

**ALLEGATO 1**

**Variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 e s.m.i.**

## **INDICE GENERALE**

1.	SCOPO DEL DOCUMENTO	5
2.	CALENDARIO INVIO –	5
2.1	Flusso ASPE	5
3.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI - TRACCIATI RECORD B,C,C2,C4,C5”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	5
3.1	Paragrafo 4.09 - Tracciato Anagrafico	5
3.2	Paragrafo 4.13 Tracciato C4	5
3.3	Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE	6
3.3.1	Campo 04.0 Medico Prescrittore	6
3.3.2	Campo 115.0 Ricetta Precedente	6
3.4	Paragrafo 6.1 - Controlli Logici (tipo L)	7
3.4.1	Controllo LF6	7
3.5	Paragrafo 6.4 –SEGNALAZIONI (Warning)	7
3.6	Paragrafo 6.5 - SEGNALAZIONI ( Alert)	8
3.7	Paragrafo 10 - TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	9
3.7.1	Controllo LF5 - Congruenza tra Tipo Ricetta , Medico prescrittore e Tipo di erogazione.	9
4.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE TRACCIATO C – STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE/DEFINATIVAMENTE ACCREDITATE”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	10
4.1	Paragrafo 6 – SCHEDE ANALITICHE	10
4.1.1	Campo 13.0 – Numero Ricetta	10
4.2	Paragrafo 7.3 –SEGNALAZIONI (Warning)	11
5.	ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVI FARMACEUTICA -TRACCIATI RECORD D, F H”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO	12
5.1	Paragrafo 4.7 – Tracciato Consumo Ospedaliero	12
5.2	Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE	13
5.2.1	Campo 04.0 – Medico Prescrittore	13
5.2.2	Campo 13.0 – Numero Ricetta	13
5.2.3	Campo 122.0– Quantità Consumata	14
5.2.4	Campo 123.0– Codice Anagrafica Magazzino Az	14
5.3	Paragrafo 6.1 – Controlli Logici	15
5.3.1	Controllo LF7	15
6.	“DISCIPLINARE TECNICO SISM – FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ATTIVITÀ TERRITORIALE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE” OGGETTO DI REVISIONE	16
6.1	Cronologia variazioni	16
6.2	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	17
6.2.1	Obiettivi	17
6.3	Generalità	19
6.3.1	Acronimi, sigle ed abbreviazioni	19
6.4	RIFERIMENTI NORMATIVI	21
6.4.1	Normativa di carattere nazionale	21
6.4.2	Normativa regionale	21

6.4.3	CONTESTO DI RIFERIMENTO	22
6.4.4	L'articolazione della Struttura di erogazione	22
6.5	REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE	24
6.5.1	Obbligatorietà dei campi	24
6.6.1	Modalità di movimentazione dei dati	25
6.6.2	Sistema dei controlli	25
6.6.2.1	Controlli di tipo formale effettuati tramite grammatiche XSD	25
6.6.2.2	Controlli di tipo formale	25
6.6.2.3	Controlli logici e normativi	26
6.6.3	Calendario degli invii	26
6.6.4	Periodo di competenza	27
6.6.5	Monitoraggio degli invii	27
6.7	ALLEGATI	28
6.7.1	Tracciati record	28
6.7.1.1	Premessa	28
6.7.1.2	Codifica Identificativo dell'assistito	28
6.7.1.3	Descrizione del tracciato	30
6.7.2	Flusso salute mentale Territorio (SMT-RP)	31
6.7.2.1	Tracciato ANAGT "Dati Anagrafici"	31
6.7.2.2	Tracciato CONTT "Dati di Contatto"	34
6.7.2.3	Tracciato PRESTT "Dati di Prestazione"	37
6.7.2.4	Tracciato ANAGRS "Dati Anagrafici"	40
6.7.3.1	Tracciato CONTRS "Dati di Contatto"	43
6.7.3.2	Tracciato PRESTR "Dati di Prestazione Residenziale"	45
6.7.4.1	Tracciato PRESTS "Dati di Prestazione SemiResidenziale"	48
6.7.5	Le schede analitiche	50
6.7.6	Anagrafiche	121
6.7.7	CONTROLLI LOGICI-NORMATIVI	122
6.7.7.1	Premessa	122
7.	"DISCIPLINARE TECNICO "DMRP – FLUSSO INFORMATIVO DEI CONSUMI DI DISPOSITIVI MEDICI" – OGGETTO DI REVISIONE	135
7.1	CRONOLOGIA VARIAZIONI	135
7.2	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	139
7.2.1	OBIETTIVI	139
7.2.2	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	139
7.3	GENERALITÀ	140
7.3.1	ACRONIMI, SIGLE ED ABBREVIAZIONI	140
7.3.2	RIFERIMENTI NORMATIVI	143
7.3.3	CONTESTO DI RIFERIMENTO	145
7.3.3.1	Ambito di rilevazione	145
7.3.3.2	Oggetto della rilevazione	145
7.3.3.3	Strutture di rilevazione	146
7.3.3.4	Identificazione dei Dispositivi Medici	146
7.3.4	REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE	147
7.3.4.1	Obbligatorietà dei campi	147
7.3.4.2	Modalità di movimentazione dei dati	147
7.3.4.3	Unità di misura delle quantità	148
7.3.4.4	Dispositivi non sfusi	148
7.3.4.5	Kit (dispositivi medici assemblati)	148
7.3.4.6	Sfusi	148
7.3.4.7	Ulteriori casi di indeterminatezza delle quantità	149
7.3.4.8	Omogeneità delle unità di misura di quantità aggiudicata e quantità contrattualizzata	149

7.3.4.9	Unità di riferimento del prezzo unitario aggiudicato	151
7.3.5	Modalità di rilevazione contratti di listino/budget e di service	152
7.3.5.1	Contratto di listino/budget	152
7.3.5.2	Contratto di service	152
7.3.6	SISTEMA DEI CONTROLLI	153
7.3.6.1	Controlli di tipo formale	153
7.3.6.2	Controlli logici e normativi	153
7.3.7	CALENDARIO DEGLI INVII	154
7.3.8	MONITORAGGIO DEGLI INVII	154
7.4	ALLEGATI	155
7.4.1	TRACCIATI RECORD	155
7.4.1.1	Premessa	155
7.4.1.2	Descrizione del tracciato	155
7.4.2	TABELLE DI TRANSCODIFICA	156
7.4.2.1	Tracciato "CONTRATTI"	161
7.4.3	SCHEDE ANALITICHE	164
7.4.3.1	Premessa	164
7.4.4	Schede	165
7.4.5	TABELLA DEI CONTROLLI LOGICO - NORMATIVI	207
7.4.5.1	Premessa	207
7.4.6	Controlli	208

## 1. SCOPO DEL DOCUMENTO

Scopo del presente documento è quello di dettagliare puntualmente tutte le variazioni alla documentazione tecnica di cui alla DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 e s.m.i.

## 2. CALENDARIO INVIO –

### 2.1 Flusso ASPE

VERSIONE Precedente	
ASPE (1)	Per ASPE-Ue le fatture E127 la scadenza non è indicata perchè determinata dalla data di pubblicazione sulla GUCE del costo medio italiano approvato"
VERSIONE Attuale	
ASPE (1)	n.a

## 3. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI - TRACCIATI RECORD B,C,C2,C4,C5”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO

Elenco modifiche

- Aggiornato Tracciato Anagrafico
- Aggiornato Tracciato C4
- Modificato Campo 04.0 Medico Prescrittore
- Modificato Campo 115.0 Ricetta Precedente
- Modificato Controllo LF6
- Modificato Controllo LF5
- Inserite le segnalazioni S13, S14, S15, S16 e A01

### 3.1 Paragrafo 4.09 - Tracciato Anagrafico

VERSIONE Precedente						
115.0	Ricetta SSN Origine	AN	15	341	355	NOB
116.0	Numero NRE	AN	15	356	370	NOB
	Filler	AN	30	371	400	NV
VERSIONE Attuale						
115.0	Ricetta Precedente	AN	16	341	356	NOB
	Filler	AN	44	357	400	VN

### 3.2 Paragrafo 4.13 Tracciato C4

VERSIONE Precedente						
	Filler	AN	55	96	150	
VERSIONE Attuale						
116.0	N. Scheda Ricetta	AN	16	96	111	
	Filler	AN	39	112	150	

### 3.3 Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE

#### 3.3.1 Campo 04.0 Medico Prescrittore

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
<p>Nel capoverso: Ricette relative ad impegnative interne ospedaliere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto cui appartiene lo specialista</li> <li>- Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all'accesso diretto</li> <li>- Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione.</li> </ul>	<p><i>Modifica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricette relative ad impegnative interne ospedaliere : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto a cui appartiene lo specialista</li> <li>- Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all'accesso diretto</li> <li>- Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione.</li> <li>- Codice fiscale del medico specialista prescrittore</li> </ul> </li> </ul>

#### 3.3.2 Campo 115.0 Ricetta Precedente

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
<p><b>CORRETTEZZA FORMALE</b> Lunghezza 15</p>	<p><i>Modificata lunghezza</i> <b>CORRETTEZZA FORMALE</b> Lunghezza 16</p>
<p><b>Osservazioni e precisazioni</b> Valido uno dei seguenti formati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☐ codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra)</li> <li>☐ anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) + progressivo numerico (9 cifre) + 'A' (impegnativa interna)</li> <li>☐ anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'A' (impegnativa interna)</li> </ul>	<p><i>Modifica</i> Valido uno dei seguenti formati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☐ codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra)</li> <li>☐ anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) + progressivo numerico (9 cifre) + 'A' (impegnativa interna)</li> <li>☐ anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (10 cifre) + 'A' (impegnativa interna)</li> <li>☐ (Ricetta DM 2011 – Dematerializzata) codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e 7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo)</li> </ul>

### 3.4 Paragrafo 6.1 - Controlli Logici (tipo L)

#### 3.4.1 Controllo LF6

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
LF7 - Congruenza tra Modalità di erogazione e Scheda Nosologica – Fusso C4 Nel caso di prestazioni erogate durante il ricovero successivo al ricovero deve essere indicato il numero di scheda nosologica.	<i>Modificato il controllo</i> LF7 - Congruenza tra Modalità di erogazione, Scheda Nosologica o N. Scheda Ricetta Nel caso di prestazioni erogate durante il ricovero deve essere indicato il numero di scheda nosologica oppure il numero della ricetta riferita all'intervento ambulatoriale

### 3.5 Paragrafo 6.4 –SEGNALAZIONI (Warning)

VERSIONE Precedente		
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. (nel corso del 2014 la segnalazione verrà modificata in controllo scartante)	NO
S07	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA	NO
S08	invio ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione monitoraggio spesa articolo 50	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
VERSIONE Attuale		
N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Non più valido dal 01/01/2015	NO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S06	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.U.R: la ricetta viene segnalata all'ASL presso la quale risulta presente il ricettario a magazzino non ancora assegnato in RUR	NO

<b>S07</b>	Non più valido dal 01/01/2015	NO
<b>S08</b>	Non più valido dal 01/01/2015	NO
<b>S09</b>	Non più valido dal 01/01/2015.	NO
<b>S12</b>	Non più valido dal 01/01/2015	NO
<b>S13</b>	Ricetta inviata oltre il termine di Primo invio previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta.	NO
<b>S14</b>	Ricetta inviata oltre il termine di Consolidamento previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta	NO
<b>S15</b>	Solo per ilflusso C – Campo ricetta Precedente non valorizzato Per le ricette del tipo Autoimpegnativa, nel campo ricetta Precedente deve essere indicato il numero di ricetta SSN o di autoimpegnativa precedente, con le seguenti eccezioni: percorso oncologico; percorso diabetologico; accessi diretti; ricette agende di gravidanza; ricette prescritte da medici INPS e operanti in carcere; ricette prescritte da SERT, DMS, CONSULTORI e SINT Questa segnalazione sarà valida fino al 30 maggio 2015, dopo di che la segnalazione verrà modificata in controllo scartante	NO
<b>S16</b>	Incongruenza tra Codice Prestazione e codice Esenzione Patologia: vengono segnalate le ricette per le quali si riscontra l'incongruenza tra i codici prestazioni e il codice esenzione per patologia, riferimento all'allegato ALLEGATO B - Circolare n. 11932/DB2000 del 30 maggio 2014 – Solo per flusso C	NO

### 3.6 Paragrafo 6.5 - AVVISI ( Alert)

VERSIONE Attuale		
n.a.		
VERSIONE Attuale		
N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
<b>A01</b>	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA ( per tutti i flussi ): solo per le strutture pubbliche	I record inerenti a questa segnalazione verranno acquisiti a fini statici, mentre per quanto concerne l'eventuale valorizzazione si procederà secondo le indicazioni che verranno fornite dal competente Settore della Direzione Sanità
<b>A02</b>	Incongruenza tra Codice Fiscale e codice Esenzione: il codice fiscale non risulta attribuito in AURA al codice esenzione indicato in ricetta. Solo per flusso C	I record inerenti a questa segnalazione verranno acquisiti a fini statici, mentre per quanto concerne l'eventuale valorizzazione si procederà secondo le indicazioni che verranno fornite dal competente Settore della Direzione Sanità

### 3.7 Paragrafo 10 - TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

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

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
<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"> <li>- Codice STS11 per accesso diretto a Consultorio,</li> <li>- Valore “AD99999” per accesso diretto</li> <li>- Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero</li> </ul> <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"> <li>- Codice STS11: se il prescrittore è un consultorioper esami successivi all’accesso diretto</li> <li>- Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore</li> </ul> <p>Nel caso in cui il campo 57.0 è valorizzato con ‘M’ ovvero “ricette autoimpegnative in sostituzione di una ricetta SSN non prescritta correttamente” è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (fino al 30/06/2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codice regionale MMG</li> <li>- Codice regionale PLS</li> </ul> <p>Nel caso in cui il campo 57.0 è valorizzato con ‘Z’, ovvero altre tipologie non precedentemente segnalate, è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (campo 0.4):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “099999R”: in caso di ricette prescritte da medici inps o da quelli operanti nelle carceri;</li> <li>- Codice fiscale del medico: in caso di ricette prescritte in libera professione</li> <li>- “AG99999”: in caso dir ricette relative all’agenda di gravidanza</li> </ul>	<p>Modificato il controllo</p> <p>Nel caso in cui Campo “Tipo di Erogazione” sia valorizzato con ‘A’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codice STS11 per accesso diretto a Consultorio, SerT, DSM, SIMT</li> <li>- Valore “AD99999” per accesso diretto</li> <li>- Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero</li> <li>- Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell’accesso diretto</li> </ul> <p>Nel caso in cui Campo “Tipo di Erogazione” sia valorizzato con ‘D’ sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codice STS11: se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all’accesso diretto</li> <li>- Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore</li> <li>- Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione</li> <li>- Codice fiscale del medico specialista prescrittore</li> </ul> <p>Dalla competenza di aprile 2015 sarà ammissibile soltanto la tipologia: <b>Codice fiscale del medico specialista prescrittore</b></p> <p>Nel caso in cui il campo 57.0 sia valorizzato con ‘M’, ovvero “ricette autoimpegnative in sostituzione di una ricetta rossa SSN non prescritta correttamente”, è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codice regionale MMG</li> <li>- Codice regionale PLS</li> </ul> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “099999R”: in caso di ricette prescritte da medici inps o da quelli operanti nelle carceri;</li> <li>- Codice fiscale del medico: in caso di ricette</li> </ul>

	<p>prescritte in libera professione.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “AG99999”: in caso dir ricette relative all’agenda di gravidanza</li> </ul> <p>A paritre dalla competenza di aprile 2015, per le ricette rosse SSN il campo dovrà essere compilato con il codice regionale del medico presrittore,, mentre per le precrisioni dematerializzate il campo dovrà essere compilato con il codice fiscale del medico presrittore</p>
--	---

**4. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE TRACCIATO C – STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE/DEFINATIVAMENTE ACCREDITATE”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO**

Elenco modifiche

- Modificato Campo 13.0 Numero Ricetta
- Inserite le segnalazioni S13, S14, S15, S16

**4.1 Paragrafo 6 – SCHEDE ANALITICHE**

*4.1.1 Campo 13.0 – Numero Ricetta*

<b>VERSIONE Precedente</b>	<b>VERSIONE Attuale</b>
<p>Osservazioni e precisazioni Con l’adozione della nuova ricetta la lunghezza passa da 16 caratteri a 15; dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all’inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta; il numero ricetta va allineato a sinistra e il carattere rimanente compilato a spazio.</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><i>Modifica</i> La lunghezza del campo che ospita il codice del poligrafico della ricetta rossa 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 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</p> <p>Per impegnative prescritte in dematerializzata da MMG, PLS, medico ospedaliero (Ricetta DM 2 novembre 2011) è previsto il seguente schema: codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valor i ammessi tra 0 e 7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo)</p>

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

Con nota prot. n. 15420/D028/28.5 del 22.12.2006 è stata introdotta la segnalazione S06 – ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.U.R.

**4.2 Paragrafo 7.3 –SEGNALAZIONI (Warning)**

<b>VERSIONE Precedente</b>		
<b>N°</b>	<b>DESCRIZIONE CONTROLLI</b>	<b>BLOCCO</b>
<b>S01</b>	Ricetta Fuori Tempo Massimo	NO
<b>S02</b>	Cancellazione effettuata	NO
<b>S03</b>	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
<b>S06</b>	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.UR. (nel corso del 2014 la segnalazione verrà modificata in controllo scartante )	NO
<b>S07</b>	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA	NO
<b>S08</b>	nvio ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione monitoraggio spesa articolo 50	NO
<b>S09</b>	Modifica ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione Monitoraggio Spesa Art. 50.	NO
<b>S12</b>	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
<b>VERSIONE Attuale</b>		
<b>N°</b>	<b>DESCRIZIONE CONTROLLI</b>	<b>BLOCCO</b>
<b>S01</b>	Non più valido dal 01/01/2015	NO
<b>S02</b>	Cancellazione effettuata	NO
<b>S03</b>	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
<b>S06</b>	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.U.R: la ricetta viene segnalata all'ASL presso la quale presente il ricettario a magazzino non ancora assegnato in RUR	NO
<b>S07</b>	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA	NO
<b>S08</b>	Non più valido dal 01/01/2015	NO
<b>S09</b>	Non più valido dal 01/01/2015.	NO

<b>S12</b>	Incongruenza tra Codice Fiscale e codice Esenzione: il codice fiscale non risulta attribuito in AURA al codice esenzione indicato in ricetta. Solo per flusso C	NO
<b>S13</b>	Ricetta inviata oltre il termine di Primo invio previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta.	NO
<b>S14</b>	Ricetta inviata oltre il termine di Consolidamento previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta	NO
<b>S16</b>	Incongruenza tra Codice Prestazione e codice Esenzione Patologia: Segnalate le ricette per le quali è riscontrata la congruenza tra i codici prestazioni e il codice esenzione per patologia, riferimento all'allegato ALLEGATO B - Circolare n. 11932/DB2000 del 30 maggio 2014 – Solo per flusso C	NO

**5. ELENCO ELEMENTI DEL “DISCIPLINARE TECNICO DEL FLUSSO INFORMATIVI FARMACEUTICA -TRACCIATI RECORD D, F H”- OGGETTO DI AGGIORNAMENTO**

Elenco Modifiche

- Aggiornato Tracciato Consumo Ospedaliero
- Modificato Campo 13.0 Numero Ricetta
- Modificato Controllo LF7

**5.1 Paragrafo 4.7 – Tracciato Consumo Ospedaliero**

VERSIONE Precedente							
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
121.0	Prezzo Acquisto	N	8	86	94	Costo medio ponderato	OBB
VERSIONE Attuale							
Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Codice Azienda Inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB

03.1	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice ministeriale struttura HSP11-BIS o STS11.	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record H	OBB
119.0	Periodo Riferimento	N	8	34	41	Indica il periodo di riferimento del movimento	
15.0	Data di effettuazione della prestazione	AN	8	42	49	Indica la data di movimentazione del farmaco	OBB
120.0	Centro di costo	AN	18	50	67		OBB
28.0	Codice farmaco	AN	10	68	77		OBB
56.0	Unità misura	AN	2	78	79		OBB
	Filler	AN	6	80	85		NV
121.0	Prezzo Acquisto	N	8	86	94	Costo medio ponderato moltiplicato quantità	OBB
40.0	Tipo Movimento	AN	1	95	95		OBB
122.0	Quantità Consumata	N	10	96	105		OBB
123.0	Codice Anagrafica Magazzino Az	AN	20	106	125		NOB
	Filler	AN	25	126	150		

## 5.2 Paragrafo 5 – SCHEDE ANALITICHE

### 5.2.1 Campo 04.0 – Medico Prescrittore

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
<p><b>VALORI AMMESSI:</b> Codice Disciplina + codice progressivo unità operativa, codice medico</p>	<p><i>Modifica</i> <b>VALORI AMMESSI:</b> Codice Disciplina + codice progressivo unità operativa, codice medico, Codice fiscale del medico prescrittore del farmaco</p>
<p><b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b> <b>Per il tracciato ANAG per flusso F ad eccezione delle ricette del SSN per la distribuzione per conto:</b> valorizzare con codice del medico regionale oppure con il Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa oppure con il Codice Fiscale del medico prescrittore. Nel corso dell'anno dell'ambito della rilevazione il campo del codice medico prescrittore <b>VALORI AMMESSI:</b> “Codice Disciplina + codice progressivo unità operativa, codice medico,</p>	<p><b>Per il tracciato ANAG per flusso F, ad eccezione delle ricette del SSN per la distribuzione per conto:</b> valorizzare con codice del medico regionale oppure con il Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa, oppure con il Codice Fiscale del medico prescrittore. <b>VALORI AMMESSI:</b> “Codice Disciplina + codice progressivo unità operativa, codice medico, Codice fiscale del medico prescrittore del farmaco. Si precisa che nel corso dell'anno 2015 il codice fiscale diventerà obbligatorio per le tipologie 03,06,07,10,33</p>

### 5.2.2 Campo 13.0 – Numero Ricetta

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
<p>Osservazioni e precisazioni La lunghezza della ricetta SSN è di 15 caratteri; dal</p>	<p><i>Modifica</i> La lunghezza del campo che ospita il codice del</p>

<p>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"> <li>- 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</li> <li>- per ricette SASN: "001" oppure "002" + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank</li> </ul> <p>Per <u>impegnative interne o accesso diretto</u> del paziente il campo deve essere compilato con un numero univoco nell'ambito</p> <p>Agli schemi descritti viene applicata la validazione formale del campo; se il formato non viene rispettato la ricetta sarà scartata.</p> <p><b>Per il tracciato F</b> : 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.</p>	<p>poligrafico della ricetta rossa 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 ricette rosse SSN: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank</p> <p>Per ricette rosse SASN: "001" oppure "002" + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank</p> <p>Per impegnative prescritte in dematerializzata da MMG,PLS, medico ospedaliero (DM 2 novembre 2011) è previsto il seguente schema:          codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e 7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo)</p> <p><b>Per il tracciato F</b> : Nel caso di distribuzione per conto, riportare il numero della ricetta rossa SSN, compilato secondo le regole di 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.</p>
---	---

5.2.3 Campo 122.0– *Quantità Consumata*

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
n.a	<p><i>Modifica</i>  <b>DESCRIZIONE CAMPO</b>                      Da riportare quantità di farmaco consumata nell'ambito del flusso dei consumi                      VALORI AMMESSI: NNNNNNN,NN</p> <p><b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>                      Il formato degli importi deve essere NNNNNNN,NN                      In caso di importo negativo il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNNNN,NN)</p>

5.2.4 Campo 123.0– *Codice Anagrafica Magazzino Az*

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
n.a	<p><i>Modifica</i>  <b>DESCRIZIONE CAMPO</b></p>

	Indicare il codice di anagrafica interno del prodotto a magazzino VALORI AMMESSI: Alfanumerici
--	---

### 5.3 Paragrafo 6.1 – Controlli Logici

#### 5.3.1 Controllo LF7

VERSIONE Precedente	VERSIONE Attuale
<p><b>Congruenza tra campo targatura, codice farmaco, quantità erogata e unità di misura</b>                      Nel caso in cui si valorizzata 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 puo’ essere ripetuto su più righe.</p>	<p><b>Congruenza tra campo targatura, codice farmaco, quantità erogata e unità di misura</b>                      Nel caso in cui venga valorizzata l’unità di misura 01 – Confezioni/Scatole, allora il campo targatura deve essere compilato con le le seguenti modalità:                      -codice farmaco: deve essere un MinSan, ovvero farmaco provvisto di codifica AIC)                      -la quantità erogata deve essere valorizzata con 1</p> <p>Nel caso in cui venga valorizzata la targatura, lo stesso codice farmaco puo’ essere ripetuto su più righe.</p>

**6. “DISCIPLINARE TECNICO SISM – FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE PER IL  
MONITORAGGIO E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ATTIVITÀ TERRITORIALE,  
RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE” OGGETTO DI REVISIONE**

**6.1 Cronologia variazioni**

<b>DATA</b>	<b>VARIAZIONE</b>
24/11/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserito nuovo campo 75.0 per ANAGRS CONTRS PRESTR PRESTS;</li> <li>- Controllo L31: nuovo inserimento;</li> <li>- Controllo L32: nuovo inserimento;</li> <li>- Aggiornato paragrafo Generalità;</li> <li>- Aggiornato paragrafo Contesto di riferimento;</li> <li>- Campo 32.0 (Diagnosi di chiusura) aggiornate descrizione valori ammessi;</li> <li>- Controllo L06: aggiornato controllo;</li> <li>- Controllo N02: aggiornato controllo;</li> <li>- Controllo N03: aggiornato controllo;</li> <li>- Controllo N06: aggiornato controllo;</li> <li>- Controllo N07: aggiornato controllo;</li> <li>- Controllo N08: aggiornato controllo;</li> <li>- Controllo N10: aggiornato controllo;</li> <li>- Controllo S07: aggiornato controllo;</li> <li>- Controllo S08: aggiornato controllo;</li> <li>- Campo 12.0, 13.0, 14.0, 15.0, 17.0, 18.0, 19.0, 20.0, 21.0, 22.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> </ul>
14/05/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rimossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni;</li> <li>- Aggiornato elenco Acronimi, sigle ed abbreviazioni;</li> <li>- Aggiornato paragrafo Controlli logici e normativi;</li> <li>- Aggiornato paragrafo Tracciati record;</li> <li>- Aggiornato paragrafo Codifica Identificativo dell'Assistito;</li> <li>- Aggiornato paragrafo Modalità di movimentazione dei dati;</li> <li>- Aggiornato paragrafo Tabella controlli logici-normativi;</li> <li>- Aggiunto paragrafo Periodo di competenza;</li> <li>- Campo 06.0 eliminato controllo N03;</li> <li>- Campi 09.0, 11.0, 28.0, 35.0, 37.0, 47.0: corretto refuso su tipo campo;</li> <li>- Campo 16.0: corretto refuso su tipo e lunghezza campo;</li> <li>- Campo 23.0 (Codice struttura) : modificato valore di “Tabelle di riferimento”;</li> <li>- Campo 25.0: corretto refuso su condizione di obbligatorietà campo;</li> <li>- Campo 26.0, 58.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campi 27.0, 32.0 e 39.0 : aggiornato contenuto “Osservazioni e precisazioni”</li> <li>- Campo 30.0: aggiornata descrizione valori ammessi;</li> <li>- Campo 31.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L22, aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 32.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L23, aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 33.0: aggiornata condizione di obbligatorietà, applicato nuovo controllo L24, aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 40.0 (Tipo Intervento): modificato tipo da numero ad alfanumerico;</li> <li>- Campo 48.0: corretto refuso su tipo campo, applicato nuovo controllo L21;</li> <li>- Campo 49.0: applicato nuovo controllo L21, aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Controllo L11: aggiornate prescrizioni controllo;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Controlli L21, L22, L23, L24: nuovo inserimento.</li><li>- Controllo L03: modificato controllo;</li><li>- Aggiornati riferimenti normativi: [R6]</li><li>- Controllo N01: applicato nuovo procedimento di controllo;</li><li>- Controllo N03: aggiornato e diviso in due controlli distinti (N03+N10);</li><li>- Controllo N10: aggiunto controllo (parte del controllo N03);</li><li>- Controllo L07: eliminato controllo;</li><li>- Controllo L08: eliminato controllo;</li><li>- Segnalazione S01: aggiornata segnalazione;</li><li>- Segnalazione S02, S03: applicato nuovo procedimento di segnalazione;</li><li>- Segnalazione S07: nuovo inserimento.</li><li>- Segnalazione S08: nuovo inserimento.</li></ul>
17/06/2013	Versione iniziale del documento

## **6.2 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO**

### *6.2.1 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.

### **6.3 Generalità**

#### *6.3.1 Acronimi, sigle ed abbreviazioni*

A	= ALFABETICO
AIC	= Area Interaziendale di Coordinamento
AN	= ALFANUMERICO
AO	= AZIENDA OSPEDALIERA
AOU	= AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
ARPE	= Archivio Regionale Punti Erogazione
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 sociali)	= Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle	Politiche
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	
OSS	= Operatore Socio-Sanitario	
OTA	= Operatore Tecnico-Assistenziale	
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	
TERP	= Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica	
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	= <i>eXtensible Markup Language</i>	
XSD	= <i>XML Schema Definition</i>	

## **6.4 RIFERIMENTI NORMATIVI**

### *6.4.1 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.

### *6.4.2 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. 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”.

La delibera [R5] stabilisce la previsione di modalità di autorizzazione, vigilanza e obbligatorio accreditamento per colmare il vuoto legislativo inerente ai Gruppi Appartamento.

#### 6.4.3 CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il DM [D1] 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

#### 6.4.4 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 ASL Ospitante** (nel caso in cui l'assistito sia stato ricoverato presso una diversa ASL rispetto a quella da cui è stato preso in carico)
- **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).

## **6.5 REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE**

### **6.5.1 *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)***

#### 6.6.1 *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.

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.

Per quanto riguarda i tracciati residenziali e semiresidenziali sarà necessario indicare il Codice ASL ospitante anche nel caso di modifiche e/o cancellazioni di periodi antecedenti al II semestre 2014.

#### 6.6.2 *Sistema dei controlli*

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

##### 6.6.2.1 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, ... )

##### 6.6.2.2 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.

### 6.6.2.3 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 degli errori rilevati; i record errati potranno essere nuovamente inviati dall'Azienda al Sistema di Monitoraggio regionale entro la scadenza prevista.

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 e 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 e non siano stati precedentemente validati ed acquisiti dal sistema di monitoraggio regionale.

**N.B. 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.**

### 6.6.3 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 inoltrati al Sistema di Monitoraggio ministeriale 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.

**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. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 [R6].**

#### *6.6.4 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 esser valorizzati i campi “Anno di riferimento” e “Periodo di riferimento” dei relativi Anagrafica e Contatto.

#### *6.6.5 Monitoraggio degli invii*

Il conferimento dei dati relativi al flusso SISM 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).

Rientrano tra i criteri di monitoraggio per la valutazione dell'adempienza regionale:

- trasmissioni dei dati riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- trasmissioni dei dati riferite a tutte le aziende sanitarie della Regione tenute all'invio dei flussi SISM.

## **6.7 ALLEGATI**

### *6.7.1 Tracciati record*

#### 6.7.1.1 Premessa

Il flusso informativo delle attività di Salute Mentale relativo al Territorio (SMT-RP) è costituito da tre tracciati:

1. **Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGT):** contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione,
2. **Tracciato “Dati di Contatto” (CONTT):** contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione,
3. **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 quattro tracciati:

4. **Tracciato “Dati anagrafici” (ANAGRS):** contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell’utente oggetto della rilevazione,
5. **Tracciato “Dati di Contatto” (CONTRS):** contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell’utente oggetto della rilevazione,
6. **Tracciato “Dati di Prestazioni Residenziali” (PRESTR):** contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute in ambito residenziale dall’utente oggetto della rilevazione.
7. **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 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.

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.

#### 6.7.1.2 Codifica Identificativo dell’assistito

In tutte 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 "Regione Residenza", "Provincia e Comune o Stato estero di residenza", "Codice ASL Residenza", "Identificativo assistito", "Cognome", "Nome" "Data di nascita", "Sesso", "Provincia e Comune o Stato estero di nascita", "Cittadinanza" i valori opportuni ed i codici appropriati;
  - per i **cittadini senza fissa dimora o che risiedano 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 "Regione Residenza", "Provincia e Comune o Stato estero di residenza", "Codice ASL Residenza", "Cognome", "Nome" "Data di nascita", "Sesso", "Provincia e Comune o Stato estero di nascita", "Cittadinanza" i valori opportuni ed i codici appropriati.

### 6.7.1.3 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).

6.7.2 Flusso salute mentale Territorio (SMT-RP)

6.7.2.1 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
<b>Dati identificativi della scheda</b>						
01.0	<b>Anno di riferimento</b>	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	<b>Codice Regione</b>	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di riferimento</b>	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	NS
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
<b>Campo tecnico</b>						
06.0	<b>Tipo movimento</b>	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
<b>Dati assistito</b>						
07.0	<b>Identificativo AURA</b>	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
08.0	<b>Titolo di Studio</b>	N	1	Titolo di studio conseguito dall'assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione	NBB	NS
09.0	<b>Codice Professionale</b>	AN	2	Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione	NBB	NS
10.0	<b>Collocazione Socio Ambientale</b>	N	1	Indica la collocazione socio-ambientale dell'assistito al momento della rilevazione	NBB	NS
11.0	<b>Stato civile</b>	N	1	Stato civile dell'assistito	NBB	NS
<b>Dati integrativi assistito<sup>0F1</sup></b>						
12.0	<b>Regione di Residenza</b>	AN	3	Individua la Regione di residenza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione	CON	NS
13.0	<b>Provincia e Comune</b>	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di	CON	RP

<sup>1</sup> Da compilare in assenza di Identificativo AURA.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
	<b>o Stato estero di residenza</b>			residenza dell'assistito		
14.0	<b>Codice ASL di residenza</b>	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale nel cui ambito territoriale risiede l'assistito	CON	NS
<b>Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA</b>						
15.0	<b>Codice fiscale</b>	AN	16	Codice fiscale dell'assistito	CON	RP
16.0	<b>Identificativo Assistito</b>	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
17.0	<b>Cognome</b>	A	50	Cognome dell'assistito	CON	RP
18.0	<b>Nome</b>	A	50	Nome dell'assistito	CON	RP
19.0	<b>Data di nascita</b>	D	8	Data di nascita dell'assistito	CON	RP
20.0	<b>Sesso</b>	N	1	Sesso dell'assistito	CON	RP
21.0	<b>Provincia e comune o stato estero di nascita</b>	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di nascita dell'assistito	CON	RP
22.0	<b>Cittadinanza</b>	A	2	Cittadinanza dell'assistito	CON	RP
<b>Campo tecnico</b>						
61.0	<b>Tipo flusso</b>	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	<b>Anno di riferimento</b>
02.0	<b>Codice Regione</b>
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria</b>
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>
07.0	<b>Identificativo AURA1F<sup>2</sup></b>
15.0	<b>Codice fiscale2F<sup>3</sup></b>
16.0	<b>Identificativo Assistito3F<sup>4</sup></b>

<sup>2</sup> Alternativo a Codice fiscale e Identificativo Assistito

<sup>3</sup> Alternativo all'Identificativo AURA

<sup>4</sup> Alternativo all'Identificativo AURA



6.7.2.2 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
<b>Dati identificativi della scheda</b>						
01.0	<b>Anno di riferimento</b>	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
02.0	<b>Codice Regione</b>	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	<i>OBB</i>	NS
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	<i>OBB</i>	NS
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	<i>OBB</i>	NS
23.0	<b>Codice Struttura</b>	AN	8	Codice STS11 della Struttura di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
<b>Punto di erogazione</b>						
24.0	<b>Matricola Unità Produttiva</b>	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
<b>Campo tecnico</b>						
06.0	<b>Tipo movimento</b>	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	<i>OBB</i>	RP
<b>Dati assistito</b>						
07.0	<b>Identificativo AURA</b>	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	<i>CON</i>	RP
<b>Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA</b>						
16.0	<b>Identificativo Assistito</b>	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA, univoco nell'ambito del DSM.	<i>CON</i>	RP
<b>Dati del Contatto</b>						
25.0	<b>Identificativo Contatto</b>	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	<i>OBB</i>	NS
26.0	<b>Data Apertura Scheda Paziente</b>	D	8	Data di apertura della scheda del paziente.	<i>OBB</i>	NS
27.0	<b>Diagnosi Apertura</b>	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente quando ha inizio l'episodio di cura.	<i>OBB</i>	NS
28.0	<b>Presenza Piano Terapeutico</b>	N	1	Indica la presenza di un Piano terapeutico	<i>NBB</i>	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
29.0	<b>Precedenti Contatti</b>	AN	1	Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.	<i>OBB</i>	NS
30.0	<b>Inviante per primo Contatto</b>	N	1	Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata.	<i>OBB</i>	NS
31.0	<b>Data Chiusura Scheda Paziente</b>	D	8	Indica la data di chiusura della scheda del paziente per la conclusione dell'episodio di cura.	CON	NS
32.0	<b>Diagnosi Chiusura</b>	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura.	CON	NS
33.0	<b>Modalità Conclusione</b>	AN	1	Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura.	CON	NS
<b>CONTRIBUTI ECONOMICI AL PAZIENTE (Sezione ripetibile)</b>						
34.0	<b>Data inizio contributo</b>	D	8	Data inizio contributo economico all'assistito	<i>NBB</i>	RP
35.0	<b>Motivo erogazione contributo</b>	N	1	Motivo erogazione contributo all'assistito	<i>CON</i>	RP
36.0	<b>Data cessazione contributo</b>	D	8	Data cessazione contributo economico all'assistito	<i>NBB</i>	RP
37.0	<b>Motivo cessazione contributo</b>	N	1	Motivo cessazione contributo all'assistito	<i>CON</i>	RP
<b>Campo tecnico</b>						
61.0	<b>Tipo flusso</b>	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	<b>Anno di riferimento</b>
02.0	<b>Codice Regione</b>
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>
23.0	<b>Codice Struttura</b>
07.0	<b>Identificativo AURA4F<sup>5</sup></b>
16.0	<b>Identificativo Assistito5F<sup>6</sup></b>

<sup>5</sup> Alternativo all'Identificativo Assistito

<sup>6</sup> Alternativo all'Identificativo AURA

25.0

**Identificativo Contatto**

6.7.2.3 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
<b>Dati identificativi della scheda</b>						
01.0	<b>Anno di riferimento</b>	N	4	Indica l’anno a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
02.0	<b>Codice Regione</b>	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	<i>OBB</i>	NS
03.0	<b>Periodo di riferimento</b>	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>	AN	3	Identifica l’azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	<i>OBB</i>	NS
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell’ambito dell’ASL.	<i>OBB</i>	NS
23.0	<b>Codice Struttura</b>	AN	8	Codice STS11 della Struttura di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
<b>Punto di erogazione</b>						
24.0	<b>Matricola Unità Produttiva</b>	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
<b>Dati assistito</b>						
07.0	<b>Identificativo AURA</b>	N	10	Codice identificativo dell’assistito nel sistema regionale AURA-TS.	<i>CON</i>	RP
<b>Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA</b>						
16.0	<b>Identificativo Assistito</b>	AN	10	Identificativo dell’assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell’ambito del DSM.	<i>CON</i>	RP
<b>Dati del Contatto</b>						
25.0	<b>Identificativo Contatto</b>	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	<i>OBB</i>	NS
<b>Campo tecnico</b>						
06.0	<b>Tipo movimento</b>	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	<i>OBB</i>	RP
<b>Dati della Prestazione</b>						
38.0	<b>Progressivo Prestazioni Contatto</b>	N	5	Indica il numero progressivo di interventi di uno stesso contatto.	<i>OBB</i>	NS
39.0	<b>Data Intervento</b>	D	8	Indica la data in cui viene erogato l’intervento.	<i>OBB</i>	NS

<b>N° scheda</b>	<b>Nome campo</b>	<b>Tipo</b>	<b>Lun</b>	<b>Descrizione</b>	<b>OBB</b>	<b>NSIS / RP</b>
40.0	<b>Tipo Intervento</b>	AN	2	Indica il tipo di intervento territoriale erogato dalla struttura.	<i>OBB</i>	NS
41.0	<b>Modalità di Erogazione dell'intervento</b>	N	1	Indica se l'intervento è programmato o meno.	<i>OBB</i>	NS
42.0	<b>Sede Intervento</b>	N	1	Indica la sede in cui, o a partire dalla quale si eroga l'intervento.	<i>OBB</i>	NS
43.0	<b>Operatore 1</b>	N	1	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	<i>OBB</i>	NS
44.0	<b>Operatore 2</b>	N	1	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	<i>NBB</i>	NS
45.0	<b>Operatore 3</b>	N	1	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	<i>NBB</i>	NS
46.0	<b>Durata della prestazione</b>	N	2	Durata della prestazione erogata dal gruppo di operatori intervenuti.	<i>NBB</i>	RP
47.0	<b>Proposta di TSO</b>	N	1	Indica la presenza di una proposta di TSO.	<i>NBB</i>	RP
<b>Dati Ricetta</b>						
48.0	<b>Prestazione erogata con ricetta</b>	N	1	Indica sulla base di quale tipo di ricetta sia stata erogata la prestazione.	<i>NBB</i>	RP
49.0	<b>Numero ricetta</b>	N	15	Numero di ricetta in base alla quale sia stata erogata la prestazione. Boh, io	<i>CON</i>	RP
<b>Campo tecnico</b>						
61.0	<b>Tipo flusso</b>	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:

<b>N° scheda</b>	<b>Nome campo</b>
01.0	<b>Anno di riferimento</b>
02.0	<b>Codice Regione</b>
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>
23.0	<b>Codice Struttura</b>
07.0	<b>Identificativo AURA6F<sup>7</sup></b>

<sup>7</sup> Alternativo all'Identificativo Assistito

16.0	<b>Identificativo Assistito7F<sup>8</sup></b>
25.0	<b>Identificativo Contatto</b>
38.0	<b>Progressivo Prestazioni Contatto</b>
39.0	<b>Data Intervento</b>

---

<sup>8</sup> Alternativo all'Identificativo AURA

Flusso salute mentale Residenziale e Semiresidenziale (SMRS-RP)

6.7.2.4 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
<b>Dati identificativi della scheda</b>						
01.0	<b>Anno di riferimento</b>	N	4	Indica l’anno a cui si riferisce la rilevazione.	<i>OBB</i>	NS
02.0	<b>Codice Regione</b>	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura.	<i>OBB</i>	NS
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione.	<i>OBB</i>	NS
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di riferimento</b>	AN	3	Identifica l’azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio.	<i>OBB</i>	RP
75.0	<b>Codice Azienda Sanitaria ospitante</b>	AN	3	Identifica l’azienda sanitaria locale che ha la competenza territoriale rispetto alla struttura	<i>OBB</i>	NS
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell’ambito dell’ASL.	<i>OBB</i>	NS
<b>Campo tecnico</b>						
06.0	<b>Tipo movimento</b>	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	<i>OBB</i>	NS
<b>Dati assistito</b>						
07.0	<b>Identificativo AURA</b>	N	10	Codice identificativo dell’assistito nel sistema regionale AURA-TS.	<i>CON</i>	RP
08.0	<b>Titolo di Studio</b>	N	1	Titolo di studio conseguito dall’assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione	<i>NBB</i>	NS
09.0	<b>Codice Professionale</b>	AN	2	Indica il codice dell’attività Professionale dell’utente oggetto della rilevazione	<i>NBB</i>	NS
10.0	<b>Collocazione Socio Ambientale</b>	N	1	Indica la collocazione socio-ambientale dell’assistito al momento della rilevazione	<i>NBB</i>	NS
11.0	<b>Stato civile</b>	N	1	Stato civile dell’assistito	<i>NBB</i>	NS
<b>Dati integrativi assistito<sup>8F</sup></b>						
12.0	<b>Regione di Residenza</b>	AN	3	Individua la Regione di residenza	<i>CON</i>	NS

<sup>9</sup> Da compilare in assenza di Identificativo AURA.

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
				dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione		
13.0	<b>Provincia e Comune o Stato estero di residenza</b>	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di residenza dell'assistito	CON	RP
14.0	<b>Codice ASL di residenza</b>	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale nel cui ambito territoriale risiede l'assistito	CON	NS
<b>Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA</b>						
15.0	<b>Codice fiscale</b>	AN	16	Codice fiscale dell'assistito	CON	RP
16.0	<b>Identificativo Assistito</b>	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	NS
17.0	<b>Cognome</b>	A	50	Cognome dell'assistito	CON	RP
18.0	<b>Nome</b>	A	50	Nome dell'assistito	CON	RP
19.0	<b>Data di nascita</b>	D	8	Data di nascita dell'assistito	CON	RP
20.0	<b>Sesso</b>	N	1	Sesso dell'assistito	CON	RP
21.0	<b>Provincia e comune o stato estero di nascita</b>	AN	6	Provincia e Comune o Stato estero di nascita dell'assistito	CON	RP
22.0	<b>Cittadinanza</b>	A	2	Cittadinanza dell'assistito	CON	RP
<b>Campo tecnico</b>						
61.0	<b>Tipo flusso</b>	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	<b>Anno di riferimento</b>
02.0	<b>Codice Regione</b>
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria</b>
75.0	<b>Codice Azienda Sanitaria Ospitante</b>
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>

07.0	<b>Identificativo AURA</b> <sup>10</sup>
15.0	<b>Codice fiscale</b> <sup>11</sup>
16.0	<b>Identificativo Assistito</b> <sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Alternativo a Codice fiscale e Identificativo Assistito

<sup>11</sup> Alternativo a Identificativo AURA

<sup>12</sup> Alternativo a Identificativo AURA

---

6.7.3.1 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
<b>Dati identificativi della scheda</b>						
01.0	<b>Anno di riferimento</b>	N	4	Indica l’anno a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
02.0	<b>Codice Regione</b>	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	<i>OBB</i>	NS
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>	AN	3	Identifica l’azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	<i>OBB</i>	RP
75.0	<b>Codice Azienda Sanitaria ospitante</b>	AN	3	Identifica l’azienda sanitaria locale che ha la competenza territoriale rispetto alla struttura	<i>OBB</i>	NS
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell’ambito dell’ASL.	<i>OBB</i>	NS
23.0	<b>Codice Struttura</b>	AN	8	Codice STS11 della Struttura di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
<b>Punto di erogazione</b>						
24.0	<b>Matricola Unità Produttiva</b>	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
<b>Campo tecnico</b>						
06.0	<b>Tipo movimento</b>	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	<i>OBB</i>	RP
<b>Dati assistito</b>						
07.0	<b>Identificativo AURA</b>	N	10	Codice identificativo dell’assistito nel sistema regionale AURA-TS.	<i>CON</i>	RP
<b>Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA</b>						
16.0	<b>Identificativo Assistito</b>	AN	10	Identificativo dell’assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell’ambito del DSM.	<i>CON</i>	RP
<b>Dati del Contatto</b>						
25.0	<b>Identificativo Contatto</b>	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	<i>OBB</i>	NS
26.0	<b>Data Apertura Scheda Paziente</b>	D	8	Data di apertura della scheda del paziente.	<i>OBB</i>	NS
27.0	<b>Diagnosi Apertura</b>	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente quando ha	<i>OBB</i>	NS

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
				inizio l'episodio di cura.		
29.0	<b>Precedenti Contatti</b>	AN	1	Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.	<i>OBB</i>	NS
30.0	<b>Inviante per primo Contatto</b>	N	1	Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata.	<i>OBB</i>	NS
31.0	<b>Data Chiusura Scheda Paziente</b>	D	8	Indica la data di chiusura della scheda del paziente per la conclusione dell'episodio di cura.	<i>NBB</i>	NS
32.0	<b>Diagnosi Chiusura</b>	AN	5	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura.	<i>NBB</i>	NS
33.0	<b>Modalità Conclusione</b>	AN	1	Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura.	<i>NBB</i>	NS
<b>Tariffa giornaliera di acquisto prestazione (evento ripetibile nel tempo)</b>						
50.0	<b>Data inizio validità tariffa</b>	D	8	Data inizio validità della ripartizione in quote indicata	<i>NBB</i>	RP
51.0	<b>Quota sanitaria</b>	AN	7	Quota giornaliera a carico del DSM	<i>NBB</i>	RP
52.0	<b>Quota sociale</b>	AN	7	Quota alberghiera giornaliera a carico dell'ente gestore dei servizi sociali	<i>NBB</i>	RP
53.0	<b>Quota assistito</b>	AN	7	Quota alberghiera giornaliera a carico dell'assistito o dei familiari dell'assistito	<i>NBB</i>	RP
54.0	<b>Altre quote</b>	AN	7	Altre quote a carico dell'ASL	<i>NBB</i>	RP
55.0	<b>Data fine validità tariffa</b>	D	8	Data fine validità della ripartizione in quote indicata	<i>NBB</i>	RP
<b>Campo tecnico</b>						
61.0	<b>Tipo flusso</b>	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	<b>Anno di riferimento</b>
02.0	<b>Codice Regione</b>
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>
75.0	<b>Codice Azienda Sanitaria Ospitante</b>
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>
23.0	<b>Codice Struttura</b>

07.0	<b>Identificativo AURA</b> 12F <sup>13</sup>
16.0	<b>Identificativo Assistito</b> 13F <sup>14</sup>
25.0	<b>Identificativo Contatto</b>

### 6.7.3.2 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
<b>Dati identificativi della scheda</b>						
01.0	<b>Anno di riferimento</b>	N	4	Indica l’anno a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
02.0	<b>Codice Regione</b>	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	<i>OBB</i>	NS
03.0	<b>Periodo di riferimento</b>	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	<i>OBB</i>	NS
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>	AN	3	Identifica l’azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	<i>OBB</i>	RP
75.0	<b>Codice Azienda Sanitaria ospitante</b>	AN	3	Identifica l’azienda sanitaria locale che ha la competenza territoriale rispetto alla struttura	<i>OBB</i>	NS
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell’ambito dell’ASL.	<i>OBB</i>	NS
23.0	<b>Codice Struttura</b>	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.	<i>OBB</i>	RP
<b>Punto di erogazione</b>						
24.0	<b>Matricola Unità Produttiva</b>	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	<i>OBB</i>	RP
<b>Dati assistito</b>						
07.0	<b>Identificativo AURA</b>	N	10	Codice identificativo dell’assistito nel sistema regionale AURA-TS.	<i>CON</i>	RP
<b>Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA</b>						
16.0	<b>Identificativo</b>	AN	10	Identificativo dell’assistito privo di	<i>CON</i>	RP

<sup>13</sup> Alternativo all’Identificativo Assistito

<sup>14</sup> Alternativo all’Identificativo AURA

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
	<b>Assistito</b>			Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.		
<b>Dati del Contatto</b>						
25.0	<b>Identificativo Contatto</b>	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	OBB	NS
<b>Campo tecnico</b>						
06.0	<b>Tipo movimento</b>	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP
<b>Dati della Prestazione</b>						
56.0	<b>Data Ammissione</b>	D	8	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene ammesso nella struttura residenziale.	OBB	NS
57.0	<b>Tipo Struttura Residenziale</b>	AN	1	Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento.	OBB	NS
58.0	<b>Data Dimissione</b>	D	8	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene dimesso dalla struttura residenziale.	NBB	NS
<b>Campo tecnico</b>						
61.0	<b>Tipo flusso</b>	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	<b>Anno di riferimento</b>
02.0	<b>Codice Regione</b>
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>
75.0	<b>Codice Azienda Sanitaria Ospitante</b>
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>
23.0	<b>Codice Struttura</b>
07.0	<b>Identificativo AURA<sup>15</sup></b>
16.0	<b>Identificativo Assistito<sup>15</sup><sup>16</sup></b>

<sup>15</sup> Alternativo all'Identificativo Assistito

<sup>16</sup> Alternativo all'Identificativo AURA

25.0	<b>Identificativo Contatto</b>
56.0	<b>Data Ammissione</b>

6.7.4.1 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
<b>Dati identificativi della scheda</b>						
01.0	<b>Anno di riferimento</b>	N	4	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
02.0	<b>Codice Regione</b>	AN	3	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	OBB	NS
03.0	<b>Periodo di riferimento</b>	AN	2	Indica il semestre a cui si riferisce la rilevazione	OBB	NS
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale in cui è sito il Servizio	OBB	RP
75.0	<b>Codice Azienda Sanitaria ospitante</b>	AN	3	Identifica l'azienda sanitaria locale che ha la competenza territoriale rispetto alla struttura	OBB	NS
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>	AN	3	Identificativo del dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione, univoco nell'ambito dell'ASL.	OBB	NS
23.0	<b>Codice Struttura</b>	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
<b>Punto di erogazione</b>						
24.0	<b>Matricola Unità Produttiva</b>	AN	6	Codice Matricola del punto di erogazione.	OBB	RP
<b>Dati assistito</b>						
07.0	<b>Identificativo AURA</b>	N	10	Codice identificativo dell'assistito nel sistema regionale AURA-TS.	CON	RP
<b>Dati identificativi assistito privo di identificativo AURA</b>						
16.0	<b>Identificativo Assistito</b>	AN	10	Identificativo dell'assistito privo di Identificativo AURA o Codice fiscale, univoco nell'ambito del DSM.	CON	RP
<b>Dati del Contatto</b>						
25.0	<b>Identificativo Contatto</b>	N	14	Identificativo univoco del Contatto.	OBB	NS
<b>Campo tecnico</b>						
06.0	<b>Tipo movimento</b>	A	1	Campo tecnico utilizzato per distinguere tra invii di informazioni nuove, modificate o cancellate.	OBB	RP

N° scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Descrizione	OBB	NSIS / RP
<b>Dati della Prestazione</b>						
39.0	<b>Data Intervento</b>	D	8	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui si verifica la presenza SemiResidenziale.	OBB	NS
59.0	<b>Tipo Struttura SemiResidenziale</b>	AN	1	Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento.	OBB	NS
60.0	<b>Modalità di Presenza</b>	AN	1	Indica il tipo di presenza semiresidenziale.	OBB	NS
<b>Campo tecnico</b>						
61.0	<b>Tipo flusso</b>	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	<b>Anno di riferimento</b>
02.0	<b>Codice Regione</b>
03.0	<b>Periodo di Riferimento</b>
04.0	<b>Codice Azienda Sanitaria di Riferimento</b>
75.0	<b>Codice Azienda Sanitaria Ospitante</b>
05.0	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>
23.0	<b>Codice Struttura</b>
07.0	<b>Identificativo AURA16F<sup>17</sup></b>
16.0	<b>Identificativo Assistito17F<sup>18</sup></b>
25.0	<b>Identificativo Contatto</b>
39.0	<b>Data Intervento</b>

<sup>17</sup> Alternativo all'Identificativo Assistito

<sup>18</sup> Alternativo all'Identificativo AURA

## 6.7.5 Le schede analitiche

### 6.7.5.1 Premessa

Ad ogni informazione richiesta corrisponde una scheda descrittiva articolata nei seguenti quadri:

<b>Tracciato</b>	Riporta il codice del tracciato a cui la scheda si riferisce
<b>Modalità</b>	Può essere: <b>OBBLIGATORIO</b> , <b>FACOLTATIVO</b> o <b>CONDIZIONATO</b> , come riportato nel tracciato record.
<b>Nome del campo</b>	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna della tabella tracciato record.
<b>N. Scheda rif.°</b>	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record.
<b>Descrizione del campo</b>	Attribuisce un significato univoco al nome del campo.
<b>Correttezza formale</b>	Contiene quattro righe così articolate: <b>LUNGHEZZA:</b> numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.  <b>FORMATO:</b> definisce il campo quale <i>alfabetico</i> , od <i>alfanumerico</i> , o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.  <b>VALORI AMMESSI:</b> espone i <b>sol</b> i valori fra cui scegliere l'informazione corretta.  <b>TABELLE DI RIFERIMENTO:</b> 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.
<b>Controlli applicati</b>	Nel quadro "controlli applicati" sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli logici in cui è coinvolto il campo specifico.
<b>Osservazioni e precisazioni</b>	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico del tracciato.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
<b>ANAGT</b>	<b>OBB</b>	<b>Anno di Riferimento</b>	<b>01.0</b>
<b>CONTT</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTT</b>	<b>OBB</b>		
<b>ANAGRS</b>	<b>OBB</b>		
<b>CONTRS</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTR</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTS</b>	<b>OBB</b>		

#### **DESCRIZIONE CAMPO**

Indica l'anno cui si riferisce la rilevazione.

#### **CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AAAA

VALORI AMMESSI: 2012 - 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 all'interno del file di invio.

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.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

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.

S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

L32 – Data apertura scheda paziente maggiore del 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 all'interno del file di invio..

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.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

S07 – Contatti aperti su stessa struttura.

S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

#### 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 all'interno del file di invio..

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.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

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.

S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

L32 – Data apertura scheda paziente maggiore del 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 all'interno del file di invio..

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.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

S07 – Contatti aperti su stessa struttura.

S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**ANAGT e ANAGRS**

È l'ASL che prende in carico e inserisce il Soggetto nella Struttura territoriale o residenziale/semiresidenziale.

**CONTT, PRESTT, 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.°
ANAGRS	OBB	Codice Azienda Sanitaria Ospitante	75.0
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice dell'Azienda Sanitaria che ospita territorialmente la struttura dove viene erogata la prestazione. Può coincidere con l'azienda Sanitaria di riferimento

**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 all'interno del file di invio..

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.  
N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.  
S07 – Contatti aperti su stessa struttura.  
S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.  
L31 – Struttura associata ad ASL ospitante errata

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

##### **ANAGRS CONTRS, PRESTR, PRESTS**

È l'ASL che ha in carico territorialmente l'assistito. Può coincidere con la azienda sanitaria di riferimento.

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.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
<b>ANAGT</b>	<b>OBB</b>	<b>Codice Dipartimento Salute Mentale</b>	<b>05.0</b>
<b>CONTT</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTT</b>	<b>OBB</b>		
<b>ANAGRS</b>	<b>OBB</b>		
<b>CONTRS</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTR</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTS</b>	<b>OBB</b>		

#### **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 all'interno del file di invio..  
 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.  
 N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.  
 S07 – Contatti aperti su stessa struttura.  
 S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

**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.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

**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		
PRESTT	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 all'interno del file di invio..

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.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

S07 – Contatti aperti su stessa struttura.

S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

**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.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
<b>ANAGT</b>	<b>NBB</b>	<b>Titolo di Studio</b>	<b>08.0</b>
<b>ANAGRS</b>	<b>NBB</b>		

**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	<b>Codice Professionale</b>	<b>09.0</b>
ANAGRS	NBB		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione .

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

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.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
<b>ANAGT</b>	<b>NBB</b>	<b>Stato Civile</b>	<b>11.0</b>
<b>ANAGRS</b>	<b>NBB</b>		

**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	<b>Regione di Residenza</b>	<b>12.0</b>
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.

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 campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

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	<b>Provincia e Comune o Stato estero di Residenza</b>	<b>13.0</b>
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.  
 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 campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

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.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
<b>ANAGT</b>	<b>CON</b>	<b>Codice ASL di residenza</b>	<b>14.0</b>
<b>ANAGRS</b>	<b>CON</b>		

#### **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.

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 campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

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.

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 all'interno del file di invio..

N09 – Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

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	<b>Identificativo Assistito</b>	<b>16.0</b>
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.  
 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 all'interno del file di invio.  
 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.  
 N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.  
 S07 – Contatti aperti su stessa struttura.  
 S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Da compilare esclusivamente in assenza di Identificativo AURA, con un codice univoco nell'ambito del DSM ed univocamente associato al codice fiscale dell'assistito – laddove disponibile.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
-----------	----------	----------------	-----------------

<b>ANAGT</b>	<b>CON</b>	<b>Cognome</b>	<b>17.0</b>
<b>CONTT</b>	<b>CON</b>		
<b>PRETT</b>	<b>CON</b>		
<b>ANAGRS</b>	<b>CON</b>		
<b>CONTRS</b>	<b>CON</b>		
<b>PRESTR</b>	<b>CON</b>		
<b>PRESTS</b>	<b>CON</b>		

**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.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

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.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

La compilazione del campo è obbligatoria se non presente l'Id-AURA.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
<b>ANAGT</b>	<b>CON</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>19.0</b>
<b>ANAGRS</b>	<b>CON</b>		

**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.

S02 – Assistito in età pediatrica.

S03 – Assistito anziano.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
ANAGT	CON	Sesso	20.0
ANAGRS	CON		

#### 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.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

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		
PRETT	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.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

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	<b>Cittadinanza</b>	<b>22.0</b>
ANAGRS	CON		

#### **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.

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il campo NON deve essere valorizzato nel caso sia presente l'Identificativo AURA(07.0).

È necessario riportare l'informazione più aggiornata al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	OBB	Codice Struttura	23.0
PRESTT	OBB		
CONTRS	OBB		
PRESTR	OBB		
PRESTS	OBB		

#### DESCRIZIONE CAMPO

Codice STS11 o HSP11bis della Struttura con cui l'assistito ha avuto il contatto / erogazione della prestazione.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6 oppure 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici STS11, HSP11bis (v. Osservazioni e Precisazioni)

#### CONTROLLI APPLICATI

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio.

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.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

S07 – Contatti aperti su stessa struttura.

S08 – Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi.

L31 – Struttura associata ad ASL ospitante errata

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Deve essere indicato il Codice della Struttura di erogazione:

- Struttura di ricovero: codice HSP11bis di otto cifre\* ;
- Altra struttura sanitaria: STS11.

\* 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.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Matricola Unità Produttiva</b>	<b>24.0</b>
<b>CONTT</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTT</b>	<b>OBB</b>		
<b>CONTRS</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTR</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTS</b>	<b>OBB</b>		

**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: Archivio Regionale Punti Erogazione (ARPE)

**CONTROLLI APPLICATI**

S04 – Congruenza tra Matricola Unità Produttiva e codice attività associato.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		<b>Identificativo Contatto</b>	<b>25.0</b>
<b>CONTT</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTT</b>	<b>OBB</b>		
<b>CONTRS</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTR</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRESTS</b>	<b>OBB</b>		

#### 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 all'interno del file di invio.

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.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

S07 – Contatti aperti su stessa struttura.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	OBB	Data Apertura Scheda Paziente	26.0
CONTRS	OBB		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Data di apertura della scheda del paziente.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: GGMMAAAA

VALORI AMMESSI: fino al 31122099

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.

L32 – Data apertura scheda paziente maggiore del periodo di competenza.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

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.

La data NON può essere maggiore rispetto all'ultimo giorno del periodo di riferimento (anno-semester)

Ad esempio: se Anno di riferimento – Periodo di riferimento è uguale a 2014 semestre I, la data di apertura scheda paziente non può essere maggiore del 30 giugno 2014.



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).

I 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").

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	NBB	Presenza di piano terapeutico	28.0

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la presenza di un Piano terapeutico.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

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 = SÌ  
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  
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.°
CONTT	CON	<b>Data Chiusura Scheda Paziente</b>	<b>31.0</b>
CONTRS	CON		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la data di chiusura della scheda del paziente per la conclusione dell'episodio di cura.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: GGMMAAAA

VALORI AMMESSI: Dal 01012012 al 31122099

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.
- L22 – Congruenza tra Data chiusura scheda Paziente, Diagnosi chiusura, Modalità conclusione.
- S06 – Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

DA COMPILARE NECESSARIAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO.

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".

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
CONTT	CON	Diagnosi di Chiusura	32.0
CONTRS	CON		

#### 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

L23 – Congruenza tra Diagnosi chiusura, Data chiusura scheda Paziente, Modalità conclusione.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

DA COMPILARE NECESSARIAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO.

Il codice da utilizzare è quello previsto dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche).

I 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").



TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		<b>Modalità di Conclusione</b>	<b>33.0</b>
<b>CONTT</b>	<b>CON</b>		
<b>CONTRS</b>	<b>CON</b>		

**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**

L24 – Congruenza tra Modalità conclusione, Data chiusura scheda Paziente, Diagnosi chiusura.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

DA COMPILARE NECESSARIAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO.

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: N

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: N

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.°
		<b>Progressivo Prestazioni per Contatto</b>	<b>38.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>OBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il numero progressivo di interventi di uno stesso contatto.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: Valori compresi tra "1" a "99999"

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

N02 – Scheda non elaborata per chiave non trovata.

N03 – Scheda non elaborata per chiave duplicata all'interno del file di invio.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		<b>Data Intervento</b>	<b>39.0</b>
<b>PRETT</b>	<b>OBB</b>		
<b>PRETS</b>	<b>OBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la data in cui viene erogato l'intervento.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: GGMMAAAA Dal 01012012 al 31122099

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 all'interno del file di invio.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

La data intervento per le prestazioni semiresidenziali significa 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.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		<b>Tipo Intervento</b>	<b>40.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>OBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il tipo di intervento territoriale erogato dalla struttura.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

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**

--

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Modalità di erogazione intervento</b>	<b>41.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>OBB</b>		

**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**

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Sede Intervento</b>	<b>42.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>OBB</b>		

**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.°
		<b>Operatore 1</b>	<b>43.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>OBB</b>		

**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**

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Operatore 2</b>	<b>44.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>NBB</b>		

**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.°
		<b>Operatore 3</b>	<b>45.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>NBB</b>		

**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**

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Durata della prestazione</b>	<b>46.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>NBB</b>		

**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
<b>PRESTT</b>	<b>NBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Presenza di una proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

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.°
		<b>Prestazione erogata con ricetta</b>	<b>48.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>NBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Prestazione erogata con ricetta.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L11 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta.

L21 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e formato 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.°
		<b>Numero ricetta</b>	<b>49.0</b>
<b>PRESTT</b>	<b>CON</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Numero della ricetta per la prestazione erogata con ricetta.

**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.

L21 – Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e formato numero ricetta.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

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).

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Data inizio validità tariffa</b>	<b>50.0</b>
<b>CONTRRS</b>	<b>NBB</b>		

**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**

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Quota sanitaria</b>	<b>51.0</b>
<b>CONTRRS</b>	<b>NBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Quota giornaliera a carico del DSM, in euro.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: NNNN.NN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Quota sociale</b>	<b>52.0</b>
<b>CONTRRS</b>	<b>NBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Quota alberghiera giornaliera a carico dell'ente gestore dei servizi sociali, in euro.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: NNNN.NN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		<b>Quota assistito</b>	<b>53.0</b>
<b>CONTRRS</b>	<b>NBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Quota alberghiera giornaliera a carico dell'assistito o dei familiari dell'assistito, in euro.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: NNNN.NN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Altre quote</b>	<b>54.0</b>
<b>CONTRRS</b>	<b>NBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Altre quote a carico dell'ASL, in euro.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: NNNN.NN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		<b>Data fine validità tariffa</b>	<b>55.0</b>
<b>CONTRRS</b>	<b>NBB</b>		

**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: Dal 01012012 al 31122099

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 all'interno del file di invio.

N10 – Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		<b>Tipo Struttura Residenziale</b>	<b>57.0</b>
<b>PRESTR</b>	<b>OBB</b>		

**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.°
		<b>Data Dimissione</b>	<b>58.0</b>
<b>PRESTR</b>	<b>NBB</b>		

**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: Dal 01012012 al 31122099

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**

DA COMPILARE NECESSARIAMENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO	N° Scheda Rif.°
		<b>Tipo Struttura SemiResidenziale</b>	<b>59.0</b>
<b>PRESTS</b>	<b>OBB</b>		

**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**

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO</b>	<b>N° Scheda Rif.°</b>
		<b>Modalità di presenza</b>	<b>60.0</b>
<b>PRESTS</b>	<b>OBB</b>		

**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

6.7.6 *Anagrafiche*

6.7.6.1 *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+codice Stato Estero	999	IT
5	Straniero	Non residenti in Italia	Effettivo oppure tutti 9	Codice Stato estero	999+codice Stato Estero	999	Presente in tabella eccetto IT
6	Illegalment e 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".

### 6.7.7 CONTROLLI LOGICI-NORMATIVI

#### 6.7.7.1 Premessa

La tabella dei controlli logici e normativi è articolata in quattro colonne:

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

Fxx = controllo formale

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

S = segnalazione

**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").

Gli errori relativi ai soli obbligatorietà di compilazione e valori ammessi sono segnalati nelle restituzioni con la sigla "OBVA" ed il numero della scheda relativa al campo contenente l'errore (ad es., OBVA43.0).

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
L01	<p>Congruenza tra data immessa e data corrente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La data immessa non può essere maggiore della data corrente (data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati).</li> </ul>	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	<p>Congruenza tra data immessa e periodo di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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)).</li> </ul>	7302 7304 7341 7393	01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
			39.0	Data intervento
			56.0	Data ammissione
L03	<p>Congruenza tra Data apertura scheda paziente e Data chiusura scheda paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La Data apertura scheda paziente (26.0) dev'essere minore o uguale alla Data chiusura scheda paziente (31.0).</li> </ul>	7394	26.0	Data apertura scheda paziente
			31.0	Data chiusura scheda paziente
L04	<p>Congruenza tra Data inizio contributo e Data cessazione contributo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La Data cessazione contributo (36.0) dev'essere maggiore o uguale della Data inizio contributo (34.0).</li> </ul>		34.0	Data inizio contributo
			36.0	Data cessazione contributo
L05	<p>Congruenza tra Data inizio validità tariffa e Data fine validità tariffa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La Data fine validità tariffa (55.0) dev'essere maggiore o uguale alla Data inizio validità tariffa (50.0).</li> </ul>		50.0	Data inizio validità tariffa
			55.0	Data fine validità tariffa

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
L06	<p>Congruenza fra Identificativo AURA, Codice fiscale, Identificativo assistito e dati assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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), <b>Codice fiscale</b> (15.0), <b>Identificativo assistito</b> (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) <b>non</b> devono essere valorizzati;</li> <li>Se l'Identificativo AURA <b>non</b> è compilato, allora i campi Regione di residenza, Provincia e Comune o Stato estero di residenza, Codice ASL di residenza, <b>Identificativo assistito</b>, Cognome, Nome, Data di nascita, Sesso, Provincia e Comune o Stato estero di nascita, Cittadinanza devono essere valorizzati.</li> <li>Se la regione di residenza è uguale a '010' (Piemonte) l'identificativo AURA è obbligatorio.</li> </ul>		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
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
			17.0	Cognome
			18.0	Nome
			19.0	Data di nascita
			20.0	Sesso
L09	<p>Congruenza tra Regione di residenza e Provincia e Comune o Stato estero di residenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> </ul>		12.0	Regione di residenza
			13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
L10	<p>Congruenza tra Provincia e Comune o Stato estero di residenza e Codice ASL di residenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 dell'ASL di residenza (14.0).</li> </ul>		13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
			14.0	Codice ASL di residenza
L11	<p>Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e Numero ricetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se il campo Prestazione erogata con ricetta (48.0) è compilato e valorizzato con 1 ("Ricetta ordinaria del SSN) o 2 ("Ricetta ordinaria non rimborsabile),</li> </ul>		48.0	Prestazione erogata con ricetta
			49.0	Numero ricetta

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	allora il Numero ricetta (49.0) dev'essere valorizzato.			
L12	Congruenza tra Data ammissione e Data dimissione: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se la Data dimissione (58.0) è compilata, dev'essere maggiore o uguale alla Data ammissione (56.0).</li> </ul>		56.0	Data ammissione
			58.0	Data dimissione
L13	Congruenza tra Data Intervento e Data Apertura Scheda Paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>La Data intervento (39.0) dev'essere maggiore o uguale della Data apertura scheda paziente (26.0).</li> </ul>	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"> <li>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.</li> </ul>	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"> <li>La Data Ammissione (56.0) dev'essere maggiore o uguale della Data apertura scheda paziente (26.0).</li> </ul>	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"> <li>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.</li> </ul>	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"> <li>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.</li> </ul>	7362	12.0	Regione di residenza
			14.0	ASL di residenza
L18	Congruenza tra Regione di residenza e Stato estero di residenza:	7366	12.0	Regione di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>		13.0	Provincia e Comune o Stato estero di residenza
L19	Congruenza tra Identificativo AURA, Regione di residenza, Codice fiscale e Identificativo assistito: <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>		07.0	Identificativo AURA
			12.0	Regione di residenza
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
L20	Congruenza tra Motivo erogazione contributo e Motivo cessazione contributo: <ul style="list-style-type: none"> <li>se Motivo cessazione contributo (37.0) è compilato allora dev'essere compilato anche il campo Motivo erogazione contributo (35.0);</li> <li>se Motivo erogazione contributo è pari a 1, il campo Motivo cessazione contributo non dev'essere compilato;</li> <li>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).</li> </ul>		35.0	Motivo erogazione contributo
			37.0	Motivo cessazione contributo
L21	Congruenza tra Prestazione erogata con ricetta e formato numero ricetta: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se il campo Prestazione erogata con ricetta (48.0) è compilato e valorizzato con 1 ("Ricetta ordinaria del SSN), allora il campo "Numero ricetta (49.0) dev'essere valorizzato con un codice ricetta rossa SSN valido sulla base del seguente schema: codice regione (3 cifre) + anno di erogazione (2 cifre, formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + codice di controllo (1 cifra).</li> </ul>		48.0	Prestazione erogata con ricetta
			49.0	Numero ricetta
L22	Congruenza tra Data chiusura scheda paziente, Diagnosi chiusura, Modalità conclusione: <ul style="list-style-type: none"> <li>se il campo Data chiusura scheda paziente (31.0) è</li> </ul>		31.0	Data chiusura scheda paziente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	compilato, allora i campi Diagnosi chiusura (32.0) e Modalità conclusione (33.0) devono essere valorizzati.		32.0	Diagnosi chiusura
			33.0	Modalità conclusione
L23	<p>Congruenza tra Diagnosi chiusura, Data chiusura scheda paziente, Modalità conclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>se il campo Diagnosi chiusura (32.0) è compilato, allora i campi Data chiusura scheda paziente (31.0) e Modalità conclusione (33.0) devono essere valorizzati.</li> </ul>		31.0	Data chiusura scheda paziente
			32.0	Diagnosi chiusura
			33.0	Modalità conclusione
L24	<p>Congruenza tra Modalità conclusione, Data chiusura scheda paziente, Diagnosi chiusura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>se il campo Modalità conclusione (33.0) è compilato, allora i campi Data chiusura scheda paziente (31.0) e Diagnosi chiusura (32.0) devono essere valorizzati.</li> </ul>		31.0	Data chiusura scheda paziente
			32.0	Diagnosi chiusura
			33.0	Modalità conclusione
L31	<p>Congruenza tra Codice Struttura (23.0) e Azienda Sanitaria Ospitante (75.0):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coerenza tra il Codice struttura e ASL ospitante all'interno dell'Anagrafe Regionale (ARPE). Il codice struttura deve riferirsi ad una struttura ubicata nell'ambito territoriale dell'ASL ospitante dichiarata.</li> </ul>		75.0	Codice Azienda Sanitaria ospitante
			23.0	Codice struttura
L32	<p>Congruenza tra Data Apertura Scheda Paziente (26.0) e Anno di riferimento (01.0) e Periodo di Riferimento(semestre S1 o S2) (03.0):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La data di Apertura Scheda Paziente non può essere maggiore rispetto all'ultimo giorno del periodo di riferimento (anno-semester)</li> </ul>		26.0	Data Apertura Scheda Paziente
			01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
N01	Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del		01.0	Anno di riferimento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	<p>record:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>il record si riferisce ad un periodo di competenza per il quale l'acquisizione dei dati risulta cessata, sospesa o non avviata. Il controllo viene effettuato se è valorizzata la "data chiusura competenza" ; viene verificato che se la data chiusura competenza è valida non sono accettati dati con "data notifica" (la data di presa in carico del flusso) superiore; mentre se la data chiusura competenza è nulla vengono accettati tutti i flussi indipendentemente dalla data notifica e di chiusura competenza.</li> </ul>		03.0	Periodo di riferimento
N02	<p>Scheda non elaborata per chiave non trovata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>se "Tipo movimento" = "C" o "S", allora deve esistere in archivio un record avente medesima chiave univoca di identificazione.</li> </ul>	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
56.0	Data ammissione			
75.0	Codice Azienda Sanitaria ospitante			
N03	<p>Scheda non elaborata per chiave duplicata nel medesimo file di invio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>non deve essere presente nel medesimo file di invio un record avente medesima Chiave univoca di</li> </ul>	3936 3937	01.0	Anno di riferimento
			02.0	Codice regione
			03.0	Periodo di riferimento
			04.0	Codice Azienda

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	identificazione.			Sanitaria
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			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
			56.0	Data ammissione
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
N04	Scheda Contatto territoriale non elaborata per mancato abbinamento ad un profilo anagrafico: <ul style="list-style-type: none"> <li>nessun record Anagrafica territoriale (ANAGT) cui associare il record Contatto territoriale (CONTT).</li> </ul>	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"> <li>nessun record Contatto territoriale (CONTT) cui associare il record Prestazione territoriale (PRESTT).</li> </ul>	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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
			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"> <li>nessun record Anagrafica residenziale/semiresidenziale (ANAGRS) cui associare il record Contatto residenziale/semiresidenziale (CONTRS).</li> </ul>	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
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
N07	<p>Scheda Prestazione Residenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nessun record Contatto residenziale/semiresidenziale (CONTRS) cui associare il record Prestazione residenziale (PRESTR).</li> </ul>	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
75.0	Codice azienda sanitaria ospitante			
N08	<p>Scheda Prestazione Semiresidenziale non elaborata per mancato abbinamento ad un contatto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nessun record Contatto residenziale/semiresidenziale (CONTRS) cui associare il record Prestazione semiresidenziale (PRESTS).</li> </ul>	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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
			23.0	Codice struttura
			25.0	Identificativo contatto
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
N09	<p>Scheda Anagrafica non elaborata per errato abbinamento tra Codice fiscale ed Identificativo assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>oppure al Codice fiscale indicato risulta già abbinato un Identificativo assistito diverso da quello indicato, nell'ambito del medesimo DSM.</li> </ul>		05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			15.0	Codice fiscale
			16.0	Identificativo assistito
N10	<p>Scheda non elaborata per chiave duplicata in archivio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>non deve essere presente in archivio, se tipo movimento = 'I', un record avente medesima Chiave univoca di identificazione.</li> </ul>	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
			39.0	Data intervento
56.0	Data ammissione			
75.0	Codice azienda sanitaria ospitante			
S01	<p>Invio in extracompetenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vengono segnalati i record inviati oltre il termine</li> </ul>		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	del periodo di competenza. Il controllo deve essere eseguito confrontando anno - periodo di competenza con la data chiusura_mese presente tra i parametri di sistema.			
S02	Assistito in età pediatrica: <ul style="list-style-type: none"> <li>vengono segnalati i record anagrafici (ANAGT, ANAGRS) relativi ad assistiti di età minore di 14 anni.</li> </ul> Il controllo deve essere eseguito confrontando la data di nascita con la data termine del periodo di riferimento (anno + periodo esempio 2013-S1 = 30/06/2013)	7342	19.0	Data di nascita
S03	Assistito anziano: <ul style="list-style-type: none"> <li>vengono segnalati i record anagrafici (ANAGT, ANAGRS) relativi ad assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni.</li> </ul> Il controllo deve essere eseguito confrontando la data di nascita con la data termine del periodo di riferimento (anno + periodo esempio 2013-S1 = 30/06/2013)		19.0	Data di nascita
S04	Congruenza tra Matricola Unità Produttiva e codice attività associato: <ul style="list-style-type: none"> <li>vengono segnalati i record per i quali, in Anagrafe Strutture (ARPE), al codice Matricola Unità Produttiva (24.0) indicato non è associato il codice attività previsto (attività psichiatrica). [S05, S11]</li> </ul>		24.0	Matricola Unità Produttiva
S05	Congruenza tra Data apertura scheda paziente e periodo di competenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>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)).</li> </ul>		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento
			26.0	Data apertura scheda paziente
S06	Congruenza tra Data chiusura scheda paziente e periodo di competenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>vengono segnalati i record contatto (CONTT,</li> </ul>		01.0	Anno di riferimento
			03.0	Periodo di riferimento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEMA	
			N°	NOME CAMPO
	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)).		31.0	Data chiusura scheda paziente
S07	<p>Contatti aperti su stessa struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vengono segnalati i record contatto (CONTT, CONTRS) per i quali, per il medesimo assistito, è già presente in archivio (anche eventualmente relativo a periodi di riferimento diversi) un contatto aperto presso la stessa struttura (23.0), anche se con identificativo contatto (25.0) diverso.</li> </ul>		02.0	Codice Regione
			04.0	Codice Azienda Sanitaria di Riferimento
			05.0	Codice Dipartimento Salute Mentale
			07.0	Identificativo AURA
			16.0	Identificativo Assistito
			23.0	Codice Struttura
			25.0	Identificativo Contatto
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
S08	<p>Cancellazione di anagrafica presente in semestri successivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>per tipo movimento = 'C' vengono segnalati i record anagrafica (ANAGT, ANAGRS) per i quali, è stata richiesta una cancellazione per un certo periodo (anno- semestre) ed esiste una stessa anagrafica in un periodo successivo.</li> </ul>		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
			06.0	Tipo movimento
			07.0	Identificativo AURA

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	COD. NSIS	SCHEDA	
			N°	NOME CAMPO
			16.0	Identificativo Assistito
			23.0	Codice Struttura
			75.0	Codice azienda sanitaria ospitante
F01	Valore obbligatorio non inserito.		n.a.	Applicato a tutti i campi obbligatori
F02	Formato non valido		n.a.	Applicato a tutti i campi
F03	Valore inserito non ammesso		n.a.	Applicato a tutti i campi interessati

**7. “DISCIPLINARE TECNICO “DMRP – FLUSSO INFORMATIVO DEI CONSUMI DI DISPOSITIVI MEDICI” – OGGETTO DI REVISIONE**

**7.1 CRONOLOGIA VARIAZIONI**

DATA	VARIAZIONE
28/11/14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni;</li> <li>- Aggiornati Riferimenti normativi;</li> <li>- Aggiornate sezioni Strutture di rilevazione, Modalità di movimentazione dei dati, Controlli logici e normativi, Calendario degli invii, Tabelle di transcodifica, Tabella dei controlli logico-normativi;</li> <li>- Inseriti paragrafi Unità di misura delle quantità, Unità di riferimento del prezzo unitario aggiudicato, Modalità di rilevazione contratti di listino/budget e di service;</li> <li>- Aggiornate tabelle tracciati Consumi e Contratti;</li> <li>- Campo 05.0: aggiornati nota su controllo L05, Osservazioni e precisazioni; applicato nuovo controllo L17; rimossa segnalazione S03;</li> <li>- Campo 06.0: aggiornati Descrizioni campo, Tabelle di riferimento, nota su controllo L05, Osservazioni e precisazioni; applicato nuovo controllo L17; rimossa segnalazione S03;</li> <li>- Campi 07.0, 11.0, 12.0, 13.0, 31.0, 32.0, 34.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 16.0: aggiornati Descrizione campo, Valori ammessi, Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campi 17.0, 26.0, 27.0: aggiornati Valori ammessi, Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 19.0: rimosso controllo L03; aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 20.0: aggiornati Valori ammessi, Osservazioni e precisazioni; applicato nuovo controllo L18;</li> <li>- Campo 21.0: applicato nuovo controllo L18; aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 22.0: aggiornati Lunghezza campo, Valori ammessi, Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 29.0: campo rimosso e sostituito dal campo 35.0;</li> <li>- Campo 35.0: nuovo inserimento in sostituzione del campo 29.0;</li> <li>- Controllo L03: eliminato;</li> <li>- Controllo L05: aggiornati denominazione, prescrizioni controllo;</li> <li>- Controlli L17, L18, OBVA: nuovo inserimento;</li> <li>- Segnalazione S01: inserita nota su prescrizioni controllo;</li> <li>- Segnalazione S03: eliminata.</li> </ul>
14/05/14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rimossa colonna versione da tabella Cronologia variazioni;</li> <li>- Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni;</li> <li>- 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;</li> <li>- Aggiornato capitolo Contesto di riferimento; aggiunti paragrafi Ambito di rilevazione, Oggetto della rilevazione, Strutture di rilevazione, Identificazione dei dispositivi medici;</li> <li>- Aggiornato paragrafo Calendario degli invii;</li> <li>- Inserito paragrafo Monitoraggio degli invii;</li> </ul>

DATA	VARIAZIONE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo 01.0: inserite note su valori ammessi, corretto refuso su applicazione controllo L02, applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e Precisazioni;</li> <li>- Campi 04.0: applicato nuovo controllo L15;</li> <li>- 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;</li> <li>- Campi 06.0: sospesa transitoriamente applicazione controllo L05, applicate nuove segnalazioni S02, S03;</li> <li>- Campo 07.0: applicato nuovo controllo L16, aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campi 09.1, 09.2, 18.0: applicato nuovo controllo N07;</li> <li>- Campo 10.0: applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campi 11.0, 16.0, 33.0: applicato nuovo controllo L15, aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campi 12.0, 13.0, 21.0, 27.0, 29.0, 30.0, 31.0, 32.0: aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 15.0: applicato nuovo controllo L15, applicata nuova segnalazione S05, aggiornate Osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 34.0: corretta descrizione campo;</li> <li>- Controllo L05: aggiornate prescrizioni controllo e sospensione transitoria applicazione controllo;</li> <li>- Controllo L14: aggiornata denominazione controllo;</li> <li>- Controlli L15, L16, N07: nuovo inserimento;</li> <li>- Segnalazioni S02, S03, S04, S05: nuovo inserimento.</li> </ul>
08/12/12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggiornata lista Acronimi, sigle ed abbreviazioni;</li> <li>- Aggiornati Riferimenti normativi (aggiornata voce [D4] ed inserita voce [D7], in seguito a rilascio versione 1.6 bozza delle specifiche funzionali da parte del Ministero della Salute il 5 novembre 2012);</li> <li>- Aggiornato Calendario degli invii;</li> <li>- Tabelle di transcodifica: aggiunto codice regionale 08 (“Procedura aperta”);</li> <li>- Campo 01.0: aggiornate descrizione campo, lista valori ammessi, osservazioni e precisazioni; applicati controlli L04, L05, L14, N01, N03, N05, N06, nuova segnalazione S01;</li> <li>- 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;</li> <li>- Campo 04.0: applicati controlli N03, N05, N06;</li> <li>- 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;</li> <li>- Campo 06.0: inserito in chiave univoca di identificazione, applicati controlli L05, N01, N03, N05, segnalazione S01;</li> <li>- Campi 07.0, 08.0: inseriti in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli N01, N03, N05, segnalazione S01;</li> <li>- Campi 09.1, 09.2: inseriti in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L06, L07, N01, N03, N05, segnalazione S01;</li> <li>- Campo 10.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N05, N06, segnalazione S01;</li> <li>- Campo 11.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate lunghezza</li> </ul>

DATA	VARIAZIONE
	<p>campo, descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N05, N06, segnalazione S01;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campi 12.0, 13.0: aggiornate descrizione campo, osservazioni e precisazioni;</li> <li>- 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;</li> <li>- Campo 15.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornata descrizione campo, applicati controlli L14, N01, N03, N06, segnalazione S01;</li> <li>- Campo 16.0: inserito in chiave univoca di identificazione, aggiornate lunghezza campo, descrizione campo, lista valori ammessi, applicati controlli L08, L14, N01, N03, N06, segnalazione S01;</li> <li>- Campo 18.0: applicati nuovi controlli L09, L10;</li> <li>- Campi 19.0, 21.0, 22.0, 29.0: aggiornate osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 20.0: aggiornate lista valori ammessi, legenda dei codici in osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 23.0: aggiornata lista valori ammessi, applicato nuovo controllo L11;</li> <li>- Campo 24.0: aggiornate descrizione campo, osservazioni e precisazioni, lista valori ammessi; applicato nuovo controllo L12;</li> <li>- Campo 25.0: applicati nuovi controlli L11, L12;</li> <li>- Campo 26.0: aggiornata descrizione campo; applicato nuovo controllo L13;</li> <li>- Campo 27.0: aggiornate descrizione campo, lista valori ammessi, osservazioni e precisazioni;</li> <li>- Campo 32.0: nuovo inserimento, applicato controllo L08;</li> <li>- 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;</li> <li>- Campo 34.0: nuovo inserimento; applicato controllo L13;</li> <li>- Controlli L02, N01, N03: aggiornate prescrizioni controllo;</li> <li>- Controlli L04, L05, L06, L07, L08, L09, L10, L11, L12, L13, L14, N05, N06: nuovo inserimento;</li> <li>- Controlli N02, N04: controlli eliminati;</li> <li>- Segnalazione S01: nuovo inserimento.</li> </ul>
03/02/11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserita cronologia variazioni;</li> <li>- Aggiornata lista Acronimi e abbreviazioni;</li> <li>- 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;</li> <li>- Aggiunto riferimento normativo D7 (“Linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS”);</li> <li>- 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”);</li> <li>- Inserito capitolo “Tabelle di transcodifica” per tipologie di contratto e forme di negoziazione;</li> <li>- Campo 05.0: inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo;</li> <li>- Campo 11.0: inserita precisazione per la corretta compilazione del campo, in seguito a chiarimento NSIS del 16/12/2010;</li> <li>- Campo 12.0: perfezionata descrizione Costo d'acquisto, ammessi valori negativi, aggiornate precisazioni per la corretta compilazione del campo;</li> </ul>

DATA	VARIAZIONE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo 14.0: nuova denominazione (“Identificativo scheda”), aggiornata descrizione, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo;</li> <li>- Campo 16.0: assume valore pari al CIG (Codice Identificativo Gara), inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo;</li> <li>- Campo 17.0: aggiornata legenda codici tipologie di contratto, inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- Campo 24.0: aggiornata descrizione includendo fornitore estero, in seguito ad aggiornamento normativo del 22/10/2010;</li> <li>- Campo 28.0: inserite precisazioni per la corretta compilazione del campo;</li> <li>- Controllo L02: corretto refuso su codice struttura.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggiornata lista Acronimi e abbreviazioni;</li> <li>- Campo 05.0: inserita precisazione relativa ai valori ammessi, con riferimento alla partecipazione eventuale di Regione Piemonte alla sperimentazione inerente alla raccolta del dato;</li> <li>- Campo 06.0: inserita precisazione relativa al valore atteso;</li> <li>- Campo 07.0: eliminata applicazione controllo L02;</li> <li>- Campi 08.0, 09.1: eliminato controllo L01;</li> <li>- Campo 11.0: inserita precisazione relativa al dato da estrarre dal Repertorio nazionale dei Dispositivi Medici (RDM);</li> <li>- Campi 29.0, 30.0: adottata valorizzazione uniforme dati dicotomici (1 o 2).</li> </ul>
	<p>Versione iniziale del documento.</p>

## **7.2 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO**

### *7.2.1 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.

### *7.2.2 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.

## 7.3 GENERALITÀ

### 7.3.1 ACRONIMI, SIGLE ED ABBREVIAZIONI

A	= ALFABETICO
AIC	= Area Interaziendale di Coordinamento
AN	= ALFANUMERICO
A.N.AC.	= Autorità Nazionale AntiCorruzione (subentrata all'AVCP)
AO	= AZIENDA OSPDALIERA
AOU	= AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
ARCA	= Archivio Regionale Centri di costo Aziendali
ARPE	= Archivio Regionale Punti di Erogazione (subentrata ad ASN)
art./artt.	= articolo/i
AS	= Azienda Sanitaria
ASL	= AZIENDA SANITARIA LOCALE
ASN	= Anagrafe Strutture sanitarie della Regione Piemonte
ASR	= AZIENDA SANITARIA REGIONALE
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.C.	= Codice Civile
C.E.	= Conto Economico
CE	= Comunità Europea / Conformità Europea
Cfr.	= confronta, <i>confer</i>
CIG	= CODICE IDENTIFICATIVO GARA
CND	= Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici
CON	= CONDIZIONATO
CONSIP	= CONcessionaria Servizi Informatici Pubblici
CSM	= Centro Salute Mentale
CTR	= CONTROLLO
CUD	= Commissione Unica sui Dispositivi medici
D	= DATA
DD	= Determina Dirigenziale
DDL	= Disegno di Legge
DGR	= Delibera della Giunta Regionale
DL	= Decreto Legge
D.lgs	= DECRETO LEGISLATIVO
DM	= DECRETO MINISTERIALE / Dispositivi Medici
DPCM	= Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DMRP	= DISPOSITIVI MEDICI REGIONE PIEMONTE
EDMA	= <i>European Diagnostic Manufacturers Association</i>
ESTAV	= Enti per i Servizi Tecnico-amministrativi di Area Vasta
es.	= esempio

FS	= Federazione (sanitaria) Sovrazonale
FSN	= Fondo Sanitario Nazionale
FSR	= Fondo Sanitario Regionale
GMDN	= <i>Global Medical Device Nomenclature</i>
G.U.	= Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
IRCCS	= Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
IVD	= <i>In Vitro Diagnostics</i> (Dispositivi medico-diagnostici in vitro)
L.	= Legge (nazionale)
LEA	= Livelli Essenziali di Assistenza
MdS	= Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)
MEDDEV	= <i>Medical Devices Vigilance system</i> (Sistema di vigilanza sui dispositivi medici)
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
OBVA	= OBbligatori-Valori Ammessi
PA	= Pubblica Amministrazione
par.	= paragrafo
pz.	= pezzo
q.tà	= quantità
RDM	= REPERTORIO DEI DISPOSITIVI MEDICI
RP	= Regione Piemonte
RSA	= Residenza Sanitaria Assistenziale
SCR	= Società di Committenza Regionale
SEE	= Spazio Economico Europeo
SERT	= SERVizi per le Tossicodipendenze
SIMOG	= SISTEMA INFORMATIVO MONITORAGGIO GARE
SISR	= Sistema Informativo Sanitario Regionale
s.m.i.	= successive modifiche o integrazioni
SOOP	= SISTEMA OSSERVATORIO OPERE PUBBLICHE
SP	= Stato Patrimoniale
SSN	= SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
SSR	= Servizio Sanitario Regionale

UE = Unione Europea

v. = vedi  
ver. = versione

XML = eXtensible Markup Language  
XSD = XML Schema Definition

### 7.3.2 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 de i 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 MdS del 20 febbraio 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”, 2 ottobre 2013, ver. 1.7;

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

[D7] – **Linee guida NSIS** “Monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN – Linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS”, 2 ottobre 2013, ver. 2.8;

[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] – **D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56** "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133", pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 62 del 15 marzo 2000 (per quanto attiene alle "Procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria" previste dall'art. 9).

[D10] – **DM MdS 12 dicembre 2001** "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (Indicatori LEA), pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 34 del 9 febbraio 2002.

[D11] – **Intesa Stato-Regioni 2271 del 23 marzo 2005** concernente gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN (Adempimenti LEA).

[D12] – **DM MdS del 5 dicembre 2006** “Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie”, pubblicato sulla G.U. Serie generale n. 22 del 27 gennaio 2007.

[D13] – **Legge 13 agosto 2010, n. 136** (“Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia”) concernente l'introduzione dell'obbligo di utilizzo del codice CIG con

funzione di tracciabilità finanziaria per tutti i contratti pubblici.

[D14] – **DM MdS del 15 giugno 2012** recante “Nuovi modelli di rilevazione economica ‘Conto economico’ (CE) e ‘Stato Patrimoniale’ (SP) delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale” che ha aggiornato il DM MdS del 3/11/2007 recante “Modello di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni e Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (già Policlinici Universitari a gestione diretta di diritto pubblico)”.

[D15] – **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”.

[D16] – **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 mandatarî di dispositivi medico-diagnostici in vitro”, pubblicato sulla G.U. Serie generale n. 103 del 6 maggio 2014.

[D17] – **Determinazione AVCP n. 4 del 7 luglio 2011** “Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell’articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136”

### 7.3.3 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 un 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.

Attraverso l'emanazione del DM 11/06/2010 [D6], nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario ministeriale (NSIS) è stata istituita una banca dati per il monitoraggio dei consumi di dispositivi medici utilizzati nelle strutture sanitarie, alimentata attraverso il "Flusso per il monitoraggio dei consumi di dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN)".

Il flusso informativo di alimentazione della banca dati nazionale prevede la raccolta di informazioni relative a:

- 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. La rilevazione delle informazioni relative alle distribuzioni interne – anziché inerenti agli effettivi consumi – è coerente con la logica prevista dal "Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero", istituito con DM del 4 febbraio 2009.

Scopo della rilevazione dei dati inerenti ai contratti è garantire un livello di informazione che consenta la comparazione, a parità di condizioni, dei prezzi offerti dai diversi fornitori sul territorio nazionale.

#### 7.3.3.1 Ambito di rilevazione

Il Flusso informativo regionale rileva le **informazioni relative ai contratti di acquisizione e alle distribuzioni di dispositivi medici da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal Servizio Sanitario Regionale (SSR), per ciascun dispositivo medico iscritto nel Sistema Repertorio dei Dispositivi Medici (RDM).**

**Sono escluse dalla rilevazione le apparecchiature non acquistate direttamente dal SSR ovvero quelle non in carico al SSR.**

Rientrano, invece, nella rilevazione le apparecchiature in service o noleggio.

#### 7.3.3.2 Oggetto della rilevazione

Le **distribuzioni interne oggetto di rilevazione** riguardano:

- Dispositivi medici acquistati dalle strutture di ricovero e distribuiti internamente alle Unità Operative e relativi resi;
- Dispositivi medici acquistati dalle ASL o da strutture equiparate e destinati alle strutture del proprio territorio e relativi resi;

- Dispositivi medici acquistati dalle ASL o da strutture equiparate e destinate alla distribuzione diretta o per conto.

I **contratti oggetto di rilevazione** sono tutti i contratti stipulati per l'acquisto di dispositivi medici iscritti in RDM, indipendentemente dalla tipologia di contratto e dalla forma di negoziazione utilizzata per l'approvvigionamento.

#### 7.3.3.3 Strutture di rilevazione

Le strutture sanitarie direttamente gestite dal SSR 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.

Questi ultimi sono considerati assimilabili alle strutture residenziali.

Allo scopo di rilevare anche la distribuzione per conto dei dispositivi medici, tra le strutture che possono consegnare dispositivi medici sono previste anche le farmacie. 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.

#### 7.3.3.4 Identificazione dei Dispositivi Medici

Il **Sistema Repertorio Dispositivi Medici (RDM)** è costituito dai seguenti archivi anagrafici:

- Banca Dati (BD): accoglie le informazioni relative ai dispositivi medici immessi in commercio in Italia;
- Repertorio: comprende i dispositivi medici per i quali - in seguito a richiesta di iscrizione da parte del fabbricante - sono rese disponibili al Sistema Sanitario Nazionale informazioni di maggior dettaglio.

Il sistema attribuisce a ciascun dispositivo registrato un numero di iscrizione in Banca Dati (progressivo univoco), il quale identifica il dispositivo a livello nazionale. Qualora sia stata richiesta l'iscrizione nel Repertorio di un dispositivo registrato in Banca Dati, il suo numero di iscrizione in Banca Dati/Repertorio sarà seguito da “/R”.

A decorrere dal 5 giugno 2014, data di entrata in vigore del DM MdS del 23 dicembre 2013 [D16], sono rilevati in Banca Dati/Repertorio dei dispositivi medici anche i Dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD).

#### 7.3.4 REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

##### 7.3.4.1 Obbligatorietà dei campi

###### ***Campi obbligatori***

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

###### ***Campi non obbligatori***

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

###### ***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)**

##### 7.3.4.2 Modalità di movimentazione dei dati

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

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

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

Dalla versione di Disciplinare regionale datata 8/12/2012, **non è ammesso l'inserimento ex novo di un record con Tipo movimento = "S"**, in conseguenza dell'aggiornamento del controllo bloccante N01 – riformulato al fine di garantire integrità e coerenza nel tempo dell'archivio regionale del Flusso, in seguito all'intervenuta modifica delle chiavi di identificazione dei record. Per l'inserimento di un nuovo record, è necessario ricorrere esclusivamente al "Tipo movimento = I.

#### 7.3.4.3 Unità di misura delle quantità

La scelta dell'unità di misura da utilizzare rileva per la valorizzazione corretta dei campi in cui è necessario imputare la quantità esatta di dispositivi medici:

- "Pezzi per confezione" (22.0);
- "Quantità aggiudicata" (26.0);
- "Quantità contrattualizzata" (34.0).

La questione è di particolare importanza per i "kit" ed i cosiddetti dispositivi medici "sfusi".

#### 7.3.4.4 Dispositivi non sfusi

Per quanto riguarda i dispositivi che non presentano le caratteristiche di "sfusi", **l'unità di misura corrisponderà al singolo pezzo**, ove per singolo pezzo è inteso il dispositivo che non può essere ulteriormente frazionato senza alterarne la destinazione di utilizzo o comunque in confezionamento individuale.

#### 7.3.4.5 Kit (dispositivi medici assemblati)

Per quanto concerne i kit (dotati o meno di più livelli di confezionamento sterile), si distingue:

- a) **kit registrato come tale nel Sistema BD/RDM** e contenente l'esatta combinazione in qualità e quantità di ciò che è indicato nella registrazione: dovrà essere **conteggiato "a kit"** ovvero come insieme di elementi circoscritti dal confezionamento più esterno che contiene i soli elementi presenti in registrazione;
- b) **kit non registrato come tale** o che presenti difformità in qualità o quantità rispetto a quanto rappresentato dalla registrazione: non dovrà essere trattato come kit; **i dispositivi costitutivi dovranno essere conteggiati separatamente**. Nel caso in cui i componenti risultassero essere, a propria volta, kit registrati, ad essi dovranno essere applicate le medesime indicazioni in modo ricorsivo fino ad individuare singoli kit registrati o dispositivi da conteggiare individualmente.

#### 7.3.4.6 Sfusi

Sono considerati appartenenti alla tipologia degli "sfusi" tutti i dispositivi medici tali per cui la quantità impiegata in una singola attività clinico-diagnostica non può essere prefissata con esattezza ed il confezionamento del singolo dispositivo non è tale da poter identificare la quantità tipica di impiego.

*Esempio:*

*Il cotone per medicazioni è uno sfuso poiché la quantità esatta (il batuffolo impiegato) non è predeterminabile ed il confezionamento (tipicamente in sacchetti il cui peso è indicato in grammi) non consente di identificare una quantità/dose di riferimento o di impiego. Se esistesse cotone da medicazione confezionato in quantità specifiche per una singola medicazione, non sarebbe considerabile uno "sfuso" e sarebbe possibile il conteggio a pezzi, riferendosi al confezionamento individuale.*

Nel caso degli "sfusi" le quantità saranno espresse come segue:

- "Pezzi per confezione" = quantità presente nel confezionamento minimo distributivo espressa nell'unità di misura chimico-fisica scelta per quel tipo di dispositivo;
- "Quantità contrattualizzata" = numero di confezioni (così come definite per il campo "Pezzi per confezione") che sono state contrattualizzate;
- "Quantità aggiudicata" = numero di confezioni. Anche in questo caso il numero di confezioni si riferisce al tipo di confezionamento indicato in precedenza. Per ottenere il valore corretto potrà essere necessario convertire le quantità indicate sui bandi di gara (v. "Osservazioni e precisazioni" della relativa scheda 34.0).

#### 7.3.4.7 Ulteriori casi di indeterminatezza delle quantità

Si evidenziano tre casi in cui le quantità possono risultare indeterminate:

- 1) **quantità stimata, la cui stima costituisce un vincolo**, seppur con un ragionevole margine di tolleranza.

*Esempio:*

*Un bando di gara e/o contratto riporta un quantitativo indicativo di 1.000 pz., dei quali, nel corso della durata del contratto, solo 10 vengono acquistati.*

*Qualora il quantitativo di 1.000 costituisce un vincolo, l'acquisto di soli 10 pz si può configurare in termini di inadempienza contrattuale, poiché il fornitore potrebbe rivendicare l'invalidità dell'offerta, in quanto basata su 1.000 pz e non per soli 10 pz.*

*In tal caso è plausibile ritenere che, pur con approssimazione, il quantitativo di 1.000 pz. rappresenterà l'effettiva quantità acquistata, poiché i volumi successivamente ordinati non potranno discostarsi di molto da esso, pena il rischio d'inadempienza contrattuale.*

- 2) **quantità stimata indicata su bandi o contratti, ma che, per la natura del bando o del contratto, non possa essere considerata un vincolo:** le quantità potranno risultare molto diverse, senza che ciò si configuri come comportamento illegittimo o scorretto. In tal caso i quantitativi identificati non possono essere considerati rappresentativi; il fornitore potrebbe basare la propria offerta economica su considerazioni di tipo diverso e non necessariamente su quelle stimate; pertanto **le quantità saranno valorizzate a zero.**
- 3) **bandi e/o contratti che non contengono alcun quantitativo:** in tal caso è evidente che il comportamento non potrà essere diverso da quello previsto per il caso precedente. Per evitare comportamenti opportunistici e/o elusivi è necessario che vengano precisate con chiarezza ed oggettività le condizioni che possono lecitamente ricadere nel secondo e terzo caso.

#### 7.3.4.8 Omogeneità delle unità di misura di quantità aggiudicata e quantità contrattualizzata

**È indispensabile che le unità di misura o le grandezze espresse nei campi "Quantità aggiudicata" (26.0) e "Quantità contrattualizzata" (34.0) siano omogenee.** Qualora non lo fossero alla fonte, la quantità aggiudicata dovrà essere previamente convertita secondo le regole previste per la quantità contrattualizzata affinché sia funzionalmente equivalente a quella realmente utilizzata per l'aggiudicazione.

*Esempio:*

*Un bando di gara riporta il fabbisogno di 100 protesi complete per due distinte Aziende sanitarie (70 per la prima, 30 per la seconda). Il fornitore aggiudicatario, per ogni protesi completa fornirà:*

- o uno stelo;*
- o una testa;*
- o due viti.*

*Pertanto il valore 100 (indicato nei documenti di gara) dovrà essere convertito rispetto alla composizione di dispositivi aggiudicati e quindi contrattualizzati:*

<b>Q.TÀ AGGIUD.</b>	<b>ID CONTRATTO</b>	<b>Q.TÀ CONTRATT.</b>	<b>ID RDM</b>	<b>DISPOSITIVO</b>	<b>AZIENDA</b>
100	1	70	1234	Stelo	Azienda 1
100	1	70	1235	Testa	Azienda 1
200	1	140	1236	Vite	Azienda 1
100	2	30	1234	Stelo	Azienda 2
100	2	30	1235	Testa	Azienda 2
200	2	60	1236	Vite	Azienda 2

7.3.4.9 Unità di riferimento del prezzo unitario aggiudicato

Il campo “Prezzo unitario aggiudicato” (27.0) indica il **prezzo (IVA esclusa) sostenuto per l'acquisto della singola unità**, comprensivo di eventuali servizi aggiuntivi.

L'unità di riferimento del prezzo può essere diversa in funzione del tipo di dispositivo medico oggetto del contratto (ad es., nel caso di scatole di siringhe, l'unità di riferimento del prezzo sarà la singola siringa, nel caso di materiale acquistato a peso l'unità di riferimento del prezzo sarà il chilo, ecc.).

**Solo nel caso di “sfusi” il prezzo unitario corrisponde al costo di acquisto di una confezione di quantitativo pari a quanto indicato nel campo “Pezzi per confezione” (22.0).**

**Il prezzo deve essere imputato al netto di eventuali sconti.**

Nel caso di **sconti merce** si individuano le seguenti modalità di rilevazione:

- a) se i **dispositivi medici sono forniti in sconto merce a fronte di acquisti dello stesso dispositivo**, è necessario imputare un unico dispositivo medico ed indicare come prezzo unitario di aggiudicazione il prezzo medio.

*Esempio:*

*Nella redazione di un contratto si definisce che l'azienda sanitaria acquista 1.000 pacemaker al prezzo unitario di 3.000€ e che ogni 10 acquistati ne vengono ceduti 2 in omaggio. In questo caso il numero totale dei pacemaker acquisiti è 1.200  $[1.000+(1.000/10*2)]$  ed il costo unitario è 2.500€  $[(3.000*1.000)/1.200]$ .*

- b) se **in sconto merce è fornito un dispositivo medico diverso dal dispositivo acquistato**, oltre a rilevare il dispositivo medico acquistato al relativo prezzo, è necessario rilevare anche il dispositivo medico in sconto merce indicando zero quale “Prezzo unitario aggiudicato”.

*Esempio:*

*Un bando di gara riporta il fabbisogno di 100 pacemaker e 100 elettrocaterteri. Il fornitore aggiudicatario propone:*

- 100 pacemaker a 2.800€ cadauno;*
- 1 elettrocatertere fornito in forma gratuita per ogni pacemaker acquistato.*

*Il caso è rappresentabile come segue:*

<b>Q.TÀ AGGIUD.</b>	<b>ID CONTRATTO</b>	<b>Q.TÀ CONTRATT.</b>	<b>ID RDM</b>	<b>DISPOSITIVO</b>	<b>PREZZO</b>
100	1	100	7777	Pacemaker	2800
100	1	100	7778	Elettrocatertere	0

Tale opzione andrebbe adottata anche qualora lo sconto merce fosse parziale, ovvero nel caso in cui lo sconto per un dispositivo sia tradotto dall'offerente come significativo abbattimento del prezzo di altro dispositivo, senza che ciò si configuri necessariamente come omaggio.

### 7.3.5 Modalità di rilevazione contratti di listino/budget e di service

#### 7.3.5.1 Contratto di listino/budget

Per i contratti di listino/budget, sono previste **tre possibili modalità di rilevazione dei dati**:

a) **alla stipula del contratto, con trasmissione dei dati di tutti i dispositivi medici presenti nel listino:**

- “Prezzo unitario aggiudicato” (27.0) valorizzato al netto dello sconto;
- “Quantità aggiudicata” (26.0) e “Quantità contrattualizzata” (34.0) valorizzate a zero.

Tale modalità potrebbe comportare l'invio di un numero elevato di record relativi a dispositivi medici, che non necessariamente verrebbero effettivamente acquistati dall'Azienda.

b) **alla stipula del contratto, con elezione di un dispositivo rappresentativo:**

- “Codice identificativo Dispositivo Medico” (11.0) compilato con il solo identificativo corrispondente al primo codice identificativo della famiglia dei dispositivi presente nel listino considerato (o con altro codice scelto dall'Azienda Sanitaria tra quelli in listino);
- “Prezzo unitario aggiudicato” (27.0) valorizzato con l'importo complessivo del contratto;
- “Quantità aggiudicata” (26.0) valorizzata a zero.

c) **trasmissione periodica dei dati relativi ai dispositivi facenti parte del listino per i quali sia stato emesso un ordine:** tale modalità potrebbe comportare ridondanza delle informazioni rilevate per ogni prodotto nel caso in cui si trasmettano i singoli ordini emessi o un consuntivo mensile degli ordini emessi per ciascun prodotto per tutta la durata del contratto.

La trasmissione periodica **non è ammessa nei casi in cui stipula del contratto ed emissione degli ordini siano effettuati da Enti diversi** (v. gare sovraziendali).

#### 7.3.5.2 Contratto di service

È richiesta la trasmissione dei dati del contratto di service solo nel caso in cui codice di repertorio e prezzo del dispositivo medico siano chiaramente identificabili nel contratto di service stesso.

**Nel caso in cui il codice di repertorio ed il prezzo del dispositivo non risultino chiaramente distinguibili, il contratto di service non deve essere rilevato.**

Per i contratti di service, sono previste **due possibili modalità di rilevazione**:

- a) **trasmissione di un unico contratto** di service contenente sia i dispositivi acquistabili sia i dispositivi in locazione;
- b) **trasmissione di due contratti**, uno di acquisto del materiale di consumo e uno di locazione delle apparecchiature, il quale potrebbe comprendere anche il costo di manutenzione.

### 7.3.6 *SISTEMA DEI CONTROLLI*

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

---

#### 7.3.6.1 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.

#### 7.3.6.2 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.

Gli errori relativi ai soli obbligatorietà di compilazione e valori ammessi sono segnalati nelle restituzioni con la sigla “OBVA” ed il numero della scheda relativa al campo contenente l’errore (ad es., OBVA43.0).

### 7.3.7 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 [D15].

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 essi non concorrono al calcolo degli indici di monitoraggio trimestrale. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza vengono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle “eccezioni”, qualora consentito.

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”: mese ed anno della “Data stipula contratto” (18.0), valutata per i contratti stipulati dal 1/01/2015, esclusivamente al primo invio del contratto (ovvero qualora, all’inserimento del record, non sia già presente nell’archivio regionale del Flusso DMRP-Contratti alcun record avente medesima combinazione dei campi Codice Azienda inviante (01.0), Codice struttura contraente (15.0), Identificativo contratto (16.0)).

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

### 7.3.8 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) [D9, D10, D11].

Rientrano tra i criteri di monitoraggio per la valutazione dell’adempienza regionale:

- trasmissioni dei dati riferite a tutti i mesi del periodo gennaio-dicembre;
- trasmissioni dei dati riferite a tutte le aziende sanitarie della Regione tenute all’invio dei flussi DM;
- puntuale invio dei dati come da calendario regionale [D15];
- coerenza degli importi dei consumi rilevati attraverso il flusso Consumi DM rispetto agli importi della spesa per dispositivi medici rilevati da Modello CE;
- corretta attribuzione dei consumi di dispositivi medici al codice della struttura in cui è avvenuto il consumo.

Ulteriori indicatori di monitoraggio potranno essere eventualmente introdotti in ambito ministeriale o regionale.

## **7.4 ALLEGATI**

### *7.4.1 TRACCIATI RECORD*

#### 7.4.1.1 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.

#### 7.4.1.2 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).

**7.4.2 TABELLE DI TRANSCODIFICA**

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

<b>TIPOLOGIA DI CONTRATTO (corrispondenza codifiche regionale e ministeriale)</b>			
<b>CODIFICA REGIONALE</b>		<b>CODIFICA MINISTERIALE</b>	
<i>Codice regionale</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Codice ministeriale</i>	<i>Descrizione</i>
01	acquisto	CA	Contratto di acquisto <sup>19</sup>
02	misto		
06	acquisto a riscatto (esclusa classe CND Z)		
03	leasing	LF	Contratto di leasing finanziario <sup>20</sup>
04	noleggio	CO	Contratto di locazione <sup>21</sup>
07	listino/budget	CB	Contratto di acquisto da listino/budget

<sup>19</sup> art. 1470-1547 C.C.

<sup>20</sup> art. 1523 C.C.

<sup>21</sup> artt. 1571-1654/1523 C.C.

<b>TIPOLOGIA DI CONTRATTO (corrispondenza codifiche regionale e ministeriale)</b>			
08	comodato	CC	Contratto di comodato <sup>22</sup>
09	donazione	CD	Contratto di donazione <sup>23</sup>
10	service <sup>24</sup>	CS	Contratto di service <sup>25</sup>

---

22 artt. 1803-1812 C.C.

23 art. 769 C.C.

24 È richiesta la trasmissione dei dati del contratto di service solo nel caso in cui codice di repertorio e prezzo del dispositivo medico siano chiaramente identificabili nel contratto di service stesso. Nel caso in cui il codice di repertorio ed il prezzo del dispositivo non risultino chiaramente distinguibili, il contratto di service non deve essere rilevato.

25 artt. 1655-1677 C.C.

---

<b>FORMA DI NEGOZIAZIONE (corrispondenza codifiche regionale e ministeriale)</b>			
<b>CODIFICA REGIONALE</b>		<b>CODIFICA MINISTERIALE</b>	
<i>Codice regionale</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Codice ministeriale</i>	<i>Descrizione</i>
02	Procedura ristretta	PR	Procedura ristretta <sup>26</sup>
04	Procedura negoziata senza previa pubblicazione	PS	Procedura negoziata senza previa pubblicazione bando <sup>27</sup>
05	Procedura negoziata previa pubblicazione	PP	Procedura negoziata previa pubblicazione bando <sup>28</sup>
06	Accordo quadro	PA	Procedura aperta <sup>29</sup>
08	Procedura aperta		
09	Cottimo fiduciario (senza affidamenti diretti)	CF	Cottimo fiduciario <sup>30</sup>
10	Affidamento diretto	AD	Affidamento diretto <sup>31</sup>
11	Adesione a CONSIP	NC	Non conosciuto
12	Adesione a SCR		
13	Gara sovrazonale		

<sup>26</sup> art. 55 D.lgs. 163/2006 e s.m.i.

<sup>27</sup> art. 57 D.lgs. 163/2006 e s.m.i.

<sup>28</sup> art. 56 D.lgs. 163/2006 e s.m.i.

<sup>29</sup> art. 55 D.lgs. 163/2006 e s.m.i.

<sup>30</sup> art. 125 D.lgs. 163/2006 e s.m.i.

<sup>31</sup> art. 125 D.lgs. 163/2006 e s.m.i.

Tracciato “CONSUMI ”

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

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun	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
	<b>Dati sulla struttura utilizzatrice</b>					
05.0	Codice Struttura utilizzatrice	AN	8	Codice 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	<b>Periodo di riferimento</b>					
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
	<b>Dati sul Dispositivo Medico</b>					
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
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).

7.4.2.1 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
	<b>Dati sulla Struttura contraente</b>					
15.0	Codice Struttura contraente	AN	6	Codice HSP11 / FLS11 identificativo della Struttura contraente.	OBB	NS
	<b>Dati sul Contratto</b>					
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
21.0	Ambito valenza contratto	AN	1	Ambito di valenza del contratto.	NBB	NS

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun	Note	OBB	NSIS
<b>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)<sup>32</sup></b>						
<b>Dati sul Dispositivo Medico</b>						
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.	OBB	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
35.0	Servizi accessori <sup>33</sup>	AN	1	Indica la presenza di servizi accessori che possono influire sul prezzo di acquisto del dispositivo medico.	NBB	NS
30.0	Conto deposito	AN	1	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

<sup>32</sup> 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.

<sup>33</sup> sostituisce il campo "Assistenza specialistica al personale"

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).

### 7.4.3 SCHEDE ANALITICHE

#### 7.4.3.1 Premessa

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

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

7.4.4 Schede

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONS	OBB	Codice Azienda Sanitaria inviante	01.0
CONT	OBB		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice della Azienda Sanitaria che invia i dati al sistema di monitoraggio regionale e cui afferisce la struttura utilizzatrice o contraente.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 901<sup>34</sup>, 902<sup>35</sup>, 903<sup>36</sup>, 904, 905, 906, 907, 908, 909<sup>37</sup>.

TABELLE DI RIFERIMENTO: ASL, AO e AOU della Regione Piemonte.

**CONTROLLI APPLICATI**

L04 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice struttura utilizzatrice.

L02 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura contraente.

L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga.

L15 – Congruenza tra progressivi di riga.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

<sup>34</sup> Codice valido fino al 30 giugno 2012.

<sup>35</sup> Codice valido fino al 30 giugno 2012.

<sup>36</sup> Codice valido fino al 30 giugno 2012.

<sup>37</sup> Codice valido dal primo luglio 2012.

#### **CAMPO CHIAVE**

Per il tracciato “CONS” è il codice dell'Azienda Sanitaria cui afferisce la Struttura utilizzatrice del Dispositivo Medico indicata nel campo “Codice struttura utilizzatrice” (05.0).

**Il codice inserito deve essere valido al mese di consegna del dispositivo medico (09.1 + 09.2) ed entro la data di invio al Sistema di Monitoraggio regionale.**

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.

Per il tracciato “CONT” è il codice dell'Azienda Sanitaria cui afferisce la Struttura contraente nel contratto di acquisto del Dispositivo Medico indicata nel campo “Codice struttura contraente” (15.0).

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

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONS</b>	<b>OBB</b>	<b>Tipo flusso</b>	<b>02.0</b>
<b>CONT</b>	<b>OBB</b>		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il tipo flusso di monitoraggio regionale.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: CO, CT

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

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

Tipo flusso:

CO = flusso dei consumi;

CT = flusso contratti.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONS</b>	<b>NBB</b>	<b>Identificativo Scheda Consumo</b>	<b>03.0</b>

#### **DESCRIZIONE CAMPO**

È il codice identificativo univoco della scheda consumo.

#### **CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### **CONTROLLI APPLICATI**

N05 – Scheda non elaborata: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

##### **Identificativo Scheda consumo**

Le schede consumo possono essere identificate da un codice (alfanumerico di 15 caratteri) univoco per Azienda inviante formato da:

8. primi 3 caratteri: Codice ASR inviante (01.0)
9. successivi 2 caratteri: identificativo flusso (CO)
10. successivi 10 caratteri: una combinazione di cifre numeriche e lettere dell'alfabeto (maiuscole).

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONS</b>	<b>OBB</b>	<b>Tipo movimento</b>	<b>04.0</b>
<b>CONT</b>	<b>OBB</b>		

#### **DESCRIZIONE CAMPO**

Indica se l'invio riguarda una nuova Scheda Consumo o una nuova Scheda Acquisto/Contratto di Dispositivo Medico e 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:

#### **CONTROLLI APPLICATI**

L15 – Congruenza tra progressivi di riga.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

##### **CAMPO TECNICO**

##### **LEGENDA CODICI:**

I = primo invio;

S = sostituzione;

C = cancellazione.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONS	OBB	Codice Struttura utilizzatrice	05.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Codice struttura di ricovero, farmacia, istituto o centro di riabilitazione, istituto penitenziario o altra struttura sanitaria utilizzatrice.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. osservazioni e precisazioni.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

- Codici HSP11bis (v. Osservazioni e Precisazioni), STS11, RIA11, FLS11;
- Codici ministeriali delle Farmacie e degli Istituti penitenziari.

#### CONTROLLI APPLICATI

L02 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura contraente.

L04 – Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura utilizzatrice.

L05<sup>38</sup> – Congruenza fra Centro di Costo e Unità Operativa Funzionale.

L16 – Congruenza tra Codice Struttura utilizzatrice e Tipo destinazione utilizzo.

L17 – Congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

S02 – Incongruenza tra Centro di Costo e Unità Operativa Funzionale.

S04 – Codice Struttura utilizzatrice non presente in anagrafe ministeriale.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

##### CAMPO CHIAVE

**Il codice inserito deve essere valido al mese di consegna del dispositivo medico (09.1 + 09.2) ed entro la data di invio al Sistema di Monitoraggio regionale.**

<sup>38</sup> L'applicazione del controllo L05 è transitoriamente sospesa; in previsione della sua futura applicazione è attiva la segnalazione S02, al fine di evidenziare la mancata corrispondenza tra un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso dal Ministero della Salute ed il codice di Centro di costo inserito. La mancata estrazione di un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso è oggetto di monitoraggio ministeriale.

Deve essere indicato il Codice della Struttura utilizzatrice del Dispositivo Medico (**non** di quella titolare dell'acquisto):

- Struttura di ricovero: codice HSP11bis di otto cifre\* ;
- Altra struttura sanitaria (ambulatorio, laboratorio, SERT, RSA, CSM, Struttura residenziale o semiresidenziale o altro tipo di struttura): STS11;
- Farmacie territoriali convenzionate: codice assegnato dal Ministero;
- Istituto o centro di riabilitazione: RIA11 (ex DM 5 dicembre 2006) [D12];
- Istituto penitenziario: codice assegnato dal Ministero;
- ASL o struttura equiparata: FLS11.

\* 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).

In caso di acquisti centralizzati a livello regionale (ad es., la Regione, un'ASL o una struttura equiparata acquista per conto di tutte le ASL del territorio), nei campi previsti per l'individuazione della struttura utilizzatrice deve essere indicata l'Azienda Sanitaria di riferimento della struttura in cui avviene la movimentazione e non quella titolare dell'acquisto.

Qualora si tratti di struttura di ricovero (identificata da un codice HSP11 alias HSP11bis), deve essere altresì compilato il campo Centro di Costo 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.**

Nel caso in cui l'acquisto di dispositivi medici sia destinato a strutture private, è necessario inserire il codice identificativo della struttura privata utilizzatrice e valorizzare il campo "Codice Azienda Sanitaria inviante" (01.0) con il codice dell'Azienda sanitaria che ha provveduto all'acquisto o che riporterà la spesa nel proprio modello di CE o SP.

Nel caso in cui la struttura utilizzatrice sia una farmacia distrettuale per la quale non è prevista una codifica nell'ambito del modello STS11, dev'essere indicato il codice della ASL come da modello FLS11.

La lista dei codici identificativi delle Farmacie territoriali convenzionate e degli Istituti penitenziari 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". 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.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONS	OBB	Centro di Costo	06.0

### DESCRIZIONE CAMPO

Codice Centro di Costo associato al Flusso DMRP nell'Archivio Regionale dei Punti di Erogazione.

### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice Centro di Costo oppure 0000000000  
(v. Osservazioni e Precisazioni).

#### TABELLE DI RIFERIMENTO:

- Centri di Costo associati al Flusso DMRP nell'Archivio Regionale dei Punti di Erogazione (ARPE);
- Codici UOF (disciplina + progressivo divisione) da modello HSP12 [D12] relativo alle rilevazioni FIM.

### CONTROLLI APPLICATI

L05<sup>39</sup> – Congruenza fra Centro di Costo e Unità Operativa Funzionale.

L17 – Congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

S02 – Incongruenza tra Centro di Costo e Unità Operativa Funzionale.

### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

#### CAMPO CHIAVE

Il codice Centro di costo inserito deve corrispondere ad un codice associato al Flusso DMRP nell'Archivio Regionale dei Punti di Erogazione (ARPE).

<sup>39</sup> L'applicazione del controllo L05 è transitoriamente sospesa; in previsione della sua futura applicazione è attiva la segnalazione S02, al fine di evidenziare la mancata corrispondenza tra un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso dal Ministero della Salute ed il codice di Centro di costo inserito. La mancata estrazione di un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso è oggetto di monitoraggio ministeriale.

In caso di struttura utilizzatrice di ricovero – identificata con Codice Struttura utilizzatrice (05.0) HSP11 alias HSP11bis – il campo dev'essere valorizzato con un codice di centro di costo relativo a tale struttura. L'associazione avviene attraverso l'individuazione del codice della struttura utilizzatrice di appartenenza (HSP11 alias HSP11bis) e del codice del reparto/unità operativa (codice Unità Operativa Funzionale composto da Codice disciplina e relativo progressivo divisione).

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONS	OBB	Tipo destinazione utilizzo	07.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Macrotipologia di destinazione dei Dispositivi Medici utilizzati.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: I, D, P

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

#### CONTROLLI APPLICATI

L16 – Congruenza tra Codice Struttura utilizzatrice e Tipo destinazione utilizzo.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

##### CAMPO CHIAVE

##### LEGENDA DEI CODICI:

Tipologia destinazione di utilizzo<sup>40</sup>:

I = consumo interno;

<sup>40</sup> La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione di dispositivi ad assistiti per l'utilizzo al proprio domicilio. Tuttavia, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, la distribuzione diretta può essere organizzata secondo due modelli:

1. Distribuzione diretta propriamente detta ("D"): consegna del dispositivo all'assistito attraverso le strutture delle Aziende Sanitarie (distribuzione diretta propriamente detta): in tal caso, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere acquistano i dispositivi – secondo le condizioni di norma previste per il Servizio Sanitario Nazionale – e li distribuiscono, mediante le proprie strutture, direttamente ai pazienti per l'utilizzo al proprio domicilio;
2. Distribuzione per conto ("P"): sulla base di un accordo tra Regione/ASL e distributori (grossista e/o farmacia) per la consegna del dispositivo all'assistito (distribuzione per conto), i dispositivi vengono acquistati dalle ASL/Regioni ma consegnati all'assistito, per loro conto, dalle farmacie territoriali aperte al pubblico.

D = distribuzione diretta;  
P = distribuzione per conto.

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).

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONS	OBB	Destinazione di utilizzo	08.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Destinazione di utilizzo dei Dispositivi Medici utilizzati.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 0, 1, 2, 3, 4, 5

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

#### CONTROLLI APPLICATI

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

##### CAMPO CHIAVE

##### LEGENDA DEI CODICI:

##### Destinazione di utilizzo, per Tipo destinazione di utilizzo = I (consumo interno):

0 = non disponibile

1 = ricovero ordinario

2 = day hospital

3 = misto

4 = specialistica ambulatoriale

5 = altro

##### Destinazione di utilizzo, per Tipo destinazione di utilizzo = D (distribuzione diretta) o P (distribuzione per conto):

0 = non disponibile

1 = alla dimissione da ricovero

2 = a seguito di visita specialistica

3 = diretta a cronici

4 = in assistenza domiciliare

5 = in assistenza residenziale o semiresidenziale.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONS</b>	<b>OBB</b>	<b>Periodo di riferimento: Anno consegna</b>	<b>09.1</b>

**DESCRIZIONE CAMPO**

Anno in cui è avvenuta la distribuzione interna del Dispositivo Medico

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: AAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L06 – Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data di avvio del flusso.

L07 – Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data corrente.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

N07 - Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

S01 – Invio in extracompetenza.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**CAMPO CHIAVE**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONS	OBB	Periodo di riferimento: Mese consegna	09.2

**DESCRIZIONE CAMPO**

Mese in cui è avvenuta la distribuzione interna del Dispositivo Medico.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1 - 12

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L06 – Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data di avvio del flusso.

L07 – Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data corrente.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

N07 - Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

S01 – Invio in extracompetenza.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**CAMPO CHIAVE**

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONS</b>	<b>OBB</b>	<b>Tipo dispositivo</b>	<b>10.0</b>
<b>CONT</b>	<b>OBB</b>		

#### **DESCRIZIONE CAMPO**

Tipologia di Dispositivo Medico (di classe o assemblato).

#### **CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi Osservazioni e Precisazioni.

#### **CONTROLLI APPLICATI**

L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga.

L15 – Congruenza tra progressivi di riga.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

##### **CAMPO CHIAVE**

##### **LEGENDA CODICI:**

1 = Dispositivo Medico di classe

2 = Dispositivo Medico Assemblato.

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONS	OBB	Codice identificativo Dispositivo Medico	11.0
CONT	OBB		

#### DESCRIZIONE CAMPO

Identificativo di iscrizione del dispositivo in Banca dati/Repertorio (BD/RDM).

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 13

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. osservazioni e precisazioni.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Banca dati/Repertorio dei Dispositivi Medici del Ministero della Salute.

#### CONTROLLI APPLICATI

L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga.

L15 – Congruenza tra progressivi di riga.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N05 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione.

N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

##### CAMPO CHIAVE

**Tracciato “CONS”:** il codice inserito deve essere valido al mese di consegna del dispositivo medico (09.1 + 09.2) ed entro la data di invio al Sistema di Monitoraggio regionale.

**Tracciato “CONT”:** il codice inserito deve essere valido alla data di notifica del caricamento del file XML nel sistema regionale di acquisizione dati.

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”.

Dal 13 dicembre 2010, 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** (ad es., se l’Identificativo di iscrizione al Repertorio risulta “123456/R”, il campo dovrà

essere valorizzato con “123456”).

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

Uno stesso contratto può prevedere l’acquisto di più dispositivi medici, ciascuno dei quali dotato di un proprio codice identificativo di iscrizione al Repertorio.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONS	OBB	Costo d'acquisto	12.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Costo complessivo sostenuto per l'acquisto delle quantità indicate.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 14

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: -99999999.99999 – 99999999.99999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### CONTROLLI APPLICATI

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per costo di acquisto si intende il **costo complessivo sostenuto per l'acquisto delle quantità indicate nel campo "Quantità distribuita" (13.0)**, in euro con cinque cifre decimali, considerando il **costo medio ponderato mensile**, comprensivo di IVA, al netto dei resi.

Sono ammessi valori negativi, utilizzando il segno meno "-" prima del valore, nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne. Può verificarsi il caso in cui, in un dato mese di riferimento, "Quantità distribuita" (13.0) e "Costo d'acquisto" assumano segno diverso, qualora, nel corso del mese, il prezzo di un dispositivo subisca variazioni: in tal caso, il costo del reso potrebbe risultare maggiore del costo della fornitura a fronte di quantità consegnate superiori a quelle rese.

Il costo sostenuto per l'acquisto di Dispositivi Medici in conto deposito dev'essere oggetto di rilevazione nel flusso solo al momento dell'effettivo consumo.

In caso di assenza di costo di acquisto, il campo dev'essere valorizzato con "0.00000".

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONS</b>	<b>OBB</b>	<b>Quantità distribuita</b>	<b>13.0</b>

**DESCRIZIONE CAMPO**

Numero di unità di ciascun dispositivo medico consegnate alla struttura, al netto dei resi (quantità di singole unità distribuite).

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: - 999999999999.99 – 999999999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il flusso mira a rilevare le informazioni relative alla quantità di singole unità distribuite (ad es., numero di siringhe nel caso di scatole di siringhe, numero di chili per materiale acquistato a peso, ecc.).

Sono ammessi valori negativi, utilizzando il segno meno “-” prima del valore, nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne. Può verificarsi il caso in cui, in un dato mese di riferimento, “Quantità distribuita” e “Costo d’acquisto” (12.0) assumano segno diverso, qualora, nel corso del mese, il prezzo di un dispositivo subisca variazioni: in tal caso, il costo del reso potrebbe risultare maggiore del costo della fornitura a fronte di quantità consegnate superiori a quelle rese.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>NBB</b>	<b>Identificativo Scheda Contratto</b>	<b>14.0</b>

#### **DESCRIZIONE CAMPO**

È il codice identificativo univoco della scheda relativa ai dati del contratto.

#### **CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### **CONTROLLI APPLICATI**

N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

##### **Identificativo Scheda**

Rappresenta un codice alfanumerico univoco di 15 caratteri, che identifica l'insieme delle informazioni relative al contratto oggetto di rilevazione. Ha struttura predeterminata:

11. primi 3 caratteri: Codice ASR inviante (01.0);
12. successivi 2 caratteri: identificativo flusso (CT);
13. successivi 10 caratteri: una combinazione di cifre numeriche e lettere dell'alfabeto maiuscole (può risultare conveniente adottare un numero progressivo per la composizione di tale ultimo segmento).

Ad es.: 208CT0987654321

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	OBB	Codice Struttura contraente	15.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Codice HSP11 / FLS11 della Struttura contraente.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: v. Osservazioni e Precisazioni

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei codici HSP11 e FLS11.

#### CONTROLLI APPLICATI

L02 – Congruenza tra Codice Azienda inviante e Codice struttura contraente.

L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga.

L15 – Congruenza tra progressivi di riga.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

S05 – Codice Struttura contraente non presente in anagrafe ministeriale.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

##### CAMPO CHIAVE

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

Per AO, IRCCS e AOU indicare il codice del modello HSP11, per le altre indicare il codice del modello FLS11 (ASL, ESTAV).

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.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	OBB	Identificativo contratto	16.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Identifica in modo univoco il contratto di acquisto dei dispositivi medici, univoco nell'ambito dell'Azienda sanitaria contraente: **coincide con il CIG (Codice Identificativo Gara) per lotto.**

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 40

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: CIG (Codice Identificativo Gara) per lotto: caratteri alfanumerici, tranne "@".

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### CONTROLLI APPLICATI

L08 – Congruenza tra Identificativo contratto e Codice CIG.

L14 – Congruenza tra Codice Dispositivo Medico e Progressivo di riga.

L15 – Congruenza tra progressivi di riga.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

##### CAMPO CHIAVE

Il codice da utilizzare per identificare il contratto oggetto di rilevazione è il CIG **per lotto**, assegnato in ambito SIMOG (Sistema Informativo di Monitoraggio delle Gare).

Qualora una gara comprenda una molteplicità di lotti, la stazione appaltante avrà richiesto un CIG per ciascun lotto. Tuttavia, nel caso dell'**aggiudicazione di diversi lotti ad un medesimo operatore economico**, con il quale la stazione appaltante avrà stipulato un **contratto unico**, il SIMOG consente di **eleggere a "CIG master" uno dei CIG relativi ai singoli lotti**, che può essere **utilizzato per la tracciabilità finanziaria di tutti i lotti**<sup>41</sup> [D17] e, relativamente al flusso contratti regionale, quale unico identificativo contratto.

Il codice CIG potrà consentire l'integrazione del flusso Consumi con i dati rilevati dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione (ANAC) – subentrata all'AVCP – attraverso la Banca dati dei contratti

<sup>41</sup> [D17] par. 6.5

pubblici. L'obbligo di utilizzo del codice CIG è stato istituito per tutti i contratti stipulati dall'entrata in vigore della legge 136/2010 [D13].

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>NBB</b>	<b>Tipologia di contratto</b>	<b>17.0</b>

#### **DESCRIZIONE CAMPO**

Identifica la tipologia di contratto ai sensi della normativa vigente (Codice civile e Codice degli appalti).

#### **CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 10

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

#### **CONTROLLI APPLICATI**

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

##### **LEGENDA DEI CODICI<sup>42</sup>:**

01 = acquisto

02 = misto

03 = leasing

04 = noleggio

06 = acquisto a riscatto (con esclusione della classe CND Z)

07 = listino/budget

08 = comodato

09 = donazione

10 = service

<sup>42</sup> Eliminata voce 05.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>OBB</b>	<b>Data stipula contratto</b>	<b>18.0</b>

**DESCRIZIONE CAMPO**

Data di stipula del contratto.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L09 – Congruenza tra Data stipula contratto e data di avvio del flusso.

L10 – Congruenza tra Data stipula contratto e data corrente.

N07 - Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	OBB	Durata del contratto	19.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Indica la durata del Contratto espressa in **mesi**.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0 – 999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### CONTROLLI APPLICATI

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Qualora il contratto di acquisizione preveda la consegna dei beni a fronte di un unico ordine (es. acquisto attrezzatura), si indicherà il valore "0"; negli altri casi (es. noleggio di attrezzatura, contratto di somministrazione) la durata sarà quella prevista dal contratto espressa in mesi.

**Il rinnovo contrattuale è da considerare nuovo contratto.**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	NBB	Forma di negoziazione	20.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Forma di negoziazione dell'approvvigionamento.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 02, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11, 12, 13

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

#### CONTROLLI APPLICATI

L18 - Congruenza fra Forma di negoziazione e Ambito di valenza.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

##### LEGENDA DEI CODICI<sup>43</sup>:

##### Forma di negoziazione dell'approvvigionamento:

02 = Procedura ristretta

04 = Procedura negoziata senza previa pubblicazione

05 = Procedura negoziata previa pubblicazione

06 = Accordo quadro

08 = Procedura aperta

09 = Cottimo fiduciario (senza affidamenti diretti)

10 = Affidamento diretto

11 = Adesione a CONSIP

12 = Adesione a SCR

13 = Gara sovrazonale

---

<sup>43</sup> Eliminate le voci 01, 03, 07.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>NBB</b>	<b>Ambito di valenza contratto</b>	<b>21.0</b>

#### **DESCRIZIONE CAMPO**

Indica l'ambito di valenza del contratto.

#### **CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 - 4

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

#### **CONTROLLI APPLICATI**

L18 - Congruenza fra Forma di negoziazione e Ambito di valenza.

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

##### **LEGENDA DEI CODICI:**

##### **Ambito di valenza del contratto:**

- 1 = Nazionale
- 2 = Regionale
- 3 = Sovraziendale o Consortile
- 4 = Aziendale.

Forma di negoziazione (20.0) e ambito di valenza [D7]:

- in caso di adesione a convenzioni CONSIP, la valenza sarà “Nazionale”;
- per le adesioni a SCR, è necessario indicare l’ambito di valenza “Regionale”;
- per le gare sovrazionali, indicare “Sovraziendale”.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	NBB	Pezzi per confezione	22.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Numero di unità presenti nella confezione minima indivisibile prevista dal contratto.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 11

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0.0000 - 999999.9999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### CONTROLLI APPLICATI

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per i soli dispositivi classificati come “sfusi”, il campo deve contenere la quantità di dispositivo contenuta nella confezione minima, espressa nell’unità di misura chimico-fisica indicata per quel tipo di dispositivo nel documento apposito.

**Per i dispositivi non classificati come “sfusi” dovrà essere indicato il valore zero.**

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>NBB</b>	<b>Denominazione Fornitore</b>	<b>23.0</b>

**DESCRIZIONE CAMPO**

Denominazione del fornitore.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 100

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: caratteri alfanumerici, tranne “@”.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L11 – Congruenza tra Fabbricante e Denominazione Fornitore.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**Da indicare solo se il fornitore è diverso dal fabbricante.**

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	NBB	Partita IVA Fornitore	24.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Partita IVA del fornitore italiano (o *VAT number* se fornitore estero).

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: caratteri alfanumerici, tranne “@”.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### CONTROLLI APPLICATI

L12 – Congruenza tra Fabbricante e Partita IVA Fornitore.

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

**Da indicare solo se il fornitore è diverso dal fabbricante.**

I codici di partita IVA italiani sono costituiti da 11 cifre, la prima delle quali è eventualmente uno zero, che è necessaria parte integrante del codice stesso.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>NBB</b>	<b>Fabbricante</b>	<b>25.0</b>

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica se il fornitore è anche il fabbricante.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2

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

**CONTROLLI APPLICATI**

L11 – Congruenza tra Fabbricante e Denominazione Fornitore.

L12 – Congruenza tra Fabbricante e Partita IVA Fornitore.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

1 = sì

2 = no.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	OBB	Quantità aggiudicata	26.0

**DESCRIZIONE CAMPO**

Quantità indicata nel bando di gara o comunicata ai fornitori per la formulazione dell'offerta.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0.00 – 999999999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L13 – Congruenza tra Quantità aggiudicata e Quantità contrattualizzata.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Indica il numero di unità dispositivi previste dal contratto, indipendentemente dalle unità presenti in una confezione di vendita. Dev'essere indicato il totale delle unità aggiudicate con un dato contratto.

*Esempio:*

*Nel caso di siringhe, il numero di unità corrisponderà al numero di siringhe, indipendentemente dalla confezione di vendita prevista, nel caso di materiale acquistato a peso, il numero di chili, ecc.*

È consentito inserire il valore "0" [D7]:

- per adesioni a convenzioni CONSIP o SCR, solo qualora la quantità negoziata non sia nota;
- nel caso di contratti di listino/budget con invio dei dati alla stipula del contratto.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	OBB	Prezzo unitario aggiudicato	27.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Prezzo contrattualizzato del singolo pezzo (IVA esclusa).

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 14

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0.00000 - 99999999.99999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### CONTROLLI APPLICATI

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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.**

- Per i contratti di **acquisto, acquisto a riscatto o misto**, il prezzo unitario corrisponde al **costo di acquisto di un pezzo** (solo nel caso di "sfusi", corrisponde al **costo di una confezione di quantitativo pari a quanto indicato nel campo "Pezzi per confezione"** (22.0));
- per i contratti di **leasing**, il prezzo unitario corrisponde al **valore della rata mensile per un singolo dispositivo aumentata del valore di riscatto ripartito equamente sul numero totale di rate previste dal contratto**;
- per i contratti di **noleggio**, il prezzo unitario corrisponde al **costo di acquisizione del dispositivo per un singolo mese**;
- per i contratti di **comodato o donazione**, valorizzare con **zero**;
- per i contratti di **service**, il prezzo unitario deve corrispondere al **prezzo del dispositivo medico qualora lo stesso sia chiaramente distinguibile nel contratto di service**.

Gli acquisti finanziati non hanno alcun legame giuridico con i contratti di leasing, di locazione e simili, pertanto andranno trattati al pari di qualunque acquisto.

Nel caso di noleggio, il prezzo unitario di aggiudicazione dovrà essere correlato all'unità di misura temporale minima (mese).

*Esempio:*

*Noleggio attrezzatura con canone giornaliero: il campo dovrà esser valorizzato con il valore giornaliero moltiplicato per 30.*

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>OBB</b>	<b>Tipologia Aliquota IVA</b>	<b>28.0</b>

**DESCRIZIONE CAMPO**

Tipologia di Aliquota IVA prevista nel contratto per il Dispositivo Medico.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S, A, M

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

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**LEGENDA CODICI:**

S = aliquota standard

A = aliquota agevolata

M = aliquota mista

La tipologia “mista” è prevista nei casi in cui, all’interno di uno stesso contratto, per uno stesso dispositivo medico, siano applicate aliquote IVA diverse.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME DEL CAMPO:</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>OBB</b>	<b>Conto deposito</b>	<b>30.0</b>

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica se il servizio di conto deposito è compreso o meno nel prezzo di fornitura del dispositivo medico.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2

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

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

1 = Conto deposito compreso;

2 = Conto deposito non compreso.

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

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	NBB	Voce di imputazione nel modello C.E.	31.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Codice che identifica la voce di Conto Economico nella quale è imputato il costo del dispositivo medico oggetto del contratto.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Valori di riferimento riportati nel modello di rilevazione del Conto Economico (C.E.)

#### CONTROLLI APPLICATI

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

**Il codice inserito deve essere valido alla data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati.**

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 [D14].

Se il contratto prevede l'acquisto di più dispositivi medici dovranno essere indicati gli identificativi di iscrizione al Repertorio, i prezzi di aggiudicazione, le relative voci di CE associate e le altre informazioni disponibili per ciascun dispositivo medico oggetto del contratto.

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME CAMPO</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>NBB</b>	<b>Codice CIG</b>	<b>32.0</b>

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice identificativo di gara adottato per identificare una gara d'appalto ed i relativi pagamenti.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L08 – Congruenza tra Identificativo contratto e Codice CIG.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il codice CIG potrà consentire l'integrazione del flusso Consumi con i dati rilevati dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione (ANAC) – subentrata all'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 [D13].

<b>TRACCIATO</b>	<b>Modalità</b>	<b>NOME CAMPO</b>	<b>Num. Scheda</b>
<b>CONT</b>	<b>OBB</b>	<b>Progressivo di riga</b>	<b>33.0</b>

#### **DESCRIZIONE CAMPO**

Progressivo che permette di imputare dati diversi a parità di numero di repertorio.

#### **CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0 - 99999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### **CONTROLLI APPLICATI**

L14 – Congruenza tra Dispositivo Medico e Progressivo di riga.

L15 – Congruenza tra progressivi di riga.

N01 – Non elaborabile: chiave non trovata.

N03 – Non elaborabile: chiave duplicata.

N06 – Non elaborabile: errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione.

S01 – Invio in extracompetenza.

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

##### **CAMPO CHIAVE**

Il progressivo di riga consente di imputare dati diversi (ad es., prezzo, quantità, ecc.) ad uno stesso numero di repertorio (11.0), nel caso in cui il dispositivo faccia riferimento ad una “notifica multipla”.

Qualora i dati associati al dispositivo siano univoci (un solo dispositivo avente un determinato Codice Dispositivo Medico incluso nel contratto), è necessario valorizzare il campo con zero.

Qualora – per uno stesso contratto – ad uno stesso Codice Dispositivo Medico fossero associati prezzi, quantità o altri dati differenti, ad ogni riga del contratto riferita al medesimo Codice Dispositivo

dev'essere assegnato un Progressivo di Riga incrementale e maggiore di zero (v. esempio).

A parità di Prezzo unitario aggiudicato deve essere inserita una sola riga per ogni Dispositivo Medico.

*Esempio:*

ASR	ID Contratto	Tipo Dispositivo Medico	Codice RDM	Progressivo di riga	Prezzo unitario aggiudicato	Quantità aggiudicata
206	ABC123	1	98765	1	€ 10.25	10.00
		1	98765	2	€ 8.15	30.00
		1	98765	3	€ 7.00	50.00
		1	4321	0	€ 0.25	140.00
		1	7863	1	€ 1415.30	3.00
		1	7863	2	€ 1200.95	3.00
		1	846197	0	€ 173.00	2.00

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.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
CONT	OBB	Quantità contrattualizzata	34.0

#### **DESCRIZIONE CAMPO**

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

#### **CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 15

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0.00 – 99999999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

#### **CONTROLLI APPLICATI**

L13 – Congruenza tra Quantità aggiudicata e Quantità contrattualizzata.

#### **OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Si tratta dei quantitativi di adesione della singola Azienda Sanitaria nel caso di gare sovraziendali, in presenza di centrali di acquisto (SCR) o per contrattualizzazioni ripartite.

Nel caso di dispositivi non “sfusi”, si tratta del numero di pezzi del dispositivo previsto dal contratto stipulato con il fornitore.

Nel caso di dispositivi “sfusi”, la quantità corrisponde al numero di confezioni che contengono la quantità specificata nel campo “Pezzi per confezione” (22.0).

Qualora si sia in presenza di contratti che non permettono il perfezionamento dell’accordo senza che venga definita la quantità (somministrazione/a listino/a budget), dovrà essere inserito il valore zero.

Il valore “0” è ammesso in presenza di contratti di listino/budget optando per l’invio dei dati alla stipula del contratto e trasmissione delle informazioni relative a tutti i dispositivi medici presenti nel listino.

TRACCIATO	Modalità	NOME DEL CAMPO:	Num. Scheda
CONT	NBB	Servizi accessori <sup>44</sup>	35.0

#### DESCRIZIONE CAMPO

Indica la presenza di servizi accessori che possono influire sul prezzo di acquisto del dispositivo medico.

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1, 2

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

#### CONTROLLI APPLICATI

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

##### LEGENDA DEI CODICI:

1 = Presenza di servizi accessori;

2 = Servizi accessori non presenti.

*Esempio:*

- *adeguamento tecnologico;*
- *assistenza specialistica al personale (ad es., formazione);*
- *trasporto (al domicilio, nella sede di utilizzo);*
- *forme di confezionamento che possono favorire l'organizzazione locale;*
- *altro.*

<sup>44</sup> Sostituisce il campo "Assistenza specialistica al personale" (29.0)

#### 7.4.5 TABELLA DEI CONTROLLI LOGICO - NORMATIVI

##### 7.4.5.1 Premessa

È articolata in quattro colonne:

**Num.** 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

OBVAnn.n = controllo su obbligatorietà e valori ammessi del campo  
identificato con numero scheda nn.n

##### **Campo**

A sua volta articolata in due colonne (Num. 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.

7.4.6 Controlli

Num.	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO	SCHEMA	
			Num.	NOME CAMPO
L02	Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice Struttura contraente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Il “Codice struttura contraente” (15.0) inserito deve corrispondere ad una struttura afferente all’Azienda Sanitaria (01.0) indicata.</li> </ul>		01.0	Codice Azienda Sanitaria inviante
			15.0	Codice Struttura contraente
L04	Congruenza fra Codice Azienda inviante e Codice struttura utilizzatrice: <ul style="list-style-type: none"> <li>Il “Codice struttura utilizzatrice” (05.0) inserito deve corrispondere ad una struttura afferente all’Azienda Sanitaria (01.0) indicata.</li> </ul>		01.0	Codice Azienda Sanitaria inviante
			05.0	Codice Struttura utilizzatrice
L05 <sup>45</sup>	Congruenza fra Centro di Costo e Unità Operativa Funzionale: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se il “Codice Struttura Utilizzatrice” (05.0) corrisponde ad una struttura di ricovero (identificata con codice HSP11 alias HSP11bis), allora al Centro di Costo (06.0) inserito 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).</li> </ul>		05.0	Codice Struttura utilizzatrice
			06.0	Centro di Costo
L06	Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data di avvio del flusso: <ul style="list-style-type: none"> <li>La combinazione di “Mese consegna” ed ”Anno consegna” immessi non può essere minore di ottobre 2010.</li> </ul>		09.1	Anno consegna
			09.2	Mese consegna

<sup>45</sup> L'applicazione del controllo L05 è transitoriamente sospesa; in previsione della sua futura applicazione è attiva la segnalazione S02, al fine di evidenziare la mancata corrispondenza tra un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso dal Ministero della Salute ed il codice di Centro di costo inserito. La mancata estrazione di un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso è oggetto di monitoraggio ministeriale.

Num.	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO	SCHEDA	
			Num.	NOME CAMPO
L07	Congruenza tra “Anno consegna”, “Mese consegna” e data corrente: <ul style="list-style-type: none"> <li>La combinazione di “Mese consegna” ed ”Anno consegna” non può essere maggiore di mese ed anno correnti (mese ed anno della data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati)</li> </ul>		09.1	Anno consegna
			09.2	Mese consegna
L08	Congruenza tra Identificativo contratto e Codice CIG: <ul style="list-style-type: none"> <li>L”Identificativo contratto” (16.0) deve coincidere con il “Codice CIG” (32.0) inserito, qualora questi sia compilato.</li> </ul>		16.0	Identificativo contratto
			32.0	Codice CIG
L09	Congruenza tra Data stipula contratto e data di avvio del flusso: <ul style="list-style-type: none"> <li>Il mese e l’anno della “Data stipula contratto” non possono essere minori di ottobre 2010.</li> </ul>		18.0	Data stipula contratto
L10	Congruenza tra Data stipula contratto e data corrente: <ul style="list-style-type: none"> <li>La “Data stipula contratto” (18.0) non può essere maggiore della data corrente (data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati)</li> </ul>		18.0	Data stipula contratto
L11	Congruenza tra Fabbricante e Denominazione Fornitore: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se “Fabbricante” (25.0) risulta compilato ed uguale a “1” (“Sì”, il Fornitore è anche il Fabbricante), il campo “Denominazione Fornitore” (23.0) non dev’essere compilato.</li> </ul>		23.0	Denominazione Fornitore
			25.0	Fabbricante
L12	Congruenza tra Fabbricante e Partita IVA Fornitore: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se “Fabbricante” (25.0) risulta compilato ed uguale a “1” (“Sì”, il Fornitore è anche il Fabbricante), il campo “Partita IVA Fornitore”</li> </ul>		24.0	Partita IVA Fornitore
			25.0	Fabbricante

Num.	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO	SCHEMA	
			Num.	NOME CAMPO
	(24.0) non dev'essere compilato.			
L13	Congruenza tra Quantità aggiudicata e Quantità contrattualizzata: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se compilata, la "Quantità contrattualizzata" (34.0) non può essere maggiore della "Quantità aggiudicata".</li> </ul>		26.0	Quantità aggiudicata
			34.0	Quantità contrattualizzata
L14	Congruenza tra Dispositivo Medico e Progressivo di riga: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se non è presente in archivio o nello stesso file d'invio un record avente medesimi "Codici Azienda inviante" (01.0), "Tipo dispositivo" (10.0), "Codice Dispositivo Medico" (11.0), "Codice struttura contraente" (15.0), "Identificativo contratto" (16.0), allora il campo "Progressivo di riga" (33.0) dev'essere valorizzato a zero.</li> </ul>		01.0	Codice Azienda sanitaria inviante
			10.0	Tipo dispositivo
			11.0	Codice identificativo Dispositivo Medico
			15.0	Identificativo contratto
			16.0	Codice Struttura contraente
			33.0	Progressivo di riga
L15	Congruenza tra Progressivi di riga: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se "Tipo movimento" è pari a "I" ed è presente in archivio un record avente medesimi "Codici Azienda inviante" (01.0), "Tipo dispositivo" (10.0), "Codice Dispositivo Medico" (11.0), "Codice struttura contraente" (15.0), "Identificativo contratto" (16.0) e "Progressivo di riga" (33.0) valorizzato con "0", il record non può essere acquisito<sup>46</sup>.</li> </ul>		01.0	Codice Azienda sanitaria inviante
			04.0	Tipo movimento
			10.0	Tipo dispositivo
			11.0	Codice identificativo Dispositivo Medico
			15.0	Identificativo contratto
			16.0	Codice Struttura contraente
			33.0	Progressivo di riga

<sup>46</sup> Nell'ambito dello stesso contratto, il progressivo di riga può essere valorizzato con "0" soltanto qualora **non** siano già state inviate molteplici righe relative al medesimo codice identificativo dispositivo medico. Qualora sia necessario aggiungere ulteriori righe ad un record avente medesimi codici dispositivo e contratto precedentemente inviato con progressivo di riga pari a zero, è indispensabile provvedere previamente alla cancellazione di tale eventuale record avente progressivo di riga uguale a zero.

Num.	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO	SCHEMA	
			Num.	NOME CAMPO
L16	<p>Congruenza tra Codice Struttura utilizzatrice e Tipo destinazione utilizzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se il “Codice Struttura utilizzatrice” (05.0) corrisponde ad una RSA o altra struttura residenziale/semiresidenziale, ad un SERT, ad un istituto penitenziario oppure ad un CSM, allora il campo “Tipo destinazione utilizzo” dev’essere valorizzato con “D” (distribuzione diretta);</li> <li>Se il Codice Struttura utilizzatrice corrisponde ad una farmacia, allora il campo “Tipo destinazione utilizzo” dev’essere valorizzato con “P” (distribuzione per conto).</li> </ul>		05.0	Codice Struttura utilizzatrice
			07.0	Tipo destinazione utilizzo
L17	<p>Congruenza fra Codice Struttura utilizzatrice e Centro di Costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 valore diverso da “0000000000”.</li> </ul>		05.0	Codice Struttura utilizzatrice
			06.0	Centro di costo
L18	<p>Congruenza fra Forma di negoziazione e Ambito di valenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se il campo “Forma di negoziazione” (20.0) è compilato ed assume il valore “11” (adesione a CONSIP), allora, se compilato, il campo “Ambito di valenza contratto” (21.0) dev’essere valorizzato con “1” (nazionale);</li> <li>Se il campo “Forma di negoziazione” è compilato ed assume il valore “12” (adesione a SCR), allora, se compilato, “Ambito di valenza contratto” dev’essere valorizzato con “2”</li> </ul>		20.0	Forma di negoziazione
			21.0	Ambito di valenza contratto

Num.	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO	SCHEMA	
			Num.	NOME CAMPO
	(regionale); <ul style="list-style-type: none"> <li>Se il campo “Forma di negoziazione” è compilato ed assume il valore “13” (gara sovrazonale), allora, se compilato, “Ambito di valenza contratto” dev’essere valorizzato con “3” (sovraziendale o consortile).</li> </ul>			
N01	Scheda <b>non elaborata</b> per chiave non trovata: <ul style="list-style-type: none"> <li>se “Tipo movimento” = “C” o “S”, allora deve esistere in archivio un record avente medesima chiave univoca di identificazione.</li> </ul>		01.0	Codice Azienda Sanitaria inviante
			03.0	Identificativo Scheda Consumo
			04.0	Tipo movimento
			05.0	Codice Struttura utilizzatrice
			06.0	Centro di costo
			07.0	Tipo destinazione utilizzo
			08.0	Destinazione utilizzo
			09.1	Anno consegna
			09.2	Mese consegna
			10.0	Tipo dispositivo
			11.0	Codice identificativo Dispositivo Medico
			14.0	Identificativo Scheda Contratto
			15.0	Codice Struttura contraente
	16.0	Identificativo contratto		
	33.0	Progressivo di riga		
N03	Scheda <b>non elaborata</b> per chiave duplicata: <ul style="list-style-type: none"> <li>non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento = “I” – un record avente medesima Chiave univoca di</li> </ul>		01.0	Codice Azienda Sanitaria inviante
			03.0	Identificativo Scheda Consumo
			04.0	Tipo movimento

Num.	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO	SCHEDA	
			Num.	NOME CAMPO
	identificazione.		05.0	Codice Struttura utilizzatrice
			06.0	Centro di costo
			07.0	Tipo destinazione utilizzo
			08.0	Destinazione utilizzo
			09.1	Anno consegna
			09.2	Mese consegna
			10.0	Tipo dispositivo
			11.0	Codice identificativo Dispositivo Medico
			14.0	Identificativo Scheda Contratto
			15.0	Codice Struttura contraente
			16.0	Identificativo contratto
			33.0	Progressivo di riga
N05	<p>Scheda <b>non elaborata</b> per errato abbinamento Identificativo Scheda consumo e chiave univoca di identificazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se “Tipo movimento” (04.0) = “C” o “S”, qualora in archivio risulti abbinato un ”Identificativo Scheda Consumo” (03.0) alla Chiave univoca di identificazione indicata, esso dev’essere indicato e deve coincidere con quello in archivio.</li> </ul>		01.0	Codice Azienda Sanitaria inviante
			03.0	Identificativo Scheda Consumo
			04.0	Tipo movimento
			05.0	Codice Struttura utilizzatrice
			06.0	Centro di costo
			07.0	Tipo destinazione utilizzo
			08.0	Destinazione utilizzo
			09.1	Anno consegna

Num.	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO	SCHEDA	
			Num.	NOME CAMPO
			09.2	Mese consegna
			10.0	Tipo dispositivo
			11.0	Codice identificativo Dispositivo Medico
N06	<p>Scheda <b>non elaborata</b> per errato abbinamento Identificativo Scheda contratto e chiave univoca di identificazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se “Tipo movimento” (04.0) = “C” o “S”, qualora in archivio risulti abbinato un “Identificativo Scheda contratto” (14.0) alla chiave univoca di identificazione indicata, esso dev’essere compilato e deve coincidere con quello in archivio.</li> </ul>		01.0	Codice Azienda Sanitaria inviante
			10.0	Tipo dispositivo
			11.0	Codice identificativo Dispositivo Medico
			14.0	Identificativo Scheda Contratto
			15.0	Codice Struttura contraente
			16.0	Identificativo contratto
			33.0	Progressivo di riga
N07	<p>Scheda non elaborata per cessata, sospesa o non ancora avviata acquisizione dei dati relativi al periodo di competenza del record:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il record si riferisce ad un periodo di competenza per il quale l’acquisizione dei dati risulta cessata, sospesa o non ancora avviata.</li> </ul>		09.1	Anno consegna
			09.1	Mese consegna
			18.0	Data stipula contratto
OBV A	Valore obbligatorio non inserito o valore inserito non ammesso		n.a.	Applicato ad ogni campo interessato
S01	<p>Invio in extracompetenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vengono segnalati i record inviati oltre il termine</li> </ul>		01.0	Codice Azienda Sanitaria inviante
			03.0	Identificativo Scheda Consumo

Num.	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO	SCHEMA	
			Num.	NOME CAMPO
	del periodo di competenza <sup>47</sup> .		04.0	Tipo movimento
			05.0	Codice Struttura utilizzatrice
			06.0	Centro di costo
			07.0	Tipo destinazione utilizzo
			08.0	Destinazione utilizzo
			09.1	Anno consegna
			09.2	Mese consegna
			10.0	Tipo dispositivo
			11.0	Codice identificativo Dispositivo Medico
			14.0	Identificativo Scheda Contratto
			15.0	Codice Struttura contraente
			16.0	Identificativo contratto
			33.0	Progressivo di riga
S02	Incongruenza tra Centro di Costo e Unità Operativa Funzionale:		05.0	Codice Struttura utilizzatrice

<sup>47</sup> Per il tracciato Contratti, l'eventuale invio in extracompetenza è valutato per i contratti stipulati dal 1/01/2015, esclusivamente per al primo invio di ogni contratto (ovvero qualora, all'inserimento del record, non sia già presente nell'archivio regionale del Flusso DMRP-Contratti alcun record avente medesima combinazione dei campi Codice Azienda inviante (01.0), Codice struttura contraente (15.0), Identificativo contratto (16.0)).

Num.	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO	SCHEMA	
			Num.	NOME CAMPO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se il “Codice Struttura Utilizzatrice” (05.0) corrisponde ad una struttura di ricovero (identificata con codice HSP11 alias HSP11bis), vengono segnalati i record per i quali al codice “Centro di Costo” (06.0) inserito non corrisponde un codice di Unità Operativa Funzionale ammesso dal Ministero della Salute.</li> </ul>		06.0	Centro di Costo
S04	<p>Codice Struttura utilizzatrice non presente in anagrafe ministeriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sono segnalati 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.</li> </ul>		05.0	Codice Struttura utilizzatrice
S05	<p>Codice Struttura contraente non presente in anagrafe ministeriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sono segnalati 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.</li> </ul>		15.0	Codice Struttura contraente