0).

Per le prestazioni, tali campi devono essere necessariamente congruenti con la data della prestazione stessa, indipendentemente dalla data di invio dei dati al Sistema di Monitoraggio regionale.

In occasione dell'invio della prima prestazione del semestre inerente al medesimo assistito devono essere inviati al sistema sia la relativa anagrafica sia il relativo contatto, anche se non presentano variazioni rispetto precedente invio degli stessi. In tal caso "Anno di riferimento" e "Periodo di riferimento" di anagrafica e contatto dovranno essere valorizzati con i medesimi valori della prestazione.

Ad es., se la prestazione è del 25 dicembre 2013, il campo "Anno di riferimento" dovrà essere valorizzato con "2013" e il "Periodo di riferimento" con "S2", anche se l'invio sarà stato effettuato nel corso del mese di gennaio 2014; inoltre, con gli stessi valori dovranno essere valorizzati i campi "Anno di riferimento" e "Periodo di riferimento" dei relativi Anagrafica e Contatto.

6.6 Tracciati record

I tracciati "Dati anagrafici", "Dati di Contatto" e "Dati di Prestazioni" sono logicamente collegati da una chiave che include l'identificativo AURA dell'assistito oppure un identificativo assistito in eventuale associazione con il Codice fiscale assistito laddove risulti mancante l'identificativo AURA.

I tracciati "Dati di Contatto" e "Dati di Prestazioni" sono logicamente collegati da una chiave che include l'identificativo del contatto nonché l'identificativo AURA dell'assistito oppure un identificativo assistito in eventuale associazione con il Codice fiscale assistito.

Da ciò discende che, **in mancanza di identificativo AURA, l'Identificativo assistito debba essere sempre compilato**, indipendentemente dalla disponibilità del Codice fiscale dell'assistito.

L'accettazione del tracciato "Dati di Contatto" è subordinata alla precedente corretta accettazione da parte del Sistema di Monitoraggio regionale del tracciato "Dati anagrafici" collegato.

L'accettazione del tracciato "Dati di Prestazioni" è subordinata alla precedente corretta accettazione del tracciato "Dati di Contatto" collegato.

6.7 Compilazione dei tracciati

Nei campi valorizzati con una diagnosi, codici ICD-9 CM devono essere inseriti **privi del punto - o della virgola - di separazione**, ma comprensivi di ogni lettera e di ogni cifra significativa, **inclusi eventuali zeri iniziali** facenti parte di cifre alla sinistra del punto **nonché eventuali zeri finali** facenti parte di cifre alla destra del punto (ad es., il codice "296.80" - corrispondente a "Disturbo bipolare non specificato" - dovrà essere inserito come "29680").

6.7.1 Codice struttura (campo 23.0)

Per le strutture di ricovero, al fine di semplificare la rilevazione degli istituti non organizzati in molteplici strutture, la compilazione del campo è effettuata aggiungendo il suffisso "00" al codice HSP11 di sei cifre (qualora trattasi effettivamente di istituti di ricovero privi di substrutture organizzative).

6.7.2 Data apertura scheda paziente (campo 26.0)

Per il tracciato territoriale (CONTT) dev'essere indicata la data di presa in carico presso i servizi territoriali/ambulatoriali; in caso di ricovero in struttura, in concomitanza del ricovero non è necessario indicare una

--	--	--

“Data Chiusura Scheda Paziente” qualora il paziente rimanga comunque in carico agli stessi servizi territoriali/ambulatoriali che continueranno ad assisterlo post ricovero - ed eventualmente anche durante lo stesso.

Per il tracciato residenziale/semiresidenziale (CONTRS) deve essere indicata la data di presa in carico presso la struttura residenziale/semiresidenziale e **non** quella di presa in carico territoriale.

6.7.3 Data chiusura scheda paziente (campo 31.0)

Per il tracciato territoriale (CONTT), nel caso in cui l’assistito venga ricoverato in una struttura residenziale/semiresidenziale, ma rimanga comunque in carico agli stessi servizi territoriali/ambulatoriali (che continueranno ad assisterlo post ricovero – ed eventualmente anche durante il medesimo), non è necessario indicare una “Data chiusura Scheda Paziente”.

6.7.4 Data intervento (campo 39.0)

La data intervento per le **prestazioni semiresidenziali** rappresenta la **data puntuale di ogni singola presenza giornaliera** (esempio: se un soggetto è stato inserito in una struttura semiresidenziale per 9 mesi occorre inviare 270 record prestazione), poiché non è possibile raggruppare per tipo intervento, ma è necessario inviare il dettaglio giornaliero degli interventi effettuati.

6.7.5 Numero ricetta (campo 49.0)

Se trattasi di ricetta ordinaria del SSN (ricetta “rossa”), il numero ricetta dev’essere privo delle parti alfabetiche e deve rispettare il seguente schema: codice regione (3 cifre) + anno di erogazione (2 cifre, formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + codice di controllo (1 cifra).

6.7.6 SEGNALAZIONE S07

Inserita per evidenziare l’invio di schede contatto relative a medesimo assistito ed aperte presso una medesima struttura.

6.7.7 SEGNALAZIONE S08

Inserita per segnalare la cancellazione di una scheda anagrafica relativa ad un medesimo assistito, per il quale risultano acquisite schede ana

7. FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI, RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

7.1 Sintesi aggiornamenti

- Inserito Sommario;
- Inserita Cronologia variazioni;
- Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni;
- Aggiornato elenco Riferimenti normativi;
- Aggiornata tabella Articolazione degli interventi domiciliari e residenziali/semiresidenziali;
- Campo 02.0: aggiornata denominazione controllo L17; aggiunti controlli L56, L57; inserita segnalazione S07;
- Campi 06.0, 28.0: aggiunti controlli L56, L57;
- Campi 30.0, 32.0: aggiornata denominazione controllo L17; inserita segnalazione S07;
- Campo 12.0: rimosso controllo L09, inserita segnalazione S06;
- Campo 15.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, rimosso controllo L09, inserita segnalazione S06, aggiornate Osservazioni e Precisazioni;
- Campo 27.0: aggiunti controlli L56, L57; aggiornata Legenda codici in Osservazioni e Precisazioni;
- Campo 108.0: aggiunti controlli L56, L57; aggiornate Osservazioni e Precisazioni;
- Campo 109.0: aggiornate Osservazioni e Precisazioni;
- Controllo L09: controllo eliminato;
- Controllo L17: aggiornate denominazione e prescrizioni controllo;
- Controllo L36: aggiornate prescrizioni controllo;
- Controllo L46: migliorata descrizione controllo;
- Controlli L56, L57: nuovo inserimento;
- Segnalazioni S06, S07: nuovo inserimento. Aggiornati riferimenti normativi;

7.2 Riferimenti normativi

Eliminata citazione della D.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226, poiché **revocata** dalla **D.G.R. 30 luglio 2012, n. 45-4248** “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni”.

Si è provveduto ad inserire il riferimento alla **D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013** – “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”, quale riferimento regionale inerente alla disciplina dei flussi informativi sanitari regionali, per quanto attiene ai tracciati ed alle modalità di variazione e di comunicazione, nonché in merito alle scadenze cui le Aziende Sanitarie regionali debbano attenersi per quanto concerne l’invio dei relativi dati.

7.3 Compilazione dei tracciati

7.3.1 Codice Istituzione TEAM (campo 15.0)

Compilazione del campo resa facoltativa ed introdotta la segnalazione S06, al fine di evidenziare le cartelle per le quali il codice TEAM risulti compilato nonostante il codice inserito nel campo “Cittadinanza” (12.0) sia relativo ad un apolide oppure includa il codice ISTAT relativo ad uno Stato estero **non** membro dell’Unione Europea né dello Spazio Economico Europeo (alias Paesi aderenti al trattato EFTA – European Free Trade Association, ovvero Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera, alla data di redazione della presente nota), in quanto unici Paesi europei che rilasciano la TEAM ai propri cittadini.

7.3.2 Data presa in carico (campo 28.0)

Relativamente al medesimo assistito – distinto attraverso “Codice Fiscale” (06.0) – se “Tipo flusso” (02.0) = “DO” e “Tipologia di cura” (27.0) assume i valori “1”, “2”, “3” o “4”, la “Data Presa in Carico” (28.0) dev’essere maggiore della “Data Conclusione” (108.0) di qualsiasi altra Cartella antecedente.

7.3.3 Codice regionale Struttura residenziale/semiresidenziale (campo 32.0)

Per il flusso “RE”, eliminato il controllo sull’associazione tra i codici regionale presidio e STS11 Titolare della struttura (campo 30.0) ed introdotta segnalazione S07, per evidenziare i record per i quali si riscontri tale mancato collegamento.

--	--	--

7.3.4 *Data conclusione (campo 108.0)*

In caso di conclusione per “Chiusura amministrativa” (valore “12” del campo 109.0), il campo dev’essere compilato con la data relativa all’ultimo evento registrato.

Relativamente al medesimo assistito – distinto attraverso Codice Fiscale (06.0) – se “Tipo flusso” (02.0) = “DO” e “Tipologia di cura” (27.0) assume i valori “1”, “2”, “3” o “4”, la “Data Conclusione” (108.0) dev’essere minore della “Data Presa in Carico” (28.0) di qualsiasi altra Cartella successiva.

8. FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI TRACCIATI RECORD B, C, C2, C4,C5

8.1 Sintesi aggiornamenti

8.2 Modifiche ed aggiornamenti del tracciato

8.2.1 Aggiornamento Campo 57.0 "Modalità di erogazione" e controllo LF5

Per controllare in modo più puntuale il prescrittore delle prestazioni erogate sono state implementate le modifiche di seguito elencate:

- il campo 57.0 – Modalità di erogazione diventa obbligatorio per le autoimpegnative dalla competenza di Aprile 2014 (invii di Maggio 2014);
- il campo 04.0 Medico prescrittore prevede la possibilità, senza alcun obbligo, di indicare la matricola unità Produttiva secondo i dettagli di seguito riportati;
- il nuovo controllo logico "LF5- Congruenza tra tipologia ricetta, Medico prescrittore e Tipo di erogazione" varia sulla base delle due precedenti modifiche secondo i dettagli di seguito riportati.

Il controllo LF5 dovrà verificare quanto segue

- 1) Nel caso in cui il campo 57.0 sia valorizzato con "A" ovvero "tipo accesso diretto" sono ammesse le seguenti valorizzazioni del campo medico prescrittore (campo 0.4):
 - a) **Codice STS11:** per accesso diretto a Consultorio, SerT, DSM, SIMT in questo caso esclusivamente alle prestazioni legate all'attività di donazione;
 - b) **Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa:** in caso di altre prestazioni erogate a seguito di accesso diretto ospedaliero;
 - c) Valore "AD99999" per altro tipo di accesso diretto
 - d) **Matricola Unità Produttiva:** relativa al punto di erogazione dell'accesso diretto. La rilevazione di questa informazione è stata inserita in quanto rappresenta il dettaglio più significativo
- 2) Nel caso in cui il campo 57.0 sia valorizzato con "D" ovvero "impegnative interne ospedaliere" è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (campo 0.4):
 - e) **Codice STS11:** se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all'accesso diretto
 - f) **Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa:** del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore
 - g) **Matricola Unità Produttiva:** relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione. La rilevazione di questa informazione è stata inserita in quanto rappresenta il dettaglio più significativo
- 3) Nel caso in cui il campo 57.0 sia valorizzato con 'M' ovvero "ricette autoimpegnative in sostituzione di una ricetta SSN non prescritta correttamente" è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore:
 - a) **Codice regionale MMG**
 - b) **Codice regionale PLS**

Si ricorda che l'utilizzo dell'autoimpegnativa in sostituzione di una ricetta SSN non compilata correttamente non rappresenta una prassi da perseguire, tuttavia viene mantenuta la possibilità di registrare tale utilizzo fino al 1° Luglio 2014, data a partire dalla quale sarà attivato uno specifico controllo bloccante.

--	--	--

Nel caso in cui il campo 57.0 sia valorizzato con 'Z', ovvero altre tipologie non precedentemente segnalate, è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (campo 0.4):

- a) "099999R": in caso di ricette prescritte da medici inps o da quelli operanti nelle carceri;
- b) **Codice fiscale del medico**: in caso di ricette prescritte in libera professione.
- c) "AG99999": in caso di ricette relative all'agenda di gravidanza.

8.2.2 Nuovo campo 115.0 – Ricetta "Madre"

Si richiede la compilazione obbligatoria del nuovo campo solo per le ricette autoimpegnative, a partire dalla competenza **di luglio 2014**, con eccezione dei seguenti casi:

- percorso oncologico: individuati utilizzando il campo 83.0 – Codice percorso valorizzato con 064
- percorso diabetologico: individuati utilizzando il campo 83.0 – Codice percorso valorizzato con 085
- gli accessi diretti: individuati utilizzando il campo 57.0 – modalità di erogazione 'A'
- le ricette agende di gravidanza: individuate utilizzando il modello ricetta
- le ricette prescritte da medici INPS e operanti nei carceri: individuate utilizzando il campo 58.0 – Modalità di erogazione
- le ricette prescritte da SERT, DSM, CONSULTORI e SIMT

Il campo 115.0 – Ricetta "Madre" dovrà essere compilato con i dati identificativi della ricetta (rossa o autoimpegnativa) relativa alla prestazione nel corso della cui erogazione è stata effettuata la nuova prescrizione con autoimpegnativa, secondo uno dei seguenti formati:

- **Tipologia ricetta SSN**: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra)
- **Tipologia Autoimpegnativa 1**: anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) + progressivo numerico (9 cifre) + 'A' (impegnativa interna)
- **Tipologia Autoimpegnativa 2**: anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'A' (impegnativa interna)

Il controllo LF6 – Congruenza tra Ricetta "madre" e numero ricetta, verifica che la compilazione del campo 115.0 – Ricetta "Madre" sia valorizzata secondo le seguenti regole:

Tipologia Ricetta	Controlli campo 115.0 Ricetta Madre
Ricetta Poligrafico SSN	NO: non è richiesta la compilazione del campo.
Ricetta Autoimpegnativa	<p>NO: non è richiesta la compilazione per i casi in deroga ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • percorso oncologico: individuati utilizzando il campo 83.0 – Codice percorso valorizzato con 064 • percorso diabetologico: individuati utilizzando il campo 83.0 – Codice percorso valorizzato con 085 • accessi diretti: individuati utilizzando il campo 58.0 – modalità di erogazione 'A' • ricette agende di gravidanza : individuate utilizzando il modello ricetta • ricette prescritte da medici INPS e operanti nei carceri: individuate utilizzando il campo 57.0 – Modalità di erogazione • ricette prescritte da SERT, DSM, CONSULTORI e SIMT. <p>SI: è richiesta la valorizzazione per tutti gli altri casi. Il campo 115.0 -Ricetta "Madre" deve essere valorizzato con la prescrizione dell'episodio nel corso del quale è stata prescritta l'autoimpegnativa.</p>

Al fine della corretta valorizzazione del campo 115.0 – Ricetta "Madre" e dell'applicazione delle logiche del controllo LF7 – "Congruenza tra Ricetta "Madre" e numero ricetta", si ricorda che per accesso diretto si intende:

Da sito di Regione Piemonte: << *Ci sono strutture che non richiedono una prenotazione e neanche l'impegnativa del medico curante: i centri per le Malattie sessualmente trasmesse, dove è possibile effettuare anche alcuni esami di laboratorio, e i servizi di accoglienza dei Consulitori, dei Centri di salute mentale e dei servizi di patologie delle dipendenze.*>>

La normativa vigente prevede l'accesso diretto, senza l'impegnativa del medico prescrittore (Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia, Specialista Ospedaliero), negli ambulatori pubblici da parte dell'assistito solo per le seguenti specialità: Ostetricia e Ginecologia, Odontoiatria, Pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), Oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche), Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile - Attività Consultoriale - Attività di Prevenzione.

--	--	--

8.2.3 Rilevazione del numero di ricetta elettronica – Numero NRE

Si abolisce il campo 116 che era stato introdotto per la rilevazione dell’NRE. Il campo 13.0 – Numero di ricetta deve essere compilato con il numero del poligrafico, se la prescrizione ha avuto luogo su ricetta rossa, con l’NRE, se la prescrizione ha avuto luogo in dematerializzata, o con il numero dell’autoimpegnativa, nei casi restanti.

Le regole di compilazione del campo 13.0 – Numero ricetta risultano le seguenti:

Per ricette SSN è previsto il seguente schema

- codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank

Per impegnative interne o accesso diretto non dematerializzate il campo deve essere compilato con un numero univoco nell’ambito dell’azienda, costituito da un codice alfa numerico di lunghezza complessiva pari a 16 cifre avente uno dei seguenti schemi:

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

Per impegnative prescritte elettronicamente da MMG, PLS, medico ospedaliero (Ricetta DM 2011 – Dematerializzata) è previsto il seguente schema:

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

Per prestazioni erogate in regime di libera professione il campo deve essere compilato con un numero univoco nell’ambito dell’azienda, costituito da un codice alfa numerico di lunghezza complessiva pari a 16 cifre avente il seguente schema:

- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + ‘L’ (libera professione o solvente)

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

- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (8 cifre) + progressivo di prescrizione (2 cifre da 01 a 16) + ‘G’ (Agenda di Gravidanza)

9. Flusso F

9.1 Sintesi aggiornamenti

Modifica controllo LF8 e aggiornamento modalità rilevazione tipologia 04 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza domiciliare.

9.2 Modifiche ed aggiornamenti del tracciato

9.2.1 Controllo LF8 – Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco

Al fine della corretta interpretazione del controllo LF8 si riporta la tabella riassuntiva delle tipologie File F e delle relative codifiche strutture ammesse

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

--	--	--

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

9.2.2 Tipologia 04- - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza domiciliare

A partire dalle elaborazioni del 28 aprile 2014 è possibile l'invio cumulativo, in analogia ai farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza residenziale o semiresidenziale, con le seguenti modalità

- Assistiti residenti nell' ASL territoriale di competenza: è possibile registrare il dato in modalità cumulativa, senza l'indicazione del codice fiscale.
- Assistiti residenti in altre aziende piemontesi o fuori regione: è necessario registrare per singolo codice fiscale in modalità dettagliata; la modalità cumulativa non è prevista in quanto le informazioni anagrafiche sono necessarie ai fini della corretta attribuzione all'azienda della spesa nell'ambito della mobilità intra-extra regionale.

10. FLUSSO H (CONSUMO OSPEDALIERO)

10.1 Sintesi aggiornamenti

N/A

10.2 Modifiche ed aggiornamenti del tracciato

N/A

10.2.1 Campo 121- Costo d'acquisto

Si ricorda che il campo 121 deve riportare il prezzo medio ponderato moltiplicato per la quantità di pezzi consumati.

10.3 Modalità di acquisizione del flusso 2014

Si rimanda alla nota prot. n. 9064/DB2019 del 22 aprile 2014 che illustra il processo di alimentazione del flusso per il 2014.

11. FLUSSO INFORMATIVO RICOVERI OSPEDALIERI SDO (Sistema dei controlli e della tariffazione)

11.1 Sintesi aggiornamenti

Rispetto alla versione precedente sono state apportate le seguenti modifiche:

- Inserita Note alla versione
- Aggiornata la tabella Istituti pubblici (*par. 5.3.3 Tabella codici HSP11 degli Istituti pubblici*)
- Aggiornata la tabella Istituti privati (*par. 5.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti privati accreditati*)
- Chiarite le gestioni delle SDO di RRF inerenti:
 - Ricoveri con istituto di provenienza fuori regione
 - Ricoveri disposti da Autorità giudiziaria (V62.5 in una qualsiasi diagnosi secondaria) (*par. 3.3.6 Continuità acuzie/post-acuzie dei ricoveri RRF e par. 3.3.7 Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF*)
- Modificata la codifica per la gestione del trasferimento in Pronto Soccorso per un limite massimo di 48 ore da “PrSocc” a “PRSOCC” (*par. 2.5.2 Regole di compilazione nei casi di “Trasferimento breve” da post-acuzie a Pronto Soccorso*)
- Modificata la scheda analitica del campo 25.0 Provenienza assistito precisando le modalità di utilizzo del codice 7 (*par. 5.2.2 Le schede*)
- Modificata descrizione del controllo L87 in funzione delle precisazioni sull’utilizzo del codice 7 nel campo 25.0 di cui al punto precedente (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Modificate le schede dei campi, per introdurre l’obbligatorietà condizionale della data di intervento rispetto al codice:
 - Altro intervento o procedura 1 (numeri dei campi: 44.1, 44.2)
 - Altro intervento o procedura 2 (numeri dei campi: 45.1, 45.2)
 - Altro intervento o procedura 3 (numeri dei campi: 46.1, 46.2)
 - Altro intervento o procedura 4 (numeri dei campi: 47.1, 47.2)
 - Altro intervento o procedura 5 (numeri dei campi: 48.1, 48.2)
 (*par. 3.1.4 Il tracciato “Dati clinici”, par. 5.2.2 Le schede*)
- Modificati i controlli L23 e L80 per estendere a tutti gli interventi l’obbligatorietà della data in presenza del codice intervento (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Modificata la descrizione del controllo S05 per precisare casistiche di possibile valorizzazione a zero delle SDO (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Modificata la descrizione del controllo S14 per precisare la data di riferimento per l’applicazione del controllo (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Aggiornati riferimenti normativi (*par. 2.2 Riferimenti normativi*)
- Inserita la sezione relativa ai Controlli Automatici di III livello (*par. 3.4 Controlli Automatici di III livello*)
- Modificata la segnalazione S11 su confronto tra data di prenotazione e data di ricovero: la segnalazione scatta dopo un anno (era 2) (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Inserito nuovo controllo LD1, per la verifica della coerenza dei valori nei campi 25.0 – Provenienza assistito e 26.0 – Tipo di ricovero ordinario, in caso di neonati (*par. 5.3.2 I controlli*)
- Eliminata la parola BAR/TS refuso delle precedenti versioni
- Inserito nuovo controllo LD2, per la verifica della coerenza della data dimissione (campi 34.1) con l’eventuale data di decesso certificata dal database di AURA (*par. 5.3.2 I controlli*)

--	--	--

- Aggiornato il paragrafo Tracciato “Dati clinici” (*par. 5.1.4 Il tracciato “DATI CLINICI”*)

11.2 Modifiche ed aggiornamenti del tracciato

Non si segnalano variazioni nel numero e/o nel tipo dei campi del tracciato di invio delle SDO.

11.2.1 *Campi* 44.0 – Altro intervento o procedura 1; 45.0 – Altro intervento o procedura 2;
 46.0 – Altro intervento o procedura 3; 47.0 – Altro intervento o procedura 4;
 48.0 – Altro intervento o procedura 5

Si segnala l’introduzione dell’obbligatorietà condizionale della data di intervento rispetto al codice.

Vengono estesi anche a questi campi i controlli L23 (*Le date dell’intervento principale e degli eventuali altri interventi -procedure devono essere comprese tra la data di ricovero e la data dimissione. Inoltre se è valorizzato il campo codice intervento deve essere indicata la data, nel campo data intervento corrispondente. Gli interventi pre e/o post ricovero non devono essere inviati.*) e L80 (*Congruenza tra codice intervento e data intervento corrispondente. In presenza di un codice intervento deve essere presente la relativa data e viceversa.*)

11.2.2 Controllo LD1 sui Campi 25.0 - Provenienza assistito e 26.0 – Tipo ricovero ordinario

Viene introdotto nuovo controllo Congruenza tra Provenienza Assistito e Tipo Ricovero e ordinario
Se Provenienza Assistito = 0 – Nuovo nato il valore del campo Tipo Ricovero e ordinario deve essere = 5 e viceversa.

11.2.3 Controllo LD2 sul Campo 34.1 – Data dimissione

Congruenza fra Data di Dimissione e data di decesso del paziente certificata da Aura.
Se il Codice Fiscale del paziente risulta certificato da AURA, la data di dimissione deve essere precedente, o uguale, alla data di decesso, eventualmente presente nel database di AURA.

11.2.4 Tracciato di restituzione “Record Anomali”

Si segnala altresì che a partire dal 2014 (dalle SDO competenza 2014) viene ripristinato il file di “Record Anomali” per la restituzione dei “Record sottoposti ai Controlli Automatici di III livello”.
Pertanto in fase di elaborazione vengono restituiti i record delle SDO che rispondono ai criteri di verifica definiti da Regione Piemonte.

12. FLUSSO INFORMATIVO CURE TERMALI – Tracciato record “E”

12.1 Sintesi aggiornamenti

Adeguamento al flusso per recepimento di indicazioni della mobilità extra regionale per quanto attiene alla raccolta dell'informazione del codice di esenzione. Le modifiche sotto riportate saranno valide a partire dalla competenza di luglio 2014.

12.2 Modifiche ed aggiornamenti del tracciato

12.2.1 Campo 19.0 - Posizione utente nei confronti del ticket.

Sono stati modificati i valori ammessi nella compilazione del campo. I valori previsti sono i seguenti:

- A = esente totale;
- 2 = non esente;
- B = esente parziale con indicazione di tipo esenzione;
- C = esente parziale per reddito con obbligo da parte del medico curante di indicare sull'impegnativa il tipo e n° dell'esenzione o autocertificazione

12.2.2 Scheda 43.0 - Codice identificativo esenzione.

E' stato inserito il nuovo campo Codice identificativo esenzione, al fine di rilevare il codice di esenzione a fronte di erogazione della prestazione senza il pagamento del ticket.

12.2.3 Controllo L07 - Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket e il codice esenzione.

E' stato inserito il controllo L07 che verifica la corretta compilazione del campo Codice di Esenzione nel caso in cui il campo Posizione Utente nei confronti del ticket sia valorizzato con 'A' – esente totale, 'B' –esente parziale con indicazione di tipo esenzione. Di seguito è riportata la tabella relativa ai codici di esenzioni ammessi

Codice Diagnosi	Descrizione	Codice Esenzione
71509	OSTEOPOROSI E ALTRE FORME DEGENERATIVE	Z01
7290	REUMATISMI EXTRA_ARTICOLARI	Z02
4739	SINDROMI RINOSINUSITICHE-BRONCHIALI CRONICHE	Z03
4910	BRONCHITI CRONICHE SEMPLICI	Z04
49120	BRONCHITI CRONICHE A COMPONENTE OSTRUTTIVA (CON ESCLUSIONE DELL'ASMAE DELL'ENFISEMA AVANZATO, COMPLICATO DA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA)	Z05
6961	PSORIASI (ESCLUSA LA FORMA PUSTOLOSА, ERITRODERMICA)	Z06
6918	ECZEMA E DERMATITE ATOPICA (ESCLUSE LE FORME ACUTE VESCICOLARI ED ESSUDATIVE)	Z07
6900	DERMATITE SEBORROICA RICORRENTE	Z08

--	--	--

6248	SCLEROSI DOLOROSA DEL CONNETTIVO PELVICO DI NATURA CICATRIZIALE E INVOLUTIVA	Z09
6235	LEUCORREA PERSISTENTE DA VAGINITI ASPECIFICHE O DISTROFICHE	Z10
4779	RINOPATIA VASOMOTORIA	Z11
4789	FARINGOLARINGITI CRONICHE	Z12
6282	STENOSI TUBARICHE	Z13
3814	OTITI CATARRALI CRONICHE	Z14
3824	OTITI CRONICHE PUOLENTE NON COLESTEASTOMOSE	Z15
5929	CALCOLOSI DELLE VIE URINARIE E SUE RECIDIVE	Z16
45119	POSTUMI DI FLEBOPATIE DI TIPO CRONICO	Z17
5368	DISPEPSIA DI ORIGINE GASTROENTERICA E BILIARE	Z18
5641	SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE NELLA VARIETA' CON STIPSI	Z19

12.2.4 Controllo L36 - Congruenza tra i campi : Posizione utente nei confronti del ticket ed Importo Ticket

Il controllo è stato modificato per verificare la corretta valorizzazione del campo importo ticket, secondo le regole di seguito indicate.

Nel caso in cui il campo posizione utente nei confronti del ticket sia valorizzato con “2” allora l’importo ticket deve essere maggiore di zero; diversamente nel caso in cui il campo posizione utente nei confronti del ticket sia valorizzato con “A”, allora l’importo ticket deve essere pari a zero.

Infine nel caso in cui il campo posizione utente sia valorizzato con “B” o “C” allora l’importo ticket deve essere uguale a 3,10 €