REGIONE CALABRIA

Linee guida per la gestione dei flussi sanitari

Versione 1.0

31 ottobre 2022

Indice

1. INTRODUZIONE 7

2. IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO 9

3. IL PATRIMONIO INFORMATIVO 11

3.1. I flussi informativi del NSIS per il monitoraggio dei LEA 11

4. PIANO DI INTERVENTI PER IL POTENZIAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI NELL'AMBITO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO 13

5. FLUSSI INFORMATIVI SOGGETTI ALLA COMPENSAZIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA 15

5.1. Flusso A - SDO "Scheda di dimissione Ospedaliera" 15

5.2. Flusso B - Medicina di base 16

5.3. Flusso C - ASA "Assistenza Specialistica Ambulatoriale" 17

5.4. Flusso D - Attività Farmaceutica 18

5.5. Flusso E - Cure Termali 19

5.6. Flusso File F - Somministrazione Diretta dei Farmaci "pazienti non ricoverati" 20

5.7. Flusso G - Trasporto in ambulanza ed Elisoccorso 21

6. FLUSSI NSIS DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' GESTIONALI ASP e A/O. 23

6.1. FLS.11 - Dati di struttura e di organizzazione dell'azienda sanitaria locale 23

6.2. FLS.12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria. 23

6.3. FLS.18 - Attività sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro 24

6.4. FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base 24

6.5. HSP.11 - Dati anagrafici delle strutture di ricovero. 24

6.6. HSP.11-bis - Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero 25

6.7. HSP.12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate. 25

6.8. HSP.13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private. 26

6.9. HSP.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero. 26

6.10. HSP.16 - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private. 26

6.11. HSP.22 bis – Posti letto medi nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate 27

6.12. HSP.23 - Attività delle case di cura private. 27

6.13. HSP.24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi 28

6.14. RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26, legge n. 833/1978. 28

6.15. STS.11 - Dati anagrafici delle strutture sanitarie. 29

6.16. STS.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere. 30

6.17. STS.21 - Assistenza specialistica territoriale. Attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e di diagnostica strumentale. 30

6.18. STS.24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale. 31

7. FLUSSI NSIS PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI 32

7.1. Modello CE 32
7.2. Modello SP 34
7.3. Modello CP 34
7.4. Modello LA 35
7.5. Monitoraggio Trimestrale all. Mod. CE (per la parte economica) 35
8. FLUSSI NSIS DELLA MOBILITA' INTERNAZIONALE NEGLI STATI UE E NEGLI STATI IN CONVENZIONE 37
8.1. TECAS - Trasferimenti all'estero per cure ad altissima specializzazione 38
8.2. ASPE-UE - Assistenza sanitaria nei Paesi esteri dell'Unione Europea 39
8.3. ASPEC - Assistenza sanitaria nei Paesi esteri convenzionati 39
9. ART.50 L.326/03 - OBBLIGHI INFORMATIVI CONNESSI AL PROGETTO TESSERA SANITARIA 41
10. FLUSSI NSIS DI MONITORAGGIO 43
10.1. M.R.A. 43
10.2. Tempi di Attesa 44
11. FLUSSI NSIS ANALITICI 47
11.1. FARMCONV – Assistenza Farmaceutica Convenzionata 47
11.2. Distribuzione Diretta o per conto – Monitoraggio delle prestazioni erogate 48
11.3. TRACCIA (MOVIMENTI) - Tracciabilità del Farmaco (MOV) 49
11.4. TRACCIA (VALORI) - Tracciabilità del Farmaco (FAT) 49
11.5. FAR – Rilevazioni delle prestazioni residenziali e semiresidenziali 50
11.6. Ospedaliera – Monitoraggio dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero 51
11.7. Dispositivi Medici – Monitoraggio del consumo dei dispositivi medici acquistati da SSN 52
11.8. EMUR – Monitoraggio prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza 52
11.9. SIAD – Monitoraggio Assistenza Domiciliare 54
11.10. SIMES – Monitoraggio errori in Sanità 54
11.11. GAP – Grandi Apparecchiature Sanitarie 56
11.12. SIND -Support – Sistema Informativo nazionale per le dipendenze 57
11.13. SISTRA – Sistema Informativo Servizi Trasfusionali 58
11.14. SISM – Sistema Informativo Salute Mentale 58
12. FLUSSI DELLA SALUTE DELLA DONNA 60
12.1. CedAP - Certificati di assistenza al Parto 60
12.2. IVG – Interruzione Volontaria di Gravidanza - Mod. D.12 ISTAT 62
12.3. AS – Aborto Spontaneo – Mod. D.11 ISTAT 63
13. FLUSSI NSIS ECONOMICI DEL PERSONALE 64
13.1. Conto Annuale - Rilevazione della consistenza del personale e delle relative spese. 64
13.2. Relazione allegata al conto Annuale – Risultati della gestione del personale 64
14. FLUSSI ART. 20 - L.67/1988 66

14.1. Osservatorio degli Investimenti pubblici in Sanità 66
15. FLUSSI DEL PIANO DI RIENTRO 67
15.1. Flusso del Personale - Monitoraggio del costo medio del personale 67
15.2. H.T.A. - Pianificazione sugli acquisti tecnologici in sanità 68
15.3. N.A.R.C. - Gestione eventi sentinella rischio clinico 68
15.4. C.S.F. - Monitoraggio sul controllo della spesa farmaceutica 68
16. FLUSSI DELLA PREVENZIONE 70
16.1. Dati attività ed organico 70
16.2. Raccolta dati annuale bonifica/smaltimento di materiali contenete amianto 70
16.3. Censimento Ditte che operano nelle attività di smaltimento amianto 71
17. IGIENE E SANITA' PUBBLICA 72
17.1. SIMI – Sistema Informativo Malattie Infettive 72
17.2. Vaccinazioni 73
17.3. AVN – Anagrafe Vaccinale Nazionale 73
18. IGIENE DEGLI ALIMENTI 75
18.1. Controllo Ufficiale immissione in commercio e utilizzazione dei prodotti fitosanitari 75
18.2. Raccolta dati controllo attività ispettiva e dati di sintesi analisi laboratori – Modelli A e B 75
18.3. Dati Piano Sicurezza Alimentare (PNI) 76
18.4. Elenco soggetti autorizzati alla vendita di prodotti fitosanitari 76
18.5. Raccolta dati Censimento e relazione mense celiaci e attività formativa 76
19. MEDICINA LEGALE 77
19.1. Schede ISTAT di morte 77
19.2. Rilevazione degli stati di Handicap 77
19.3. Invalidità Civile ed Handicap 78
19.4. Invalidità civile 78
19.5. Handicap 78
20. VETERINARIA 79
20.1. PNR - Piano Nazionale Residui 79
20.2. PNAA - Piano Nazionale Alimentazione Animale 79
20.3. Anagrafe Canina 80
20.4. Anagrafe Suina 80
20.5. Anagrafe Zootecnica (BDN) 81
20.6. Bluetongue 81
20.7. Vigilanza e controllo 81
20.8. Cerves 82
21. FLUSSI NAZIONALI E REGIONALI DI NUOVA E VECCHIA ISTITUZIONE 84
21.1. RENCAM (Registro Nominale Cause di morte) – Flusso Regionale 84
21.2. SISPE - Sistema informativo Nazionale sulla salute dei detenuti e dei minori 84

21.3. Screening – Prevenzione diagnosi precoce tumori 85
21.4. HOSPICE 85
21.5. Note AIFA 86
22. CONTROLLI E VERIFICHE 88
22.1. Controlli formali 88
22.2. Controlli di merito 88
23. OBBLIGHI E ADEMPIMENTI 90
23.1. OBBLIGHI E ADEMPIMENTI DEGLI ENTI DEL SSR 90
24. QUADRO SINTETICO FLUSSI INFORMATIVI 91
25. ISTRUZIONI OPERATIVE PER L'ACCESSO AL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE PER LA GESTIONE DEI FLUSSI SUL SISTEMA SEC-SISR 92

Indice delle Tabelle

Tabella 1. Scadenze relative al Flusso A - SDO "Scheda di dimissione Ospedaliera" 15
Tabella 2. Scadenze relative al Flusso C - ASA "Assistenza Specialistica Ambulatoriale" 17
Tabella 3. Scadenze relative al Flusso D - Attività Farmaceutica 19
Tabella 4. Scadenze relative al Flusso E - Cure Termali 20
Tabella 5. Scadenze relative al Flusso File F - Somministrazione Diretta dei Farmaci "pazienti non ricoverati" 21
Tabella 6. Scadenze relative al Flusso G - Trasporto in ambulanza ed Elisoccorso 21
Tabella 7. Scadenza relativa al Flusso HSP.22 bis 27
Tabella 8. Scadenze relative al Flusso HSP.23 28
Tabella 9. Scadenze relative al Flusso HSP.24 28
Tabella 10. Scadenze relative al Flusso - Modello CE contraddistinto dal codice "000" e dai codici delle Aziende 33
Tabella 11. Scadenze relative al Flusso - Modello CE contraddistinti dal codice "999" riepilogativo regionale 33
Tabella 12. Scadenze relative al Flusso - Monitoraggio Trimestrale all. Mod. CE (per la parte economica) 36
Tabella 13. Scadenze relative al Flusso Tecas - Trasferimenti all'estero per cure ad altissima specializzazione 39
Tabella 14. Scadenze relative a fatture attive Asp-UE - Assistenza sanitaria nei Paesi esteri dell'UE 39
Tabella 15. Scadenze relative a fatture attive Asp-UE - Assistenza sanitaria nei Paesi esteri dell'UE 40
Tabella 16. Scadenze relative al Flusso Tempi di Attesa delle prestazioni ambulatoriali (mod ex post) 45
Tabella 17. Scadenze relative al Flusso FARMCONV - Assistenza Farmaceutica Convenzionata 47
Tabella 18. Scadenze relative al Flusso Distribuzione diretta o per conto (DDPC) 48
Tabella 19. Scadenze relative al Flusso TRACCIA (VALORI) - Tracciabilità del Farmaco (FAT) ... 50
Tabella 20. Scadenze relative al Flusso FAR - Rilevazioni delle prestazioni residenziali e semiresidenziali 51
Tabella 21. Scadenze relative al Flusso Ospedaliera - Monitoraggio dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero 51
Tabella 22. Scadenze relative al Flusso Dispositivi Medici - Monitoraggio del consumo dei dispositivi medici acquisiti da SSN 52

Tabella 23. Scadenze relative al Flusso EMUR - Monitoraggio prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza 53
Tabella 24. Scadenze relative al Flusso SIAD - Monitoraggio Assistenza Domiciliare 54
Tabella 25. Scadenze relative al Flusso SISM per le attività - Sistema Informativo Salute Mentale 59
Tabella 26. Scadenze relative al Flusso CedAP 61
Tabella 27. Scadenze relative al Flusso AVN - Anagrafe Vaccinale Nazionale 74
Tabella 28. Scadenze relative al Flusso PNAA - Piano Nazionale Alimentazione Animale 80
Tabella 29. Scadenze relative al Flusso Anagrafe Zootecnica (BDN) 81
Tabella 30. Scadenze relative al flusso Cerves per le regioni accreditate per malattia vescicolare del suino 82
Tabella 31. Scadenze relative al Flusso Cerves per le regioni non accreditate per malattia vescicolare del suino o in casi specifici 82
Tabella 32. Scadenze relative al Flusso HOSPICE 86

1. INTRODUZIONE

La continua evoluzione del Sistema Sanitario e la complessità della gestione organizzativa dello stesso, rende necessario fare luce sui processi organizzativi degli attori che operano in tale sistema, chiamati da un lato a governare l'ampia incertezza circa la disponibilità di risorse e dall'altro a gestire la trasformazione dello scenario epidemiologico e sociale di riferimento che ha modificato la struttura della domanda di prestazioni sanitarie e reso più complessa l'erogazione dei servizi.

Un fattore strategico trasversale all'intera organizzazione sanitaria è sicuramente rappresentato dalla gestione dei Flussi Informativi, un modello basato su strumenti che permettono la condivisione di informazioni strutturate e l'integrazione di informazioni cliniche, organizzative e amministrative.

I Flussi Informativi, nello specifico, forniscono i dati necessari per la conoscenza dell'assistenza sanitaria erogata e del consumo delle risorse, fornendo, nello stesso tempo, informazioni utili ad individuare eventuali criticità, al fine di intervenire tempestivamente con idonee misure correttive.

I Flussi Informativi nella loro complessità sono attualmente sottoposti a controlli di conformità, di qualità e di audit incrociati tra Ministeri e Regione. La coerenza tra i dati dei vari flussi, e la qualità che verrà conseguentemente rilevata, determinerà oggettive ricadute sull'accesso al finanziamento da parte della Regione.

La gestione dei Flussi Informativi, tuttavia, risulta essere molto complessa. Dalle analisi effettuate sui dati estratti dal Sistema Informativo Regionale per le annualità 2019, 2020, 2021 e sui dati del Ministero della Salute (NSG – Nuovo Sistema di Garanzia - annualità 2019), infatti, è emerso che esistono problemi non solo nel conferimento dei flussi da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) e Aziende Ospedaliere (AO) della Regione Calabria, ma anche nella qualità dei dati trasmessi dalle stesse (talvolta i dati non rispettano i requisiti minimi previsti dalla normativa), nelle tempistiche di invio dei dati, e nel rispetto delle procedure. Dalle analisi condotte è emerso che, in diversi casi, i problemi rilevati sul conferimento dei flussi sono legati al fatto che alcuni dati vengono inviati in autonomia dalle Aziende, senza una preventiva verifica da parte della Regione, che non ha, quindi, il pieno controllo su tali informazioni.

È emersa, dunque, la necessità di una revisione della procedura e di un adeguamento delle linee guida a supporto del conferimento dei flussi.

Il presente documento fornisce i riferimenti normativi, le tempistiche di conferimento e la modalità di invio dei flussi sanitari al fine del rispetto degli adempimenti LEA.

Il trasferimento dei flussi al Ministero ha rilevanza sia relativamente all'attività sanitaria resa, sia in merito all'aspetto economico finanziario, in quanto la coerenza dei dati trasmessi e la qualità, che conseguentemente verrà rilevata, ha forti ricadute sull'accesso al finanziamento da parte della Regione.

Obiettivo del presente manuale, pertanto, è quello di:

- Fornire ai referenti del Sistema Informativo Regionale e delle Aziende Sanitarie del SSR uno strumento informativo omogeneo di supporto al conferimento dei flussi e al monitoraggio degli stessi, al fine del rispetto degli adempimenti LEA;
- Uniformare le direttive che disciplinano modalità, tempi e contenuti informativi dei flussi rilevati;
- Incentivare e supportare i referenti Regionali e Aziendali nella trasmissione di tutti i flussi informativi nel rispetto delle scadenze da normativa ed evidenziate nel presente manuale;
- Sensibilizzare i Direttori Aziendali ed i Dirigenti Regionali all'uso sistematico e corretto dei dati sanitari;
- Diffondere la cultura del dato, ritenuto elemento imprescindibile per la programmazione sanitaria regionale;
- Indirizzare la gestione sanitaria verso scelte consapevoli, condivise e basate su dati certi ed inattaccabili.

2. IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (***NSIS***) costituisce lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ed è finalizzato a supportare adeguatamente le Regioni e il Ministero della Salute nell'esercizio delle funzioni loro attribuite, in particolare il Ministero della Salute nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme sul territorio nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

II NSIS trova il suo fondamento normativo nell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)", ed è attuato attraverso l'Accordo Quadro tra lo stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 febbraio 2001.

In base a tale accordo, il NSIS ha la finalità di consentire ad ogni livello organizzativo del SSN e secondo un disegno coerente, il conseguimento di obiettivi di governo, di servizio e comunicazione.

Le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo qualitativo del NSIS sono state attribuite dall'anzidetto Accordo Quadro, ad un organismo paritetico Stato-Regioni, denominato "Cabina di regia per la realizzazione del NSIS".

La corretta progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno richiesto la costruzione di un linguaggio comune per consentire l' interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS e i sistemi informativi sanitari regionali.

È stato avviato, pertanto, nel 2003, il progetto "'Mattoni del SSN" conclusosi nel 2007, volto ad individuare un set minimo di informazioni da condividere relativamente ai diversi ambiti assistenziali. I risultati di tale progetto sono finalizzati a rendere confrontabili le informazioni raccolte nel NSIS, generate a livello aziendale, in modo strutturato e completo di tutti i contenuti necessari per le esigenze di tutti i livelli di governo.

Per soddisfare il requisito di confrontabilità delle informazioni raccolte nel NSIS è stato necessario assicurare che le informazioni siano create - a livello delle Aziende Sanitarie - già strutturate e complete di tutti i contenuti necessari per le esigenze dei diversi livelli di governo.

Il ruolo cardine del NSIS per il perseguimento degli obiettivi di qualità del SSN viene ribadito nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e nelle successive Intese Stato Regioni, concernenti il "Patto per la Salute 2006" e "Patto per la Salute 2010-2012". Tali Intese sono rivolte a massimizzare l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso programmi di sviluppo e ottimizzazione delle attività e di contenimento della spesa, nell'ottica di liberare risorse da concentrare su interventi volti a migliorare lo stato di salute dei cittadini, migliorando nel contempo i servizi socio-sanitari territoriali.

Più recentemente, la Legge 13 novembre 2009, n. 172, riconferma la competenza istituzionale, in capo al Ministero della Salute, del monitoraggio della qualità delle attività sanitarie regionali, con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate.

Lo scenario istituzionale in cui si colloca il NSIS è caratterizzato da profondi mutamenti nell'assetto dei ruoli dei diversi attori che interagiscono nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), determinati, prioritariamente, dal processo di decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni.

Tale nuovo scenario ha pertanto determinato in capo allo Stato la competenza esclusiva nella definizione dei Livelli Essenziali delle prestazioni di Assistenza sanitaria (LEA), adottati come strumenti indispensabili per garantire una corretta assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale, attribuendo alle Regioni la potestà legislativa e regolamentare per ogni altra materia del settore.

3. IL PATRIMONIO INFORMATIVO

3.1. I flussi informativi del NSIS per il monitoraggio dei LEA

Il patrimonio informativo disponibile nel NSIS è costituito da un insieme di flussi informativi relativi sia ad aspetti gestionali, organizzativi ed economici delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, sia all'assistenza erogata (Livelli Essenziali di Assistenza, LEA) agli assistiti da parte delle strutture del SSN.

La sempre crescente esigenza di potenziare le funzioni di monitoraggio e controllo da parte del livello nazionale, a garanzia dell'erogazione dei LEA e delle misure della qualità, efficienza, appropriatezza e costo, ha reso necessaria un'evoluzione delle caratteristiche dei flussi informativi raccolti dal NSIS relativamente alle prestazioni erogate dal SSN. In particolare, constatato che nell'ambito dei singoli episodi di cura i cittadini possono attraversare più livelli assistenziali, i dati raccolti devono consentire il monitoraggio delle prestazioni erogate nei diversi setting assistenziali e, quindi, la riconoscibilità dei percorsi assistenziali seguiti, nonché dell'utilizzo delle risorse del SSN.

In coerenza con il modello concettuale del NSIS sopra illustrato, sono stati attivati, accanto ai tradizionali flussi informativi aggregati e centrati sull'offerta sanitaria, alcuni ulteriori flussi informativi "analitici" centrati sull'individuo. Tali flussi consentono di disporre degli elementi di base per esaminare la domanda (in termini, ad esempio, di appropriatezza, mobilita sanitaria, tempi di attesa dei cittadini), nonché di effettuare analisi integrate e trasversali ai diversi LEA (di cui al DPCM 29 novembre 2001). L'obiettivo ultimo del NSIS è, infatti, quello di fornire, attraverso tutti i flussi informativi, utili indicazioni in fase di programmazione e controllo, supportando l'interpretazione dei principali fenomeni sanitari in atto, a beneficio di tutti i livelli del SSN.

ll Governo assicura a tutti i cittadini l'erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità attraverso il "Sistema di Garanzia". Tale Sistema, introdotto con il D. Lgs. 56/2000, ha definito un set di circa 100 indicatori rilevanti per il monitoraggio e la valutazione dell'assistenza sanitaria finalizzata agli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale. Con l'introduzione dei nuovi flussi informativi nel NSIS si è reso necessario l'aggiornamento del Sistema di Garanzia con l'introduzione di un insieme di indicatori più adatto a descrivere le performance e le capacità di risposta dei Servizi sanitari regionali ai bisogni di salute della popolazione. Nelle more del suddetto aggiornamento, il Patto per la Salute 2010-2012 ha previsto l'introduzione della Griglia LEA: un set di indicatori con cui è possibile sia individuare quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei LEA, sia evidenziare i punti di forza della stessa erogazione. La Griglia LEA rappresenta lo strumento con il quale viene certificato l'adempimento E) "Mantenimento dell'erogazione dei LEA, che rientra tra gli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ai quali sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN. A partire dal 1° gennaio 2020, come indicato, è entrato in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, come

previsto dal DM 12 marzo 2019. Il sottoinsieme di indicatori "core", previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, ha sostituito la Griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020, come previsto dall'art. 3, comma 6, del D.M. 12 marzo 2019.

4. PIANO DI INTERVENTI PER IL POTENZIAMENTO DEI FLUSSI INFORMATIVI NELL'AMBITO DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO

Nell'ambito del monitoraggio dell'attuazione del Piano di Rientro, la Regione ha in atto una serie di interventi allo scopo potenziare i flussi informativi previsti dal NSIS. Gli obiettivi derivanti dagli obblighi informativi vengono utilizzati sia per il monitoraggio dell'attuazione del Piano di Rientro che per la verifica del rispetto degli adempimenti LEA.

Gli interventi suddetti riguardano i seguenti aspetti:

1. tempestività nell'aggiornamento delle anagrafiche delle Aziende sanitarie e dei relativi ambiti territoriali, attraverso l'applicazione di Monitoraggio della Rete di Assistenza e delle anagrafiche delle strutture di ricovero e territoriali, grazie ai modelli HSP.11, HSP.11BIS, STS.11 e RIA.11. Tali contenuti informativi costituiscono le anagrafiche di riferimento per l'invio dei flussi informativi relativi ai fattori produttivi, all'attività, ed ai costi;
2. tempestività nell'invio entro i termini previsti dalla normativa vigente e adeguata copertura dei flussi informativi che rilevano i fattori produttivi e l'attività di assistenza erogata;
3. qualità dei dati trasmessi al Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Il ciclo di miglioramento continuo della qualità dei dati richiede:
    - una verifica più puntuale dei dati trasmessi a livello nazionale, attraverso una maggiore attenzione nell'attività di data entry ed un controllo di eventuali significativi scostamenti rispetto alle misure dei fenomeni, precedentemente osservate, e di coerenza con grandezze correlate;
    - una maggiore accuratezza nel fornire riscontro alle segnalazioni effettuate dall'Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, motivando in maniera approfondita gli scostamenti segnalati oppure effettuando le opportune correzioni dei dati;
    - il coordinamento delle attività di consolidamento dei dati e la loro validazione da parte del livello Regionale;
    - interventi sui processi e sulle cause che hanno determinato la non qualità dei dati, ad esempio il livello di coordinamento, motivazione e formazione del personale addetto alla raccolta, verifica e trasmissione dei dati, l'effettivo impiego delle informazioni rilevate per le finalità di programmazione regionale delle politiche sanitarie;
4. sviluppo della rete infrastrutturale per uniformare e armonizzare i sistemi informativi regionali, sia a livello centrale che a livello delle ASP/AO, al fine di garantire l'interoperabilità tra i diversi sistemi e avere unici referenti all'interno delle Aziende. Più in dettaglio, la Regione con il progetto SEC-SISR (Sanità Elettronica Calabria – Sistema Informativo Sanitario Regionale), ha realizzato le infrastrutture tecnologiche

necessarie al riordino dell'organizzazione e delle attività sanitarie, introducendo l'innovazione digitale nel complesso delle procedure e dei flussi informativi tra le strutture sanitarie (in particolare Regione e Aziende).

5. FLUSSI INFORMATIVI SOGGETTI ALLA COMPENSAZIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA

Alcuni flussi informativi hanno anche la funzione di compensare economicamente prestazioni rese a cittadini assistiti fuori dall'Azienda sanitaria di residenza (intraregionale) e/o fuori dalla regione di appartenenza (interregionale).

Il Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari della Regione Calabria provvede all'estrazione dei flussi generali di quelle prestazioni, per le tipologie previste, che vengono rese a cittadini assistiti di altre regioni e provvede a compensarle con quelle addebitate dalle altre regioni per le prestazioni rese a favore dei propri assistiti residenti secondo le modalità stabilite dal T.U. nazionale che regolamenta tali attività.

Al fine di non alterare il risultato di esercizio per ciascuna azienda e per stabilire una sorta di premialità per le aziende più virtuose è assolutamente necessario provvedere alla compensazione della mobilità delle prestazioni con tempestività, puntualità ed accuratezza.

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere devono trasmettere al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari i flussi informativi soggetti alla compensazione della mobilità sanitaria secondo la tempistica e le modalità previste e di seguito indicate.

5.1. Flusso A - SDO "Scheda di dimissione Ospedaliera"

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Attraverso la SDO vengono raccolte, nel rispetto della normativa che tutela la privacy, informazioni essenziali alla conoscenza delle attività ospedaliere utili sia agli addetti ai lavori sia ai cittadini. Le schede di dimissione sono compilate dai medici che hanno avuto in cura il paziente ricoverato; le informazioni raccolte e codificate sono trasmesse alla Regione e da questa al Ministero della Salute.

La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il 15 del secondo mese successivo al periodo di riferimento, come rappresentato in tabella 1.

Il flusso è regolamentato dai D.M. 26/07/1993, D.M. 27/10/2000, D.M. 135 del 08/07/2010 e D.M. della Salute 261 del 07/12/2016.

Tabella 1. Scadenze relative al Flusso A - SDO "Scheda di dimissione Ospedaliera"

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	15 marzo
Febbraio	15 aprile
Marzo	15 maggio
Aprile	15 giugno

Dati relativi a	Scadenza entro il
Maggio	15 luglio
Giugno	15 agosto
Luglio	15 settembre
Agosto	15 ottobre
Settembre	15 novembre
Ottobre	15 dicembre
Novembre	15 gennaio anno successivo
Dicembre	15 febbraio anno successivo

Entro il 31 marzo dell'anno seguente quello della rilevazione le Regioni possono trasmettere eventuali integrazioni.

Funzionalità del Modulo SDO all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo SDO, si fa riferimento alla pagina n° 26, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

5.2. Flusso B - Medicina di base

Rileva l'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con la relativa valorizzazione delle quote usufruite per cittadini assistiti di altre regioni per la compensazione in regime di mobilità sanitaria interregionale.

Le Aziende sono tenute all'aggiornamento puntuale e giornaliero delle scelte e revoche dei medici-assistiti sulla banca dati.

I flussi di riferimento è il flusso di MEDICINA DI BASE.

L'invio del relativo record avviene a cessazione del periodo di assistenza per i periodi infra-annuali e comunque con una chiusura a fine anno per le assistenze che proseguono oltre l'anno. Perché un mese venga considerato in compensazione l'assistenza deve essere durata almeno 15 giorni. Questo vale per tutti i mesi.

Il flusso è regolamentato dall'accordo interregionale 2021 accordo interregionale 2021 per la compensazione della mobilità sanitaria – v. 06.05.2022.

5.3. Flusso C - ASA “Assistenza Specialistica Ambulatoriale”

Il seguente flusso nasce per attivare un sistema per il monitoraggio ed il controllo delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale nell’ottica di fornire un sistema di supporto alle decisioni per il governo della spesa sanitaria sia a livello locale che regionale e ciò al fine di:

1. pianificare e monitorare l’andamento economico-finanziario nonché quello delle prestazioni erogate ai cittadini in termini quantitativi e qualitativi;
2. costruire un flusso informativo che sia in grado di alimentare il sistema di indicatori di efficienza e qualità del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale con i seguenti obiettivi specifici:
    - creare un modello di comportamento gestionale uniforme e fornire un’unica metodologia di preventivazione e consuntivazione dei costi, sia a livello di strutture territoriali, che a livello regionale;
    - analizzare i costi ed i ricavi a livello locale, al fine di evidenziare i principali fattori gestionali da governare;
    - effettuare a livello regionale, il monitoraggio degli indicatori sia economici che quali-quantitativi;
    - sviluppare un efficace sistema di reporting per gli organi di governo regionali e per le singole aziende;
    - gestire le liste d’attesa.

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere sono tenute all’invio dei dati secondo i tracciati records, C1 e C2 (cfr. DCA n. 39/2016) e nelle forme stabilite, ed accompagnati da attestazione (Modello “C”) (cfr. DCA n. 39/2016) che certifichi la completezza, qualità e sintesi dei dati contenuti.

La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro l’ultimo giorno del mese successivo al periodo di riferimento.

Il flusso è regolamentato dai D.G.R. n° 148 del 16/01/2006; D.P.G.R. n° 26 del 24/03/2011; Legge 24/11/2003, n. 326 Art.50; D.C.A. n° 39 del 13/04/2016.

Tabella 2. Scadenze relative al Flusso C - ASA "Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	28 febbraio
Febbraio	31 marzo
Marzo	30 aprile
Aprile	31 maggio
Maggio	30 giugno

Dati relativi a	Scadenza entro il
Giugno	31 luglio
Luglio	31 agosto
Agosto	30 settembre
Settembre	31 ottobre
Ottobre	30 novembre
Novembre	31 dicembre
Dicembre	31 gennaio anno successivo

Funzionalità del Modulo ASA all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo ASA, si fa riferimento alla pagina n° 50, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

5.4. Flusso D - Attività Farmaceutica

Rileva l'attività farmaceutica territoriale su ricetta rossa resa dalle farmacie convenzionate al fine di perseguire i seguenti obiettivi:

- Valutazioni epidemiologiche, in relazione alla popolazione ed ai percorsi terapeutici;
- Confronti omogenei tra consumi aziendali;
- Rispondere ai bisogni informativi del livello nazionale;
- Compensazione finanziaria della mobilità sanitaria interregionale ed infra-regionale;
- Monitoraggio della spesa sanitaria mediante:
    - Livelli di aggregazione della spesa, con riferimento ai livelli assistenziali erogati;
    - Metodi di validazione e controllo del dato, con particolare riferimento agli aspetti di significatività e tempestività delle informazioni;
    - Standardizzazione dei criteri di aggregazione della spesa per renderla comparabile su base nazionale, regionale e locale;
    - Criteri di razionalizzazione e sviluppo dei sistemi di indicatori e flussi informativi adottati, onde evitare duplicazioni e sovrapposizioni di richieste alla periferia che si traducono in oneri impropri, ponendo una particolare attenzione alla determinazione dei livelli di dettaglio per fasce di utenza;
    - Sistemi di reporting e comunicazione del dato per attivare utili feedback dai luoghi di analisi verso le Aziende Sanitarie, gli erogatori di servizi e gli utenti del Servizio Sanitario Regionale;
    - Costituzione della banca dati regionale.

Le Aziende Sanitarie sono tenute all'invio dei dati secondo i tracciati records (D1 e D2) (cfr. accordo interregionale 2021 per la compensazione della mobilità sanitaria – v. 06.05.2022) e nelle forme stabilite ed accompagnate da attestazione (Modello "D") che certifichi la completezza, qualità e sintesi dei dati contenuti.

Si considerano prestazioni appartenenti al periodo di riferimento le ricette spedite in una data compresa nell'anno. Non sono accettabili ricette presentate al pagamento in anni precedenti a quello di riferimento.

La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta medica.

Normativa di riferimento: Legge 30 settembre 2003 n. 269; Legge 24 novembre 2003, n. 326: Art.50 ; accordo interregionale 2021 per la compensazione della mobilità sanitaria – v. 06.05.2022.

Tabella 3. Scadenze relative al Flusso D - Attività Farmaceutica

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	10 febbraio
Febbraio	10 marzo
Marzo	10 aprile
Aprile	10 maggio
Maggio	10 giugno
Giugno	10 luglio
Luglio	10 agosto
Agosto	10 settembre
Settembre	10 ottobre
Ottobre	10 novembre
Novembre	10 dicembre
Dicembre	10 gennaio anno successivo

5.5. Flusso E - Cure Termali

Sono oggetto di rilevazione del presente flusso tutte le prestazioni erogate, tramite prescrizione medica, dagli stabilimenti termali presenti sul territorio regionale. Devono essere rilevati i dati di attività delle prestazioni erogate ad utenti ovunque residenti.

Le Aziende Sanitarie sono tenute all'invio dei dati secondo i tracciati records (E1 archivio anagrafico riportante i dati dell'utente e E2 archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente) e nelle forme stabilite, ed accompagnati da attestazione (Modello "E") che certifichi la completezza, qualità e sintesi dei dati contenuti.

Il flusso è regolamentato da DPCM 12 gennaio 2017; allegato 9 del DPCM 12 gennaio 2017, DGR 4/2009 riguardante il termalismo e riportante le scadenze; accordo interregionale 2021 per la compensazione della mobilità sanitaria – v. 06.05.2022.

La trasmissione dei dati è trimestrale e deve avvenire entro il mese successivo al trimestre di rilevazione. I dati trasmessi oltre l'ultima scadenza non saranno considerati né ai fini delle elaborazioni relative alla compensazione della mobilità sanitaria né a fini statistici. Da questa data si consolida l'archivio relativo all'anno di riferimento.

Tabella 4. Scadenze relative al Flusso E - Cure Termali

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	30 aprile
II° trimestre	31 luglio
III° trimestre	31 ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	31 gennaio anno successivo

5.6. Flusso File F - Somministrazione Diretta dei Farmaci "pazienti non ricoverati"

Tale flusso rileva l'attività farmaceutica relativamente a:

1. Farmaci classificati in fascia H somministrati quotidianamente per trattamenti prolungati anche a domicilio;
2. Farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della legge 23 dicembre 1996, n. 648;
3. Farmaci utilizzati e forniti in regime di day-hospital da utilizzare al domicilio, nell'ambito di cicli di cura programmati;
4. Farmaci utilizzati in regime ambulatoriale compresi anche i prodotti previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 5 novembre 1996;
5. Farmaci per i quali è prevista la duplice via di distribuzione da parte di strutture pubbliche e di farmacie aperte al pubblico;
6. Medicinali antiblastici previsti al comma 6 dell'art. 68 legge 23.12.1998 n. 448, per il solo utilizzo domiciliare;
7. Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici;
8. Farmaci consegnati alla dimissione per il proseguimento della cura;
9. Terapie iposensibilizzanti e preparati galenici.

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere sono tenute all'invio mensile del flusso entro il 15 del mese successivo alla somministrazione/distribuzione dei farmaci.

Il flusso è regolamentato dal Decreto Legge del 31 luglio 2007, n. 159 ; DM 13 novembre 2008

Tabella 5. Scadenze relative al Flusso File F - Somministrazione Diretta dei Farmaci "pazienti non ricoverati"

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	15 febbraio
Febbraio	15 marzo
Marzo	15 aprile
Aprile	15 maggio
Maggio	15 giugno
Giugno	15 luglio
Luglio	15 agosto
Agosto	15 settembre
Settembre	15 ottobre
Ottobre	15 novembre
Novembre	15 dicembre
Dicembre	15 gennaio anno successivo

5.7. Flusso G - Trasporto in ambulanza ed Elisoccorso

Il flusso è relativo alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza da parte sia del Sistema 118 e sia dai presidi ospedalieri con riferimento alle attività di Pronto Soccorso.

In coerenza con il ruolo di vigilanza che deve essere da loro esercitato, le Aziende hanno in carico il controllo, la certificazione e l'invio dei dati relativi alle attività espletate ed alle prestazioni erogate, secondo le indicazioni previste dalla normativa vigente, a pazienti residenti e non nel territorio regionale.

Il Sistema NSIS viene alimentato con le informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, sia da parte del Sistema 118 che dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività di Pronto Soccorso.

La cadenza di invio è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

Il flusso è regolamentato dal DM 17 dicembre 2008 e s.m.i.

Tabella 6. Scadenze relative al Flusso G - Trasporto in ambulanza ed Elisoccorso

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	28 febbraio

Dati relativi a	Scadenza entro il
Febbraio	31 marzo
Marzo	30 aprile
Aprile	31 maggio
Maggio	30 giugno
Giugno	31 luglio
Luglio	31 agosto
Agosto	30 settembre
Settembre	31 ottobre
Ottobre	30 novembre
Novembre	31 dicembre
Dicembre	31 gennaio anno successivo

6. FLUSSI NSIS DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' GESTIONALI ASP e A/O.

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad inserire i dati rilevati alle attività gestionali attraverso i modelli sottoelencati nel portale NSIS, rispettando le richieste e le tempistiche tipiche di ciascun modello, nonché a certificare la completezza e la correttezza dei dati inseriti relativi a ciascun modello.

Qualora in corso d'anno si apra una nuova Struttura, entro un mese dalla data di apertura deve essere trasmesso il relativo modello di rilevazione dei dati anagrafici – HSP11; HSP11Bis; STS11; RIA11 – Quadri A, B, C, E - completo della data di apertura della struttura. Entro un mese dalla data di apertura devono essere altresì trasmessi i relativi modelli di rilevazione dei dati delle dotazioni strutturali: STS.14, HSP.12, HSP.13, HSP.14, HSP.16.

Analogamente se in corso d'anno si chiude definitivamente una struttura, entro un mese dalla data di chiusura deve essere aggiornato il relativo modello di rilevazione dei dati anagrafici HSP.11, HSP.11Bis, STS.11, RIA.11 – Quadri A, B e C, comunicando la data di chiusura.

La tempistica di trasmissione dei modelli di rilevazione delle attività gestionali delle Aziende Sanitarie è stabilita dal Decreto Ministeriale del 5 dicembre 2006.

6.1. FLS.11 - Dati di struttura e di organizzazione dell'azienda sanitaria locale

Rileva la presenza di alcuni centri di supporto all'assistenza sanitaria di competenza dell'ASP, la quantità e la tipologia delle ambulanze in dotazione (quadro F) nonché il numero di assistibili per fasce d'età e il numero di assistiti esenti (per età e/o condizione) (quadro G).

La rilevazione è annuale e deve essere effettuata entro il 31 gennaio dell'anno di rilevazione.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

6.2. FLS.12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria.

Il flusso rileva il numero di Medici di Medicina Generale (MMG) e di Pediatri di Libera Scelta (PLS) relativamente all'anzianità di laurea e il numero di MMG e PLS per numero di assistiti.

La rilevazione è annuale e deve essere effettuata entro il 30 aprile dell'anno di rilevazione.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

6.3. FLS.18 - Attività sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Tramite il seguente flusso vengono rilevate alcune delle attività svolte nell'ambito dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

La rilevazione è annuale e la trasmissione del modello deve avvenire entro il 31 Gennaio dell'anno successivo a quello di rilevazione.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

6.4. FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base

Con il modello vengono rilevate, con periodicità annuale, le attività relative alla guardia medica, alla farmaceutica convenzionata e all'assistenza domiciliare integrata erogate nel corso dell'anno.

La rilevazione è annuale e la trasmissione del modello deve avvenire entro il 31 Gennaio dell'anno successivo a quello di rilevazione.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

Funzionalità del Modulo FLS.21 all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo FLS.21, si fa riferimento alla pagina n° 195 per il modulo F "Guardia medica", pagina n° 206 per il modulo G "Assistenza farmaceutica convenzionata", pagina n° 217 per il modulo H "Assistenza domiciliare integrata", pagina n° 228 per il modulo I "Assistenza programmata" del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

6.5. HSP.11 - Dati anagrafici delle strutture di ricovero.

In tale modello è riportata l'anagrafica delle strutture di ricovero sia pubbliche che private, il tipo di struttura, l'attività in regime di esclusività svolta e il numero di sale operatorie.

La rilevazione è annuale e deve essere effettuata entro il 31 gennaio dell'anno di rilevazione (per le strutture attive dal 1° gennaio dell'anno).

Qualora nel corso dell'anno si apra una nuova struttura, deve essere trasmesso il modello di rilevazione dei dati anagrafici con la relativa data di apertura, entro un mese dall'apertura.

Qualora nel corso dell'anno si chiuda una struttura, deve essere aggiornato il relativo modello di rilevazione dei dati anagrafici comunicando la data di chiusura, entro un mese dalla chiusura.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i.

6.6. HSP.11-bis - Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero

Il modello riporta i dati già indicati nel modello HSP 11 ma relativi agli istituti facenti parte delle strutture di ricovero.

La rilevazione è annuale e deve essere effettuata entro il 31 gennaio dell'anno di rilevazione (per le strutture attive dal 1° gennaio dell'anno).

Qualora nel corso dell'anno si apra una nuova struttura, deve essere trasmesso il modello di rilevazione dei dati anagrafici con la relativa data di apertura, entro un mese dall'apertura.

Qualora nel corso dell'anno si chiuda una struttura, deve essere aggiornato il relativo modello di rilevazione dei dati anagrafici comunicando la data di chiusura, entro un mese dalla chiusura.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

6.7. HSP.12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate.

Il modello riporta il numero di posti letto per ricovero ordinario, Day Hospital e Day surgery per reparto (disciplina + progressivo divisione).

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata entro il 30 aprile dell'anno di rilevazione.

Qualora nel corso dell'anno si apra una nuova struttura, deve essere trasmesso il modello di rilevazione dei dati delle dotazioni strutturali entro un mese dall'apertura.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

Funzionalità del Modulo HSP.12 all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo HSP.12, si fa riferimento alla pagina n° 74, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

6.8. HSP.13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private.

Il Modello riporta il numero di posti letto per ricovero ordinario, Day Hospital e Day surgery per disciplina e per tipo di attività (accreditata e non accreditata).

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata entro il 30 aprile dell'anno di rilevazione.

Qualora nel corso dell'anno si apra una nuova struttura, deve essere trasmesso il modello di rilevazione dei dati delle dotazioni strutturali entro un mese dall'apertura.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

Funzionalità del Modulo HSP.13 all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo HSP.13, si fa riferimento alla pagina n° 87, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

6.9. HSP.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero.

Il modello rileva il numero di apparecchiature tecnico biomediche presenti e funzionanti nelle strutture di ricovero.

Temporanee interruzioni dell'attività di una apparecchiatura per interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria non devono essere segnalate.

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata entro il 30 aprile dell'anno di rilevazione.

Qualora nel corso dell'anno si apra una nuova struttura, deve essere trasmesso il modello di rilevazione dei dati delle dotazioni strutturali entro un mese dall'apertura.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

6.10. HSP.16 - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private.

Con il modello si intende rilevare la situazione del personale in servizio di ruolo e non di ruolo, del personale temporaneamente assunto, interno e supplente, purché legato da un rapporto d'impiego con l'amministrazione dell'Ente oggetto della rilevazione. Il modello va compilato per le strutture di ricovero di cui ai tipi 2.3, 3, 4, 8, 9 del modello HSP.11, cioè per i policlinici universitari privati, per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, per gli ospedali classificati o assimilati, per gli istituti privati qualificati presidio ASL e per gli enti di ricerca, nonché per le case di cura private (tipo istituto 5 del quadro F del modello HSP.11).

Nelle colonne afferenti al personale a tempo determinato e indeterminato vanno indicate le unità con rapporto di impiego con la struttura a cui si riferisce il modello.

Nella colonna “altro tipo di rapporto” vanno indicate le unità in servizio presso la struttura e dipendenti da altre istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinativa e continuativa.

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata entro il 30 aprile dell’anno di rilevazione.

Qualora nel corso dell’anno si apra una nuova struttura, deve essere trasmesso il modello di rilevazione dei dati delle dotazioni strutturali entro un mese dall’apertura;

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

6.11. HSP.22 bis – Posti letto medi nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate

Il modello rileva l’attività di ricovero delle strutture pubbliche ed equiparate. Tutti i dati del modello devono essere riferiti all’attività relativa ai soli posti letto per degenze ordinarie, per day hospital e day surgery. I posti letto ordinari devono essere forniti come somma dei posti letto di degenza ordinaria e dei posti letto di degenza ordinaria a pagamento.

Il modello rileva l‘attività con cadenza mensile, e deve essere effettuato un invio trimestrale entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

Tabella 7. Scadenza relativa al Flusso HSP.22 bis

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	30 aprile
II° trimestre	31 luglio
III° trimestre	31 ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	31 gennaio anno successivo

6.12. HSP.23 - Attività delle case di cura private.

Il modello riporta l’attività delle case di Cura Private accreditate e non, il numero di pazienti entrati, dimessi, deceduti nonché le relative giornate di degenza.

L’attività svolta nei reparti ospedalieri che utilizzano strutture presso cliniche private deve essere rilevata dall’ospedale da cui dipende il reparto.

Tutti i dati del modello devono essere riferiti all’attività di ricovero escludendo l’attività relativa al nido, al day hospital e al day surgery.

Il modello rileva l'attività con cadenza mensile, e deve essere effettuato un invio trimestrale entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

Tabella 8. Scadenze relative al Flusso HSP.23

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	30 aprile
II° trimestre	31 luglio
III° trimestre	31 ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	31 gennaio anno successivo

6.13. HSP.24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi

Il modello riporta l'attività di day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e il numero dei nati immaturi delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.

Il modello rileva l'attività con cadenza mensile, e deve essere effettuato un invio trimestrale entro il trentesimo giorno dalla data di scadenza del trimestre.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

Tabella 9. Scadenze relative al Flusso HSP.24

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	30 aprile
II° trimestre	31 luglio
III° trimestre	31 ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	31 gennaio anno successivo

6.14. RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26, legge n. 833/1978.

Rileva i dati di struttura (Quadri A, B, C, E) e i dati di attività (altri quadri) degli istituti o centri di riabilitazione disciplinati dall'art. 26 della legge 833/78.

La rilevazione è annuale: per i dati anagrafici di struttura (quadri A, B, C ed E) la trasmissione del modello deve avvenire entro il 31 Gennaio dell'anno di rilevazione; per quanto riguarda i dati di attività (quadri F, G, H, e I) i dati devono essere inviati entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di rilevazione.

Qualora nel corso dell'anno si apra una nuova struttura, deve essere trasmesso il modello di rilevazione dei dati anagrafici RIA.11 Quadri A, B, C, E con la relativa data di apertura, entro un mese dall'apertura.

Qualora nel corso dell'anno si chiuda una struttura, deve essere aggiornato il relativo modello di rilevazione dei dati anagrafici RIA.11 - Quadri A, B e C comunicando la data di chiusura, entro un mese dalla chiusura.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

Funzionalità del Modulo RIA.11 all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo RIA.11, si fa riferimento alla pagina n° 239 per il modulo G "Personale assistenza riabilitativa", pagina n°250 per il modulo H "Attività di assistenza riabilitativa", pagina n° 261 per il modulo I "Attività di assistenza riabilitativa extramurale e domiciliare", del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

6.15. STS.11 - Dati anagrafici delle strutture sanitarie.

Il modello intende costituire l'anagrafe delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e delle strutture sociosanitarie che erogano prestazioni in regime di convenzione, con esclusione delle attività di ricovero la cui rilevazione è prevista nei modelli HSP e delle strutture di riabilitazione ex art. 26, la cui rilevazione è prevista con il modello RIA.11.

La rilevazione interessa anche le strutture ubicate presso istituti di cura e i singoli medici specialisti. Vanno incluse le unità di cura primarie ma non i medici di base (medici di medicina generale e pediatri). Le strutture per anziani, disabili, tossicodipendenti non convenzionate non vanno censite. Le case di riposo convenzionate vanno censite se hanno una componente sanitaria. La compilazione del modello e la gestione del codice sono a cura della ASP.

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata entro il 31 gennaio anno di rilevazione (per le strutture attive dal 1°gennaio dell'anno).

Qualora, in corso d'anno, inizi l'attività di una nuova struttura deve essere trasmesso un modello STS.11, compilato in ogni sua parte, che riporta nel quadro E l'anno nel corso del quale è avvenuta l'apertura.

Analogamente se, in corso d'anno, si chiude una struttura già esistente o termina il regime di accreditamento deve essere trasmesso un modello STS.11 che riporta nel quadro E

l'anno nel corso del quale è avvenuta la chiusura, nel quadro F la data di avvenuta chiusura, lasciando invariate le altre informazioni.

Tali modelli devono essere inviati entro un mese dall'avvenuta apertura/chiusura della struttura.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

6.16. STS.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere.

Rilevazione e censimento delle apparecchiature tecnico biomediche presenti e funzionanti nelle strutture sanitarie extraospedaliere.

Temporanee interruzioni dell'attività di una apparecchiatura per interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria non devono essere segnalate.

La rilevazione è annuale, deve essere effettuata entro il 30 aprile dell'anno di rilevazione.

Qualora nel corso dell'anno si apra una nuova struttura, deve essere trasmesso il modello di rilevazione dei dati delle dotazioni strutturali entro un mese dall'apertura.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

6.17. STS.21 - Assistenza specialistica territoriale. Attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e di diagnostica strumentale.

Rileva le attività di tutte le strutture pubbliche o private accreditate, interne o esterne a struttura di ricovero, relativamente alla attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e di diagnostica strumentale, segnalata nel modello STS11. Il modello va compilato anche dalle strutture definite "altro tipo di struttura" che erogano prestazioni di specialistica Ambulatoriale.

La rilevazione è annuale e la trasmissione del modello deve avvenire entro il 31 Gennaio dell'anno successivo a quello di rilevazione.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

Funzionalità del Modulo STS.21 all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo STS.21, si fa riferimento alla pagina n° 272, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

6.18. STS.24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale.

Il modello rileva le attività delle strutture pubbliche o private accreditate, relativamente alle attività di assistenza semiresidenziale e residenziale, ed in particolare, il numero di posti attivati, gli utenti e le giornate di assistenza classificate per tipologia.

La rilevazione è annuale e la trasmissione del modello deve avvenire entro il 31 Gennaio dell'anno successivo a quello di rilevazione.

Il flusso è regolamentato dal DM 23 dicembre 1996 e DM 5 dicembre 2006 e s.m.i..

Funzionalità del Modulo STS.24 all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo STS.24, si fa riferimento alla pagina n° 284 per il modulo F "attività semiresidenziale, pagina n° 296 per il modulo G "Attività residenziale", del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

7. FLUSSI NSIS PER IL MONITORAGGIO DELLA GESTIONE AZIENDALE DEI FLUSSI FINANZIARI

I flussi di monitoraggio per la gestione finanziaria sono quelli richiesti dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e gli schemi, le modalità e la tempistica vengono previsti dalla normativa vigente all'interno del sistema informativo nazionale, da inserire nella piattaforma NSIS.

Al fine di consentire al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari della Regione Calabria un costante monitoraggio dell'andamento dei costi e dei ricavi, nonché una puntuale verifica dell'uniformità e coerenza dei dati, le Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere sono tenute alla trasmissione dei sottoelencati modelli secondo le scadenze previste dalla normativa nazionale vigente.

7.1. Modello CE

Il modello riporta le voci del conto economico delle Aziende Sanitarie Provinciali e delle Aziende Ospedaliere.

Oltre alla funzione di consentire al Ministero della Salute di conoscere e confrontare i dati delle previsioni con quelli conclusivi dell'esercizio, il mod. CE svolge l'essenziale funzione di verificare l'andamento gestionale aziendale a cadenze periodiche prestabilite, ovvero trimestralmente.

Infatti, la rilevazione va effettuata a preventivo, trimestralmente e a consuntivo.

Dovrà essere assicurata la perfetta corrispondenza con il conto economico del Bilancio di Esercizio, salvo diverse esigenze di riclassificazione (anch'esso deve essere trasmesso in copia insieme al Bilancio di Esercizio).

L'invio del modello al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari, con cadenza trimestrale e in formato Excel entro il quindicesimo giorno del mese successivo al trimestre di riferimento, è obbligatorio da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali, Ospedaliere, e dall' INRCA. Resta in ogni caso obbligatorio da parte del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari, delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere, e dall'INRCA l'inserimento del modello trimestrale nell'NSIS, ai fini ministeriali, entro l'ultimo giorno del mese successivo al trimestre di competenza.

Si specificano di seguito le scadenze previste per i vari modelli (modello contraddistinto dal codice "000", dai codici delle Aziende e dal codice "999"), distinti per rilevazione trimestrale, a preventivo e a consuntivo.

Rilevazione trimestrale:

I modelli CE rilevazione trimestrale, contraddistinti dal codice "000" e dai codici delle Aziende, sono trasmessi trimestralmente, rispettivamente per i 4 trimestri, entro il: 30 aprile - 31 luglio – 31 ottobre - 31 gennaio (anno successivo).

Il modello CE rilevazione trimestrale contraddistinto dal codice "999" riepilogativo regionale deve essere trasmesso per ciascun trimestre, rispettivamente per i 4 trimestri, entro il: 15 maggio – 31 agosto – 15 novembre – 15 febbraio (anno successivo).

Tabella 10. Scadenze relative al Flusso - Modello CE contraddistinto dal codice "000" e dai codici delle Aziende

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimester	30 aprile
II° trimestre	31 luglio
III° trimestre	31 ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	31 gennaio anno successivo

Tabella 11. Scadenze relative al Flusso - Modello CE contraddistinti dal codice "999" riepilogativo regionale

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	15 maggio
II° trimestre	31 agosto
III° trimestre	15 novembre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	15 febbraio anno successivo

Rilevazione a preventivo:

I Modelli CE rilevazione a Preventivo, contraddistinti dal codice 000 e dai codici delle Aziende, devono essere trasmessi entro 15 febbraio dell'anno di riferimento.

Il Modello CE rilevazione a Preventivo consolidato regionale, contraddistinto dal codice 999, deve essere trasmesso entro il 15 marzo dell'anno di riferimento.

Rilevazione a consuntivo:

I Modelli Consuntivo, contraddistinti dal codice 000 e dai codici delle Aziende, devono essere trasmessi entro 31 maggio anno successivo a quello di riferimento.

Il consolidato regionale, contraddistinto dal codice "999", rilevato a consuntivo deve essere trasmesso entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

Il flusso è regolamentato dal DM 24 maggio 2019.

7.2. Modello SP

Tale modello è il riepilogativo dei dati contenuti nello Stato Patrimoniale del Bilancio di Esercizio; va redatto soltanto a consuntivo e deve esserci perfetta corrispondenza tra i modelli di riclassificazione patrimoniale sia per le risultanze complessive, sia per le singole voci movimentate salvo diverse esigenze di riclassificazione. Una copia del suddetto modello deve essere allegata al bilancio stesso, al momento della trasmissione.

L'invio di detto modello, al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-sanitari, è obbligatorio e deve avvenire con cadenza annuale in sede di trasmissione del bilancio di esercizio.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire:

per i modelli rilevati a consuntivo contraddistinti dal codice "000" e dai codici delle aziende entro il 31 maggio anno successivo;

per il consolidato regionale contraddistinto dal codice "999" rilevato a consuntivo entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

Il flusso è regolamentato dal DM 24 maggio 2019.

7.3. Modello CP

Il seguente modello riporta le voci di costo dei presidi ospedalieri gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie territoriali; la trasmissione dello stesso dovrà avvenire solo a consuntivo, unitamente alla redazione del Bilancio di Esercizio.

L'invio di detto modello, al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-sanitari, è obbligatorio e deve avvenire con cadenza annuale in sede di trasmissione del bilancio di esercizio.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire a consuntivo entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento

Il flusso è regolamentato dal DM 24 maggio 2019.

7.4. Modello LA

Tale modello riporta la riclassificazione dei costi delle Aziende Sanitarie, secondo i livelli di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale 1998/2000.

Resta obbligatorio da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere, INRCA l'inserimento del modello nel portale NSIS.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire:

per i modelli rilevati a consuntivo contraddistinti dal codice "000" e dai codici delle aziende entro il 31 maggio anno successivo;

per il consolidato regionale contraddistinto dal codice "999" rilevato a consuntivo entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

Il flusso è regolamentato dal DM 24 maggio 2019.

7.5. Monitoraggio Trimestrale all. Mod. CE (per la parte economica)

Il flusso in oggetto rileva il monitoraggio trimestrale che anticipa alcune informazioni che il conto annuale rileverà successivamente per l'intero anno sull'andamento della consistenza del personale.

In dettaglio, si rilevano i dati del personale a tempo indeterminato, rilevato per macrocategoria (le qualifiche presenti nella Tabella 1 del conto annuale vengono rilevate in forma aggregata nel monitoraggio), del personale a tempo determinato (che corrisponde al totale della tipologia "tempo determinato" rilevato nella Tabella 2 del conto annuale, con rapporto di lavoro sia di tempo pieno sia in part-time).

I costi sono relativi a ciascun mese (criterio della competenza economica), pertanto il modello del monitoraggio trimestrale costituisce un allegato al Modello CE (modello per la rilevazione del Conto Economico).

Per l'invio dei dati è prevista unicamente la modalità web; i modelli excel specifici per ciascun comparto oggetto di rilevazione sono strutturati unicamente per la predisposizione dei dati da inserire in SICO attraverso le maschere web.

La rilevazione comporta l'invio con cadenza trimestrale dei dati mensili.

La rilevazione è trimestrale: per il primo trimestre deve avvenire entro il 30 aprile[1]; per i trimestri successivi entro il giorno 20 del mese successivo al trimestre di rilevazione.

[1] La scadenza di conferimento del I trimestre può subire, annualmente, lievi variazioni, pertanto si consiglia di consultare annualmente la Circolare MEF con le "Istruzioni in materia di Relazione allegata al Conto Annuale (anno *precedente*) e Monitoraggio anno *in corso"*.

Il flusso, per l'anno di rilevazione 2022, è regolamentato dalla: Circolare MEF n°16 del 31 marzo 2022 e dall'Allegato alla Circolare del 31 marzo 2022, n. 16 - Istruzioni di compilazione.

Si consiglia annualmente di far riferimento, per le tempistiche di conferimento, alla nuova Circolare del MEF con le Istruzioni in materia di Relazione allegata al Conto annuale e Monitoraggio dell'anno (indagine congiunturale trimestrale).

Tabella 12. Scadenze relative al Flusso - Monitoraggio Trimestrale all. Mod. CE (per la parte economica)

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	30 aprile[2]
II° trimestre	20 luglio
III° trimestre	20 ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	20 gennaio anno successivo

[2] La scadenza di conferimento del I trimestre può subire, annualmete, lievi variazioni, pertanto si consiglia di consultare annualmente la Circolare MEF con le "Istruzioni in materia di Relazione allegata al Conto Annuale (anno *precedente*) e Monitoraggio anno *in corso"*.

8. FLUSSI NSIS DELLA MOBILITA' INTERNAZIONALE NEGLI STATI UE E NEGLI STATI IN CONVENZIONE

Il sistema informativo sulla mobilità internazionale (NSMI) garantisce la comunicazione tra Regioni, Province Autonome e Ministero della Salute nell'ambito della mobilità sanitaria, tutelando gli assistiti che si spostano all'interno dell'Unione Europea ed anche quelli che si spostano verso Paesi non aderenti all'Unione Europea, ma con i quali sono state stipulate apposite convenzione, in materia di sicurezza sociale.

L'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità, che promuove la cooperazione tra gli Stati membri dell'Unione Europea è disciplinata dal Reg. CE n°883/2004; Reg CE n°987/2009; D.lgs n°38 del 4 marzo 2014.

Il flusso relativo alla compensazione sanitaria internazionale è regolato dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, documento recante "Regole e procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale in merito alla fatturazione e corretta imputazione delle prestazioni erogate per assistenza sanitaria nella UE e nei Paesi in cui vigono Convenzioni bilaterali" - 78/CSR 11/05/2022.

In particolare:

Fatturazione attiva:

Le ASP (o la Regione per conto delle ASP qualora l'implementazione degli applicativi avvenga a livello centrale) inseriscono negli applicativi di mobilità internazionale tutte le fatture a credito per le prestazioni erogate dalle Strutture sanitarie del proprio territorio ad assicurati in carico ad istituzioni estere, muniti di attestato di diritto, a diverso titolo presenti sul territorio nazionale con le seguenti tempistiche:

- entro la data del 31/05 di ogni anno le fatture relative a prestazioni erogate nel I semestre anno solare precedente

- entro la data del 30/11 di ogni anno le fatture relative alle prestazioni erogate nel II semestre dell'anno solare precedente.

La Regione entro la data del 2/06 e del 2/12 di ogni anno valida al Ministero le fatture a credito inserite negli applicativi di mobilità internazionale dalle ASP del proprio territorio secondo le scadenze come sopra riportate.

Il Ministero della Salute entro la data del 30/06 e del 31/12 di ogni anno effettua il download delle fatture inserite dalle Aziende Sanitarie/Regione negli applicativi e le trasmette unitamente ad una nota di accompagnamento all'Organismo di collegamento del Paese

estero competente per via elettronica o per via cartacea a seconda di come il Paese estero è organizzato a riceverle ed a trattarle.

Fatturazione passiva:

Il Ministero della salute provvede immediatamente al caricamento diretto delle fatture pervenute in via digitale e alla trasposizione da cartaceo a digitale.

La Regione/ASP hanno a disposizione 90 giorni dalla data di ricevimento per mezzo degli applicativi di mobilità internazionale per trasmettere al Ministero della Salute gli esiti delle verifiche ed eventualmente contestare al Paese estero le fatture a debito ricevute per le prestazioni erogate ai propri residenti assistiti in strutture site sul territorio di tali stati corredate (se dovuta) da idonea documentazione.

Il Ministero trasmette ai Paesi esteri entro 30gg dalla data di ricevimento per mezzo degli applicativi tutte le contestazioni alle fatture passive ricevute dalla Regione/ASP.

Il Ministero della Salute il 15 ottobre e il 15 gennaio di ogni anno effettua il download del report, dagli applicativi di mobilita internazionale, contenente l'ammontare dei debiti delle ASP/Regione relativi agli anni precedenti ed invia tale report alle Regioni per il tramite dei singoli Referenti regionali della mobilità internazionale che, comunque, hanno la disponibilità di tali report in qualunque periodo dell'anno.

I Flussi della Mobilità internazionale sono:

8.1. TECAS - Trasferimenti all'estero per cure ad altissima specializzazione

Tale flusso garantisce lo scambio completo e continuativo delle informazioni sulle richieste di trasferimenti all'estero degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). TECAS offre l'opportunità alle ASL, alle Regioni e ai Centri di Riferimento Regionali (CRR), dotati di collegamento informatico Internet o intranet regionale e al Ministero della Salute di integrare le procedure in vigore, basate sullo scambio in formato cartaceo di documenti compilati manualmente, con un sistema informativo che consente di compilare elettronicamente, stampare i modelli e contestualmente di inserire in modo completo e dettagliato gli stessi dati in una base informativa nazionale.

La rilevazione è semestrale e la trasmissione deve avvenire entro il 31 dicembre anno riferimento (1° semestre) - entro 30 giugno anno successivo (2° semestre).

Tabella 13. Scadenze relative al Flusso Tecas - Trasferimenti all'estero per cure ad altissima specializzazione

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° semestre	31 dicembre
II° semestre	30 giugno anno successivo

8.2. ASPE-UE - Assistenza sanitaria nei Paesi esteri dell'Unione Europea

ASPE-UE sostituisce il TESS dal 1° giugno del 2010 adeguandosi ai più recenti Regolamenti UE di Sicurezza Sociale. Consente alle ASP ed alle Regioni collegate di inserire proprie fatturazioni (modelli E125 ed E127) relative ai rimborsi per assistenza sanitaria erogata ad assistiti europei presso strutture sanitarie italiane. Permette, inoltre, di verificare le corrispondenti fatturazioni provenienti dagli stati UE, a carico delle ASP, per prestazioni erogate ad assistiti italiani in mobilità sanitaria in Europa.

Vengono inoltre fornite le rendicontazioni dinamiche per i saldi dare/avere per varie tipologie di assistenza in ambito comunitario.

La rilevazione delle fatture attive è semestrale e la trasmissione deve avvenire:

entro il 31 maggio per le fatture relative a prestazioni erogate del I semestre dell'anno precedente;

entro il 30 novembre per le fatture relative a prestazioni erogate del II semestre dell'anno precedente;

Tabella 14. Scadenze relative a fatture attive Asp-UE - Assistenza sanitaria nei Paesi esteri dell'UE

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° semester anno precedente	31 maggio
II° semester anno precedente	30 novembre

8.3. ASPEC - Assistenza sanitaria nei Paesi esteri convenzionati

ASPEC permette la trasmissione della documentazione contabile collegata all'applicazione delle Convenzioni internazionali in materia di sicurezza sociale stipulate con i Paesi non aderenti all'Unione Europea. Tale trasmissione garantisce un sistema di scambio completo e sicuro. ASPEC consente alle Regioni e al Ministero della Salute di adeguare, semplificare e

velocizzare le procedure in vigore, basate sullo scambio in formato cartaceo di documenti compilati manualmente.

La rilevazione delle fatture attive è semestrale e la trasmissione deve avvenire:

entro il 31 maggio per le fatture relative a prestazioni erogate del I semestre dell'anno precedente;

entro il 30 novembre per le fatture relative a prestazioni erogate del II semestre dell'anno precedente;

Tabella 15. Scadenze relative a fatture attive Asp-UE - Assistenza sanitaria nei Paesi esteri dell'UE

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° semester anno precedente	31 maggio
II° semester anno precedente	30 novembre

9. ART.50 L.326/03 - OBBLIGHI INFORMATIVI CONNESSI AL PROGETTO TESSERA SANITARIA

L'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni,dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, come modificato e integrato dall'art. 1, comma 276 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006), ha introdotto il progetto "Tessera Sanitaria", con l'obiettivo di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria, attraverso il controllo delle ricette farmaceutiche e specialistiche e la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni.

Con il D.M. del 28.04.2006 è stato avviato il Progetto "Tessera Sanitaria" per la regione Calabria. Successivamente è stata avviata la fase a regime del progetto che comporta la piena consapevolezza del regime sanzionatorio stabilito dai commi 8 bis, 8 ter e 8 quater, secondo le modalità definite dalla circolare MEF del 7.06.2007.(prot.n. (RGS) 77524).

Nel ribadire l'importanza agli obblighi informativi definiti dal progetto Tessera Sanitaria si richiamano le Aziende sanitarie al rispetto di tutti gli obblighi informativi, definiti dall'art.50 della L.n.326/03 e relativi DD.MM. attuativi.

In particolare, si sottolinea la necessità di uniformarsi alla costante attività di "manutenzione" ed aggiornamento delle basi dati di competenza, all'invio puntuale dei dati delle ricette, all'assegnazione dei ricettari al medico che prescrive, tramite la procedura fornita dal Portale Sistema TS.

Le Aziende sono, inoltre, richiamate ad assicurare un efficace monitoraggio sul rispetto degli obblighi ex art.50 L. n.326/03 da parte dei titolari delle strutture di erogazione di servizi sanitari (farmacie e laboratori di specialistica), nonché l'utilizzo dei report forniti dal Portale Sistema TS ai fini del monitoraggio dell'attività prescrittiva e della connessa spesa sanitaria "Flusso MEF" e per quest'ultimo si raccomandano le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere alla corretta rilevazione ed alla tempestiva trasmissione dei dati secondo la scadenza prevista.

Secondo quanto stabilito dall'art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326, il Sistema TS effettua la rilevazione e il monitoraggio della spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale sanitaria (SSN) relativamente alle ricette mediche farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale.

La rilevazione delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche avviene attraverso l'invio telematico dei dati delle ricette al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Tale rilevazione consente di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica sanitaria (sia al livello centrale che regionale/aziendale) e di operare verifiche del budget di distretto e dell'appropriatezza prescrittiva, finalizzata alla farmacovigilanza e alla sorveglianza epidemiologica.

Annualmente il MEF definisce specifici calendari di trasmissione dei dati. Per monitorare il

flusso di spesa, il Sistema Tessera Sanitaria provvede pertanto ad acquisire i dati delle prescrizioni effettuate su ricetta rossa, sia dai medici in qualità di **prescrittori**, sia dalle farmacie e dalle strutture specialistiche in qualità di **erogatori**. I dati delle ricette prescritte possono essere trasmessi al sistema di accoglienza:

- direttamente dagli utenti (prescrittori o erogatori) abilitati a trasmette i dati al Sistema TS;
- dalla Regione che svolge il ruolo di collettore e intermediario tra utente (prescrittore o erogatore) e Sistema TS.

I prescrittori sono tenuti ad inviare quotidianamente i dati delle ricette prescritte nella giornata. Gli erogatori hanno l'obbligo di inviare i dati delle ricette erogate entro la scadenza mensile prevista dal calendario degli invii pubblicato annualmente.

Il DM 18 marzo 2008 regola la trasmissione telematica dei dati delle ricette da parte delle strutture erogatrici dei servizi sanitari.

Il DPCM del 26 marzo 2008 regola la trasmissione telematica dei dati delle ricette al MEF da parte dei medici del Servizio sanitario nazionale (SSN) e del Servizio di assistenza sanitaria naviganti (SASN), e delle certificazioni di malattia da parte dei medici curanti.

10. FLUSSI NSIS DI MONITORAGGIO

10.1. M.R.A.

Il mutamento dell'assetto istituzionale e, soprattutto, l'evoluzione della situazione socio economica – che è a fondamento del rapporto tra la domanda e l'offerta sanitaria - hanno portato a significative variazioni dell'offerta sanitaria. La profonda evoluzione del SSN ha fatto, dunque, emergere l'obiettivo strategico di disporre di informazioni che permettano una approfondita conoscenza e distinzione delle strutture ai diversi livelli di offerta.

Il NSIS, attraverso la realizzazione del progetto "Monitoraggio della rete di Assistenza" (di seguito anche MRA), si prefigge l'obiettivo di realizzare un sistema che, disponendo delle informazioni sulle strutture che operano a tutti i livelli d'assistenza, sulle prestazioni erogate e sulle risorse utilizzate, permetta il monitoraggio dell'intera rete di assistenza sanitaria al fine di gestire un patrimonio informativo che possa agevolare il raggiungimento degli obiettivi di governo e gli obiettivi di comunicazione ed informazione verso il cittadino.

Il Ministero della Salute, a partire dai risultati conseguiti nell'ambito del progetto "Mattoni del SSN", con particolare riferimento al Mattone 1 – "Classificazione delle strutture" –, ha definito una nuova modalità di rilevazione dell'intera rete di assistenza sanitaria; infatti, il primo modulo del Sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza ha messo a disposizione un sistema unificato per la gestione dei dati relativi agli ambiti territoriali: Comuni, ASL e relativa popolazione, disciplinato dal DM 5 dicembre 2006.

Il sistema che implementa questa nuova modalità di rilevazione è finalizzato, quindi, a rappresentare, in maniera esaustiva, le strutture che costituiscono la rete di offerta sanitaria regionale, in termini di attività svolte, regimi assistenziali garantiti, target di popolazione, specialità cliniche, oltre che in termini di dotazioni e fattori produttivi impiegati per l'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali.

La prima fase del progetto sviluppata, relativa all'anagrafica delle ASL, ha previsto la realizzazione di un'anagrafe delle Aziende Sanitarie in relazione alla loro competenza territoriale ed ai dati sulla popolazione residente in ciascun Comune.

Le variazioni degli ambiti territoriali di competenza di ciascuna azienda sanitaria devono essere comunicate tempestivamente in modo da assicurare che, alla data di decorrenza delle variazioni, l'anagrafica delle aziende sanitarie del NSIS risulti aggiornata.

Con riferimento al monitoraggio dell'intera rete di assistenza, data la complessità del cambiamento e il conseguente impatto, in particolare sui sistemi locali, è stato avviato un percorso di approfondimento che ha visto la costituzione di un Gruppo Tecnico con rappresentanti delle Regioni e del Ministero della Salute e la sperimentazione su Regioni pilota.

La Regione deve comunicare e mantenere aggiornate le informazioni anagrafiche delle Aziende sanitarie e quelle relative agli ambiti territoriali di competenza, attraverso l'applicazione di "Monitoraggio della rete di assistenza" del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), come disciplinato dal DM 5 dicembre 2006.

Le variazioni degli ambiti territoriali di competenza di ciascuna azienda sanitaria accorpamenti, nascite e cessazioni devono essere comunicate tempestivamente in modo da assicurare che, alla data di decorrenza delle variazioni, l'anagrafica delle aziende sanitarie del NSIS risulti aggiornata.

Tempistiche: al 1°gennaio dell'anno, l'anagrafica delle aziende sanitarie del NSIS deve aver recepito tutte le variazioni intervenute nel corso dell'anno precedente.

Le informazioni che alimentano il sistema MRA devono essere rilevate al verificarsi degli eventi e, a regime, dovranno essere trasmesse al sistema MRA, entro il giorno successivo al verificarsi degli eventi.

10.2. Tempi di Attesa

Per il peculiare impatto che il fenomeno delle liste di attesa riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA. La gestione delle liste di attesa trova più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici.

Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra quanto indicato nel PNGLA (Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa) e:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;

- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria(ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle linee guida nazionali - sistema CUP.

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli. Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta,presso le strutture erogatrici indicate dal Piano Attuativo Aziendale (PAA).

*Il **Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post**, si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell'Economia e Finanze:*

la rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il 10 del mese successivo a quello di rilevazione.

Tabella 16. Scadenze relative al Flusso Tempi di Attesa delle prestazioni ambulatoriali (mod ex post)

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	10 febbraio
Febbraio	10 marzo
Marzo	10 aprile
Aprile	10 maggio
Maggio	10 giugno
Giugno	10 luglio
Luglio	10 agosto
Agosto	10 settembre
Settembre	10 ottobre
Ottobre	10 novembre
Novembre	10 dicembre
Dicembre	10 gennaio anno successivo

*Il **Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante**, si basa su una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali quali visite specialistiche e prestazioni strumentali. Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN indicate nei Programmi attuativi aziendali. Il Monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso. Il tempo di attesa monitorato è quello ex ante, cioè quello prospettato all'utente al momento della prenotazione. L'invio dei dati è trimestrale.*

*Il **Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati**, riguarda i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A (ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi) ex DM 8/7/2010 n.135. L'invio dei dati è trimestrale.*

*Il **Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione di prestazioni** adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi). I dati sono rilevati al verificarsi presso le strutture erogatrici e trasmesse al Ministero con cadenza semestrale entro il mese successivo al semestre di riferimento.*

Il flusso è regolamentato da: DM 8 luglio 2010 n. 135; Piano nazionale di governo delle liste di attesa; conferenza stato regioni 2010;

11. FLUSSI NSIS ANALITICI

11.1. FARMCONV – Assistenza Farmaceutica Convenzionata

Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

L'introduzione della ricetta elettronica ha previsto la completa informatizzazione dell'intero ciclo di vita della tradizionale ricetta medica cartacea del SSN, la cosiddetta ricetta rossa. La ricetta elettronica prevede la completa eliminazione del supporto cartaceo (dematerializzazione), compatibilmente con le modalità alternative previste dal decreto 2 novembre 2011 atte a salvaguardare l'erogazione dei farmaci o delle prestazioni anche in assenza di un collegamento telematico. Essa costituisce uno strumento ormai di ampia diffusione per l'accesso alle prestazioni farmaceutiche e ambulatoriali del Servizio sanitario nazionale da parte dei cittadini. La ricetta elettronica ha consentito, tra l'altro, di assicurare che le prescrizioni farmaceutiche in regime convenzionale circolino velocemente sull'intero territorio nazionale: un cittadino può recarsi in una farmacia di un'altra regione e ad avere diritto all'erogazione dei farmaci.

La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta medica.

Il flusso è regolamentato da: Legge 30 settembre 2003 n. 269; Legge 24 novembre 2003, n. 326: Art.50

Tabella 17. Scadenze relative al Flusso FARMCONV - Assistenza Farmaceutica Convenzionata

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	10 febbraio
Febbraio	10 marzo
Marzo	10 aprile
Aprile	10 maggio
Maggio	10 giugno
Giugno	10 luglio
Luglio	10 agosto
Agosto	10 settembre
Settembre	10 ottobre
Ottobre	10 novembre
Novembre	10 dicembre

Dati relativi a	Scadenza entro il
Dicembre	10 gennaio anno successivo

Funzionalità del Modulo FARM CONV all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo FARM-CONV, si fa riferimento alla pagina n° 38, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

11.2. Distribuzione Diretta o per conto – Monitoraggio delle prestazioni erogate

La distribuzione diretta dei farmaci, ossia la possibilità di distribuire alcuni farmaci ai cittadini da parte di strutture e presidi sanitari, è iniziata nel 2001 con l'entrata invigore della Legge 405/01.

Le prestazioni farmaceutiche oggetto di rilevazione riguardano tutti i medicinali erogati direttamente dalle strutture sanitarie, nonché i medicinali erogati a carico del SSN al paziente per il consumo presso il proprio domicilio, alternative alla tradizionale acquisizione degli stessi presso le farmacie aperte al pubblico.

Nello specifico vengono rilevate tutte le prestazioni farmaceutiche erogate:

- al paziente all'atto della dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica (limitatamente al primo ciclo terapeutico completo);
- ai pazienti cronici soggetti a piani terapeutici o presi in carico dalle strutture;
- ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale nonché i farmaci erogati dalle farmacie pubbliche e private per conto delle Aziende Sanitarie Locali.

La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento.

Il flusso è regolamentato da: DM 31 luglio 2007, DM 13 novembre 2008, DM 6 agosto 2012

Tabella 18. Scadenze relative al Flusso Distribuzione diretta o per conto (DDPC)

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	15 febbraio
Febbraio	15 marzo

Dati relativi a	Scadenza entro il
Marzo	15 aprile
Aprile	15 maggio
Maggio	15 giugno
Giugno	15 luglio
Luglio	15 agosto
Agosto	15 settembre
Settembre	15 ottobre
Ottobre	15 novembre
Novembre	15 dicembre
Dicembre	15 gennaio anno successivo

11.3. TRACCIA (MOVIMENTI) - Tracciabilità del Farmaco (MOV)

Tracciato record da utilizzare per trasmettere alla Banca dati centrale le informazioni relative alle movimentazioni di confezioni di prodotti medicinali ed alla distruzione di bollini e confezioni di medicinali al di fuori del processo produttivo.

Invio entro il limite di 24 ore dalla data di effettiva spedizione delle confezioni di prodotti medicinali. La frequenza di trasmissione può comunque essere maggiore delle 24 ore previste dal decreto (es. invii ogni 4-6 ore).

Il flusso è regolamentato da: DM 15 luglio 2004, Linee guida Tracciabilità del farmaco.

11.4. TRACCIA (VALORI) - Tracciabilità del Farmaco (FAT)

Tracciato record da utilizzare per trasmette alla Banca dati centrale le informazioni relative ai valori delle forniture a carico del SSN in maniera aggregata per AIC/Sito logistico mittente, mese e regione del committente. È utilizzato solo per le forniture di medicinali a uso umano.

La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il 10 del mese successivo a quello di riferimento.

Il flusso è regolamentato da: DM 15 luglio 2004, Linee guida Tracciabilità del farmaco

Tabella 19. Scadenze relative al Flusso TRACCIA (VALORI) - Tracciabilità del Farmaco (FAT)

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	10 febbraio
Febbraio	10 marzo
Marzo	10 aprile
Aprile	10 maggio
Maggio	10 giugno
Giugno	10 luglio
Luglio	10 agosto
Agosto	10 settembre
Settembre	10 ottobre
Ottobre	10 novembre
Novembre	10 dicembre
Dicembre	10 gennaio anno successivo

11.5. FAR – Rilevazioni delle prestazioni residenziali e semiresidenziali

Per "FAR" si intendono le prestazioni residenziali e semiresidenziali e cioè il complesso integrato di prestazioni sociosanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione.

La prestazione si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungotermine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate per la riabilitazione.

La prestazione non è quindi un singolo atto assistenziale, ma è intesa come il complesso dell'assistenza erogata.

Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi e la trasmissione è trimestrale e deve avvenire entro i 45 giorni successivi al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi

Il flusso è regolamentato da: DM 17 dicembre 2008 (Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali. (GU n. 6 del 9-1-2009))

Tabella 20. Scadenze relative al Flusso FAR - Rilevazioni delle prestazioni residenziali e semiresidenziali

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	15 maggio
II° trimestre	15 agosto
III° trimestre	15 novembre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	15 febbraio anno successivo

Funzionalità del Modulo FAR all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo FAR, si fa riferimento alla pagina n° 112, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

11.6. Ospedaliera – Monitoraggio dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero

Questa sezione fornisce alcune informazioni di carattere generale sul Monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero. In particolare, tale flusso informativo rileva le movimentazioni interne di medicinali acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal Servizio Sanitario Nazionale, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta.

La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il 20° giorno del mese successivo al periodo di riferimento.

Il flusso è regolamentato dal DM 4 febbraio 2009.

Tabella 21. Scadenze relative al Flusso Ospedaliera - Monitoraggio dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	20 febbraio
Febbraio	20 marzo
Marzo	20 aprile
Aprile	20 maggio
Maggio	20 giugno
Giugno	20 luglio
Luglio	20 agosto
Agosto	20 settembre
Settembre	20 ottobre

Ottobre	20 novembre
Novembre	20 dicembre
Dicembre	20 gennaio anno successivo

11.7. Dispositivi Medici – Monitoraggio del consumo dei dispositivi medici acquistati da SSN

Rileva i consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN. Il flusso si compone di due sezioni: la prima che riguarda le informazioni relative ai contratti, la seconda quelle relative ai consumi di dispositivi medici nelle strutture del SSN, e la relativa valorizzazione economica.

La rilevazione è trimestrale e la trasmissione deve avvenire entro l'ultimo giorno del mese successivo al trimestre di riferimento.

Eventuali rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate entro il termine massimo di due mesi dalla data di trasmissione

Il flusso è regolamentato da: DM 11 giugno 2010; DM 25 novembre 2013; Linee Guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS (Monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale (DM 11.06.2010))

Tabella 22. Scadenze relative al Flusso Dispositivi Medici - Monitoraggio del consumo dei dispositivi medici acquisiti da SSN

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	30 aprile
II° trimestre	31 luglio
III° trimestre	31 ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	31 gennaio anno successivo

11.8. EMUR – Monitoraggio prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza

Il sistema EMUR ha la finalità di monitorare le prestazioni del Sistema 118 e Pronto Soccorso, relative al singolo evento sanitario, rilevando le informazioni al completamento di ciascun intervento di Emergenza-Urgenza sanitaria.

Le informazioni trasmesse, sono riconducibili, per quanto riguarda il Sistema 118, ai dati relativi alla segnalazione (chiamate telefoniche ricevute dalla Centrale Operativa) e all'intervento, laddove attivato, della Centrale Operativa 118 (luogo dell'accaduto, numero di persone coinvolte, mezzi di soccorso inviati, dati anagrafici degli assistiti, trattamenti di primo

soccorso ed esito complessivo della missione), e con riferimento al Pronto Soccorso, ai contenuti informativi relativi all'accesso al presidio ospedaliero sede di Pronto Soccorso da parte dell'assistito (dati anagrafici dell'assistito, dell'accesso e della dimissione, delle diagnosi e delle prestazioni erogate, della valorizzazione economica).

Coerentemente con le indicazioni contenute nel modello concettuale del NSIS, il flusso di dati sulle prestazioni erogate deve intercettare l'informazione relativa al singolo evento sanitario per consentire diverse e articolate forme di aggregazione e di analisi dei dati finalizzati al calcolo degli indicatori.

La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il mese successivo al periodo di riferimento.

Il flusso è regolamentato da: DM 17 dicembre 2008 e s.m.i

Tabella 23. Scadenze relative al Flusso EMUR - Monitoraggio prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	28 febbraio
Febbraio	31 marzo
Marzo	30 aprile
Aprile	31 maggio
Maggio	30 giugno
Giugno	31 luglio
Luglio	31 agosto
Agosto	30 settembre
Settembre	31 ottobre
Ottobre	30 novembre
Novembre	31 dicembre
Dicembre	31 gennaio anno successivo

Funzionalità del Modulo EMUR all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo EMUR, si fa riferimento alla pagina n° 136, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

11.9. SIAD – Monitoraggio Assistenza Domiciliare

Istituito con il Decreto Ministeriale 17/12/2008, il flusso dell'assistenza domiciliare costituisce un elemento chiave della rete dei servizi sanitari territoriali ai quali negli ultimi anni è stato attribuito un ruolo sempre più rilevante in termini di programmazione sanitaria e di risposta ai bisogni di salute della popolazione. È in quest'ottica che il DPCM 29.11.2001 ha stabilito che l'assistenza domiciliare dovesse essere garantita dal SSN, includendola nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi dell'evento e trasmesse al NSIS con cadenza mensile entro il mese successivo al periodo di riferimento.

Il flusso è regolamentato da: DM 17 dicembre 2008; Specifiche funzionali.

Tabella 24. Scadenze relative al Flusso SIAD - Monitoraggio Assistenza Domiciliare

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	28 febbraio
Febbraio	31 marzo
Marzo	30 aprile
Aprile	31 maggio
Maggio	30 giugno
Giugno	31 luglio
Luglio	31 agosto
Agosto	30 settembre
Settembre	31 ottobre
Ottobre	30 novembre
Novembre	31 dicembre
Dicembre	31 gennaio anno successivo

Funzionalità del Modulo SIAD all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo SIAD, si fa riferimento alla pagina n° 100, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

11.10. SIMES – Monitoraggio errori in Sanità

La gestione del rischio clinico (clinical risk management) ha come obiettivo quello di migliorare

la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A tale scopo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni, per identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure. La legge n. 24/2017 istituisce i Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza dei pazienti. In particolare, la Legge stabilisce la funzione prioritaria dei Centri regionali che è quella di raccogliere da tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, i dati relativi ai rischi, eventi avversi ed entità del contenzioso e di trasmetterli annualmente all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità per il controllo e l'analisi di tutti i dati regionali pervenuti. Il responsabile del Centro afferisce al sistema di gestione informativo denominato SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) adempiendo ai debiti informativo istituzionali e a quanto previsto dalla Legge n. 24/2017.

Si rimanda anche al DCA n. 20 del 7 marzo 2022 "Riorganizzazione dell'attività regionale di gestione del rischio clinico (Legge n. 24/2017)".

Il SIMES ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi; descrive l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie atte a garantire la sicurezza dei pazienti basata sull'apprendere dall'errore.

Una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni e, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

La trasmissione telematica dei dati al NSIS deve essere effettuata da parte della Regione in formato Extensible Marked Language (XML), in base alle caratteristiche dei file XSD. Questa può avvenire secondo le modalità basate su servizi di cooperazione applicativa o su servizi di scambio di flussi telematici.

E' possibile, inoltre, inserire le informazioni degli Eventi Sentinella e delle Denunce dei Sinistri tramite le funzionalità dell'applicazione web SIMES.

La caratteristica principale del sistema, è che tutti gli attori coinvolti nel processo informatico,

potranno lavorare contemporaneamente, in modalità WEB (NSIS), su una banca dati condivisa. In questo modo, tutte le informazioni inserite saranno immediatamente disponibili, secondo il ruolo definito in fase di configurazione, agli utenti del sistema. Più precisamente le segnalazioni degli eventi sentinella, saranno visibili alla struttura (ASP, AO, ecc) che ha effettuato l'inserimento, alla Regione e PA d'appartenenza ed al Ministero della Salute.

La trasmissione avviene nei seguenti modi:

Scheda A *al verificarsi dell'evento.*

Scheda B *entro 45 gg dalla validazione da parte della Regione Calabria della scheda A.*

Denuncia Sinistri *entro 31 gennaio anno successivo al periodo di riferimento.*

La segnalazione di un evento sentinella si compone di due sezioni:

1. la scheda A, che identifica le caratteristiche principali dell'evento occorso, da trasmettere al verificarsi dell'evento o al momento dell'acquisizione dell'informazione da parte degli organi preposti;

2. la scheda B che riporta le informazioni relative alla root cause analisys, da trasmettere, non obbligatoriamente, entro 45 giorni dall'inserimento della scheda A.

Rilevazione Denuncia sinistri:

le denunce dei sinistri, intentate dai pazienti a causa del verificarsi dell'evento avverso in strutture del SSR, devono essere trasmesse entro 31 gennaio Anno successivo al periodo di riferimento

Il flusso è regolamentato dai: DM 11 dicembre 2009; DGR n°369 del 18 giugno 2009; Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2009.

11.11. GAP – Grandi Apparecchiature Sanitarie

Il Ministero della Salute, in data 22 aprile 2014, ha emanato il Decreto "Istituzione del flusso Informativo per il monitoraggio delle Grandi Apparecchiature Sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate" definendo le norme per la rilevazione su base nazionale delle grandi tecnologie e stabilendo le modalità per l'acquisizione di tali informazioni. Oggetto della rilevazione sono le apparecchiature sanitarie rilevanti ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, nonché di rilievo economico per il Servizio Sanitario Nazionale, presenti all'interno delle singole strutture sanitarie.

Il flusso informativo è alimentato direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche, private accreditate, e private non accreditate, secondo le modalità descritte nel disciplinare tecnico e nella documentazione tecnica resa disponibile sul sito internet del Ministero della salute.

La rilevazione delle grandi apparecchiature da parte delle Aziende deve avvenire non oltre il primo mese successivo al trimestre nel quale è stata svolta l'attività di collaudo dell'apparecchiatura. È comunque possibile effettuare modifiche o integrazioni ai dati trasmessi non oltre il secondo mese successivo al trimestre nel quale ricade la data del collaudo.

L'alimentazione annuale del flusso deve avvenire entro il 31 dicembre con i dati relativi all'annualità precedente.

Il flusso è regolamentato da: DM 22 aprile 2014; Disciplinare Tecnico (GU 14/05/2014).

11.12. SIND -Support – Sistema Informativo nazionale per le dipendenze

Il sistema informativo SIND nasce quale strumento di conoscenza e sorveglianza epidemiologica dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze patologiche, basato sulla scelta di coniugare la cultura operativa dei SERT con quella scientifica e metodologica dell'epidemiologia.

Stima la popolazione colpita e valuta le risposte dei servizi pubblici e del privato sociale attraverso l'analisi e la descrizione:

- della dimensione e delle caratteristiche del fenomeno della dipendenza da sostanze psicoattive;
- dei suoi effetti sulla salute per quanto riguarda eventi acuti, cronici e mortalità;
- dei suoi effetti sociali (carcerazioni, interventi delle Forze dell'Ordine, etc.);
- della tipologia e della frequenza degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione attivati dai servizi pubblici e dal privato sociale.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire secondo quanto di seguito:

- *i dati relativi al flusso informativo «strutture» devono essere messi a disposizione entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di rilevazione;*
- *i dati relativi al flusso informativo «personale» e «attività» devono essere messi a disposizione entro il 15 aprile dell'anno successivo a quello di rilevazione;*

Il flusso è regolamentato da: DM 11 giugno 2010

Funzionalità del Modulo SIND all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo SIND, si fa riferimento alla pagina n° 148, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

11.13. SISTRA – Sistema Informativo Servizi Trasfusionali

Il Sistema informativo dei servizi trasfusionali, SISTRA, coordinato a livello nazionale dal CNS (Centro Nazionale Sangue), raccoglie ed elabora le informazioni, acquisite attraverso i flussi Informativi che prevedono informazioni relative ad anagrafiche strutture, raccolta e utilizzo del sangue e dei suoi componenti, dati gestionali comprensivi delle informazioni concernenti alla qualità dei processi e dei prodotti/servizi, programmazione del fabbisogno. Il SISTRA, infatti, si propone di aumentare la qualità, la sicurezza e il coordinamento verso la piena aderenza al fabbisogno nazionale e regionale e permette lo scambio dei flussi di informazione tra il Ministero della Salute, Regioni ed il CNS, favorendo l'interazione tra il livello regionale e nazionale e la registrazione e analisi puntuale dei dati di consumo e produzione di sangue e plasma.
All'interno del SISTRA esiste una anagrafica delle strutture trasfusionali (centri regionali sangue, servizi trasfusionali e unità di raccolta) e tre principali categorie di informazioni: dati sulle attività delle singole regioni, dati sulla compensazione di emocomponente e plasma derivati, dati sull'emovigilanza.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro il 28 febbraio dell'anno successivo.

Il flusso è regolamentato da: DM 21 dicembre 2007; DGR n° 699 del 29 luglio 2005; Legge 21 ottobre 2005 n° 219.

11.14. SISM – Sistema Informativo Salute Mentale

l SISM, monitorizza gli interventi sanitari erogati alle persone adulte con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie. 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 (di seguito 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.

La rilevazione è annuale per quanto riguarda il flusso informativo personale e deve essere trasmesso entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di rilevazione; eventuali rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate, al piu' tardi, entro sessanta giorni dalla data limite d'invio.

La rilevazione è semestrale per quanto riguarda il flusso informativo per le attività e la trasmissione deve avvenire entro 60 giorni dalla fine del periodo di rilevazione; eventuali

rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate, al piu' tardi, entro il mese successivo alla data limite d'invio.

Tabella 25. Scadenze relative al Flusso SISM per le attività - Sistema Informativo Salute Mentale

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° semestre	31 agosto
II° semestre	28 febbraio anno successivo

Il flusso è regolamentato da: DM 15 ottobre 2010.

Funzionalità del Modulo SISM all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo SISM, si fa riferimento alla pagina n° 172, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

12. FLUSSI DELLA SALUTE DELLA DONNA

12.1. CedAP - Certificati di assistenza al Parto

Il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) fornisce informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e sociodemografico attraverso la rilevazione degli eventi di nascita, di nati-mortalità e di nati affetti da malformazioni, dati rilevanti ai fini della sanità pubblica, necessari per la programmazione sanitaria nazionale e regionale. Oggetto della rilevazione del flusso CedAP è quindi ciascun "evento parto" avvenuto sul territorio della Regione Calabria.

Il CedAP deve essere compilato, per ogni nuovo nato, non oltre il decimo giorno dalla nascita e conservato in originale dai presidi. Le informazioni specifiche relative alla nati-mortalità e alla presenza di malformazioni devono essere redatte dal medico pediatra/neonatologo che le ha accertate. Qualora nei dieci giorni successivi al parto venissero diagnosticate sul neonato (anche in un successivo ricovero) una o più malformazioni non rilevate alla nascita, il CedAP andrà aggiornato di conseguenza. Altrettanto si dica per eventuali informazioni non subito disponibili, relative ai casi di nati-mortalità.

Qualora la nascita avvenga a domicilio, il certificato deve essere compilato dall'ostetrica/o dal medico che ha assistito al parto e consegnato all'Azienda Sanitaria territorialmente competente, non oltre il decimo giorno dalla nascita.

Risulta fondamentale, al fine di un miglioramento dei servizi offerti, effettuare una valutazione continua delle procedure e degli interventi messi in atto durante la gravidanza e il parto ed un'analisi del loro rapporto con lo stato di salute e il benessere delle madri e dei neonati. In particolare, il continuo aumento dell'età media delle donne al parto, l'incremento della quota di tagli cesarei, il numero sempre crescente di straniere che partoriscono nella nostra regione sono solo alcuni dei fattori emergenti da tenere monitorati nell'ambito del percorso maternità e della salute perinatale. In questo contesto il certificato di assistenza al parto può risultare un importante strumento al fine di identificare le condizioni socio-economiche e i bisogni delle utenze, individuare le criticità nel percorso di assistenza alla gravidanza e al parto, compresi i processi di disuguaglianze nell'accesso ai servizi, effettuare analisi comparate tra le diverse strutture assistenziali e tra le diverse realtà aziendali e regionali, verificare nel tempo lo stato di implementazione di linee guida e raccomandazioni e monitorare il conseguente cambiamento nelle pratiche assistenziali.

Inoltre, la possibilità di disporre di informazioni analitiche, integrabili con altre rilevazioni correnti (in particolare con il flusso informativo SDO – schede di dimissione ospedaliera), consente, nel rispetto delle attuali norme vigenti sulla privacy, di ricomporre il percorso diagnostico-sanitario dell'utenza fornendo informazioni utili per il lavoro dei professionisti, oltre che per i processi di programmazione sanitaria e controllo di gestione.

Le informazioni che si raccolgono con il flusso sono riconducibili alle seguenti categorie:

- informazioni sulla sede dell'evento;

- informazioni anagrafiche e sociodemografiche sul/i genitore/i;
- informazioni sulla gravidanza;
- informazioni sul parto;
- informazioni sul neonato;
- informazioni sulle eventuali cause di nati-mortalità;
- informazioni sulla eventuale presenza di malformazioni.

Tali informazioni sono suddivise nel tracciato record in 3 tabelle:

- tabella A: dati anagrafici;
- tabella M: dati sensibili sulla madre;
- tabella N: dati sensibili sul neonato.

La chiave univoca che unisce i record appartenenti alla stessa scheda parto è composta dal Codice Azienda Sanitaria Provinciale/ Azienda Ospedaliera, Codice Stabilimento (Presidio + sub codice) e dal numero della scheda. Nel caso in cui il parto non sia avvenuto in un istituto di cura pubblico o privato, si deve indicare un Codice di Presidio fittizio uguale 999.

Il Ministero della Salute, con il Decreto 16 luglio 2001, n. 349 ha dettato i criteri generali del nuovo Certificato di assistenza al parto (CedAP) per la rilevazione degli eventi di nascita, di nati-mortalità e di nati affetti da malformazioni. Tale certificato costituisce uno strumento omogeneo per la rilevazione di dati sia di carattere sanitario ed epidemiologico che di carattere demografico e socioeconomico e può rappresentare quindi un importante fonte di informazioni ai fini di indirizzo delle politiche sociosanitarie a livello nazionale e regionale.

Con la Circolare n. 15 del 19 dicembre 2001, lo stesso Ministero ha emanato le modalità di attuazione del Decreto 349/2001, stabilendo il tracciato record del nuovo CedAP e dando come data di avvio della rilevazione il 1° gennaio 2002.

La rilevazione è semestrale e la trasmissione deve avvenire entro il 30 settembre per i dati relativi al primo semestre, entro il 31 marzo per i dati relativi al secondo semestre, ed eventuali correzioni ed integrazioni riguardanti il primo semestre.

Il flusso è regolamentato da: DM 16 luglio 2001 n°349; Circolare 19 dicembre 2001 n°15.

Tabella 26. Scadenze relative al Flusso CedAP

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° semestre	30 settembre
II° semestre	31 marzo anno successive

Funzionalità del Modulo CedAP all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo CedAP, si fa riferimento alla pagina n° 62, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

12.2. IVG – Interruzione Volontaria di Gravidanza - Mod. D.12 ISTAT

Il flusso rileva le Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) effettuate nelle strutture ospedaliere pubbliche autorizzate e presenti nel territorio regionale. Il flusso è inserito nel Programma Statistico nazionale e costituisce un debito informativo obbligatorio verso Istat ai sensi della legge n.194/78 e D.L. n.322/89.

Il monitoraggio avviene a partire dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna Ivg nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. Il modello contiene informazioni su:

- le caratteristiche sociodemografiche delle donne;
- i servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione;
- i servizi che effettuano l'intervento;
- le sue modalità di esecuzione.

La Regione provvede a raccogliere queste informazioni dalle strutture che eseguono l'Ivg e ad analizzarle per rispondere a un questionario trimestrale e annuale predisposto dall'Iss e dal Ministero, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12/Istat. A livello centrale, l'Iss provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con la Regione; i dati sono inseriti nella relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento, insieme a una interpretazione del fenomeno.

Tra gli obblighi che la Regione ha verso l'ISTAT vi è, nell'ambito del monitoraggio trimestrale, la comunicazione on line dell'avvenuto invio dei dati da parte dell'Istituto stesso; tale comunicazione deve essere congruente con i dati presenti nel consolidato definitivo.

Si precisa che nel caso in cui un Istituto di cura autorizzato ad effettuare IVG, non ne abbia effettuata alcuna nel corso dell'anno di riferimento, dovrà inviare ad ISTAT entro il 31 gennaio dell'anno successivo il mod. ISTAT D.12bis con il quale dichiara l'assenza di eventi di IVG. Se alla scadenza prevista l'Istituto non ha inviato i dati pur avendo effettuato IVG nel corso dell'anno, l'ISTAT attiverà le necessarie procedure di accertamento finalizzate all'eventuale erogazione della sanzione prevista dalla normativa.

I dati devono essere messi a disposizione del Sistema Regionale con la minor latenza possibile e comunque entro la fine del mese successivo a quello di erogazione. Nel caso in cui la scadenza sopra indicata rientri in giorni non lavorativi, questa è rimandata al primo

giorno lavorativo utile.

Il consolidato finale è definito con i dati trasmessi entro il 1° Marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

Normativa di riferimento: Legge n° 194 del 22 maggio 1978; Circolare di aggiornamento del 12 agosto 2020; D.L. N.322/89

12.3. AS – Aborto Spontaneo – Mod. D.11 ISTAT

Rilevazione ISTAT medesima alla precedente. Entrambi consentono di monitorare gli andamenti delle interruzioni e degli Aborti Spontanei avvenuti in ciascun mese. Le rilevazioni sono obbligatorie in quanto rispondono a normativa nazionale ed hanno finalità epidemiologica. Non attivano compensazioni in quanto già comprese nelle SDO. Sono tenuti alla compilazione i Presidi Ospedalieri pubblici a gestione diretta e Case di Cura Private Accreditate e non (no IVG).

La rilevazione è annuale. E' possibile un invio continuativo dei dati, in ogni caso i dati devono essere inviati entro la fine del mese successivo a quello di erogazione. Nel caso in cui la scadenza sopra indicata rientri in giorni non lavorativi, questa è rimandata al primo giorno lavorativo utile.

I consolidati vengono definiti con i dati trasmessi entro il 1° marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

I flussi sono entrambi regolamentati da: Legge n° 194 del 22 maggio 1978. D.L. N.322/89

13. FLUSSI NSIS ECONOMICI DEL PERSONALE

13.1. Conto Annuale - Rilevazione della consistenza del personale e delle relative spese

Il Conto annuale ha come obiettivo quello di analizzare l'andamento della risorsa del Personale.

Tale novità è stata introdotta con apposito protocollo d'intesa firmato in data 11 marzo 2011 che ha modificato le modalità operative per la trasmissione dei flussi informativi del Conto Annuale e del Monitoraggio Trimestrale previste dal protocollo d'intesa tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Ministero della Salute risalente al 1998.

Le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale utilizzano il Sistema informativo SICO per l'invio di tali informazioni.

Il compito di inviare i dati è affidato al responsabile del procedimento amministrativo, il Dirigente/Funzionario preposto all'unità organizzativa individuata dall'ente ai sensi dell'art. 4 comma 1 della legge n. 241/90 e successive modificazioni. In assenza di tale informazione, sarà ritenuto responsabile l'Organo di rappresentanza dell'Istituzione stessa (Direttore Generale). Il responsabile del procedimento, da indicare nella Scheda Informativa n. 1, è tenuto alla sottoscrizione dei modelli di rilevazione.

L'organo di controllo interno individuato al comma 1 del medesimo articolo vigilerà sugli specifici adempimenti di pubblicazione della tabella 15 e della scheda informativa 2, in relazione all'art. 40 bis del d.lgs. n. 165/2001.

La rilevazione è annuale e la trasmissione avviene, per il conto annuale 2021, tenendo conto del periodo post pandemia, a partire dal 10 giugno fino al 20 luglio.

Per l'aggiornamento delle scadenze si rimanda annualmente alle Circolari del MEF relative alla rilevazione prevista dal titolo V D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Il flusso è regolamentato da: D.lgs. n° 165 del 30 marzo 2001;

Per conto annuale 2021: Circolare di aggiornamento del 10 giugno 2022 (rilevazione prevista dal titolo V D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165)

13.2. Relazione allegata al conto Annuale – Risultati della gestione del personale

Al Conto Annuale verrà allegata la **rilevazione annuale** in cui le amministrazioni pubbliche in base a quanto disposto nell'art. 60, comma 2, del d. lgs. n. 165 del 2001, illustrano i **risultati della gestione del personale**. Tale rilevazione avrà le seguenti finalità: conoscenza delle *attività svolte* dal personale, conoscenza delle *ore lavorate* per ciascuna attività svolta, conoscenza dei *prodotti/risultati* conseguiti che scaturiscono dall'attività

svolta, etc.

La rilevazione è annuale e la trasmissione avviene, per il conto annuale 2021, tenendo conto del periodo post pandemia, a partire dal 10 giugno fino al 20 luglio.

Per l'aggiornamento delle scadenze si rimanda annualmente alle Circolari del MEF relative alla rilevazione prevista dal titolo V D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Per conto annuale 2021: Circolare di aggiornamento del 10 giugno 2022 (rilevazione prevista dal titolo V D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165)

14. FLUSSI ART. 20 - L.67/1988

14.1. Osservatorio degli Investimenti pubblici in Sanità

L'obbiettivo dell'Osservatorio degli investimenti pubblici in Sanità è di rendere accessibili ai diversi attori del Servizio Sanitario Nazionale informazioni utili per il controllo degli investimenti pubblici in sanità, al fine di garantire un corretto utilizzo dei fondi pubblici disponibili attraverso la programmazione e valutazione dei progetti di investimento ed il monitoraggio puntuale dello stato di avanzamento.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire nel suddetto modo:

Modulo A = Ammissione al finanziamento – al momento della richiesta;

Modulo B = richiesta erogazione al Ministero – al momento della richiesta;

Modulo C scadenza al 31 marzo anno successivo.

Il flusso è regolamentato da: DGR n°299 del 25 maggio 2009; Conferenza Stato-Regioni 19 dicembre 2002; Conferenza Stato Regioni 28 febbraio 2008.

15. FLUSSI DEL PIANO DI RIENTRO

Il Piano di Rientro è parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione.

L'obiettivo è di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regione Calabria e individuare le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, affrontando le diverse problematiche emerse nella regione stessa.

Alcuni dei flussi sottoelencati possono essere estratti da flussi informativi già esistenti. A tal fine si è reso necessario potenziare i flussi informativi esistenti, ed il loromonitoraggio ha riguardato:

- L'Analisi dei provvedimenti predisposti dalle Regioni in Piano di Rientro nell'ambito del Potenziamento Sistemi Informativi;
- L'Analisi dei Piani di Adeguamento pervenuti sulla base dei DM istitutivi dei nuovi flussi informativi;
- L'Analisi dello stato dell'arte dei Flussi Informativi SIS.Tra i flussi istituiti per il Piano di rientro ci sono quelli indicati nei successivi paragrafi.

15.1. Flusso del Personale - Monitoraggio del costo medio del personale

Raccolta mensile relativa ad un tracciato di "rapporti economici" che evidenzia i rapporti del singolo dipendente con l'azienda. Tramite questo flusso vengono monitorati i cambiamenti dei singoli dipendenti quindi delle Aziende.

La rilevazione di tale flusso nei confronti del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari è:

***Mensile** – rendiconto analitico (per singola matricola) che espliciti il valore erogato relativamentealle voci stipendiali riguardanti la contrattazione integrativa aziendale;*

***Trimestrale** – rileva la coerenza della spesa del personale (Tabella A e B);*

***Annuale** – rileva la consistenza dei fondi relativa la contrattazione integrativa annuale di cui al CCNL.*

Il flusso è regolamentato da: DGR n°372 del 12 maggio 2010.

Funzionalità del Modulo PdR HR all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo PdR HR, si fa riferimento alla pagina n° 124, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

15.2. H.T.A. - Pianificazione sugli acquisti tecnologici in sanità

Per disporre di una corretta rappresentazione della situazione delle tecnologie biomediche in possesso delle Aziende pubbliche nella Regione Calabria, è stato creato un database contenente tutti i dati su tutte le tecnologie presenti nelle Aziende Ospedaliere e Sanitarie presso il Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-sanitari. Le Aziende Sanitarie e Ospedaliere hanno l'obbligo di comunicare al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-sanitari, eventuali variazioni sull'anagrafica Aziendale delle tecnologie sanitarie conseguenti a messa in fuori uso e a nuove acquisizioni di tecnologie.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

Normativa di riferimento: DGR n° 148 del 27 febbraio 2010.

15.3. N.A.R.C. - Gestione eventi sentinella rischio clinico

Il NARC rileva la segnalazione degli eventi sentinella nella quale è prevista l'immediata trasmissione al Ministero della Salute e al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari della scheda A e l'invio entro 45 giorni, della scheda B alle stesse Istituzioni e la procedura per la segnalazione spontanea degli eventi o quasi eventi il cui monitoraggio deve essere effettuato dal Risk Manager Aziendale al DipartimentoTutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari.

La rilevazione avviene al verificarsi dell'evento con trasmissione al Ministero della Salute e Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari di:

***Scheda A** al verificarsi dell'evento;*

***Scheda B** entro 45 giorni.*

Report annuali di monitoraggio.

Normativa di riferimento: DGR n°147 del 27 febbraio 2010.

15.4. C.S.F. - Monitoraggio sul controllo della spesa farmaceutica

Il Piano di rientro, nella parte relativa alla farmaceutica territoriale, stabilisce le Azioni di controllo sulla appropriatezza prescrittiva e iper- prescrizione attraverso:

- l'implementazione di un set di indicatori di controllo per il monitoraggio delle prescrizioni, al fine di istituire una reportistica mensile sui dati delle ricette utilizzando anche la tessera sanitaria elettronica;
- una procedura di controllo periodico e di richiamo ai MMG rientranti nella categoria iper-prescrittori.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie devono monitorare mensilmente le prescrizioni attraverso gli indicatori di cui alla DGR 80 del 28 gennaio 2010; devono produrre report bimestrali sui dati delle ricette;

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie devono inviare al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari i report prodotti bimestralmente sui dati delle ricette, unitamente alla relazione sulle azioni intraprese nei confronti di eventuali rilievi di iper-prescrizione.

Normativa di riferimento: DGR n. 80 del 28 gennaio 2010; DGR n. 83 del 28 gennaio 2010; DGR n. 371 del 12 maggio 2010; Legge n.232 del 11/12/2016.

16. FLUSSI DELLA PREVENZIONE

La **Sicurezza del lavoro** promuove e tutela la salute dei lavoratori attraverso attività di informazione, indirizzo, assistenza e controllo.

L'attività di vigilanza svolta non si limita alla semplice verifica tra quanto previsto dalla normativa e quanto attuato nel luogo di lavoro, ma mira ad una precisa conoscenza e mappatura delle aziende e del numero di lavoratori presenti. Questi ultimi sono stimolati a sviluppare una cultura della prevenzione dei rischi, attraverso azioni mirate di informazione e formazione, che possono coinvolgere altri soggetti e organismi sociali e istituzionali presenti sul territorio.

Il Servizio si adopera per prevenire gli infortuni ed i rischi di danno alla salute nei luoghi di lavoro, privilegiando negli interventi i comparti con maggiore rischio e a rischi specifici emergenti, quali edilizia, agricoltura e lavori atipici.

La funzione di controllo del Servizio P.I.S.A.L. (Prevenzione Igiene e Sicurezza ambienti di Lavoro) è espletata anche attraverso la verifica dei Piani di Rimozione Amianto e l'emissione dei Pareri Preventivi per Nuovi Insediamenti Produttivi (Legge 257/1992 - D. Lgs.81/2008).

16.1. Dati attività ed organico

L'art. 40 D.lgs. 81/08 prevede che entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento, il medico competente trasmetta, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, secondo il modello in Allegato 3B[3] al predetto D.Lgs. 81/08 (Allegato con Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori). Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano a loro volta sono tenute a trasmettere all'ISPESL le informazioni aggregate dalle Aziende Sanitarie.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento.

Il flusso è regolamentato da: D.lgs. 81/08 e s.m.i. Art.40 allegato 3B.

Si rimanda anche alla Procedura per la verifica delle attività di Controllo dei servizi PISAL-Audit (Regione Calabria).

16.2. Raccolta dati annuale bonifica/smaltimento di materiali contenete amianto

Le Imprese che possiedono o utilizzano (direttamente o indirettamente) amianto nei processi produttivi, o che svolgono attività di rimozione, trasporto, smaltimento, stoccaggio,

[3] Allegato da ultimo modificato dal Decreto 12 luglio 2016 del Ministero della Salute (G.U. Serie Generale, n. 184 del 8/08/2016) entrato in vigore il 9/08/2016, già modificato dal decreto ministeriale 9 luglio 2012 - "Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 40 del decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."

detenzione, trattamento o smaltimento dell'Amianto, debbono inviare alla Regione Calabria o alle strutture territoriali da esse individuate, un apposito modello di Relazione Annuale (Art. 9 Legge 257/1992).

Le Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto dei limiti di concentrazione di cui all'Art. 3 comma 1 Legge 257/1992 e predispongono relazioni annuali sulle condizioni dei lavoratori esposti, che trasmettono alle competenti Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano ed al Ministero della Salute.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro febbraio dell'anno successivo al periodo di riferimento.

Il flusso è regolamentato da: Legge 27 marzo 1992 n°257.

16.3. Censimento Ditte che operano nelle attività di smaltimento amianto

La Regione Calabria entro il 28 febbraio di ogni anno successivo all'anno solare di riferimento deve comunicare al Ministero l'elenco delle Ditte che operano nell'attività di rimozione, trasporto, smaltimento, stoccaggio, detenzione, trattamento o smaltimento dell'Amianto.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro febbraio dell'anno successivo al periodo di riferimento.

Il flusso è regolamentato da: Legge 27 marzo 1992 n°257; Procedura di verifica (Regione Calabria).

17. IGIENE E SANITA' PUBBLICA

L'Igiene e Sanità Pubblica si occupa della tutela della salute dei cittadini, della salubrità degli ambienti di vita e della promozione di corretti stili di vita. Tali funzioni sono svolte attraverso:

- la prevenzione delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività e dei singoli rischi connessi con gli ambienti di vita,anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- la sicurezza igienica degli alimenti;
- la sorveglianza e la prevenzione nutrizionale;
- le attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate).

17.1. SIMI – Sistema Informativo Malattie Infettive

Il flusso informativo ha inizio con la notifica da parte del medico, sia ospedaliero sia di medicina generale o pediatra di libera scelta o medico che svolga attività privata, il quale diagnostica la malattia infettiva, reale o sospetta, ed effettua la segnalazione alla ASP di competenza. Il medico deve indicare la malattia sospetta o accertata, gli elementi identificativi del paziente, gli accertamenti diagnostici eventualmente effettuati, la data di comparsa della malattia, tramite un modulo di segnalazione, realizzato e messo a disposizione dalla Regione, secondo criteri di uniformità e semplicità, che garantiscano una corretta e uniforme rilevazione dei dati.

L'ASP di competenza dovrà compilare i riepiloghi mensili di tutte le malattie infettive notificate.

Le ASP sono, inoltre, incaricate della adozione di eventuali misure di profilassi a tutela della salute pubblica, la Regione, invece, partecipa con delle azioni di supervisione e coordinamento.

Nel caso di notifica di episodi accertati di Tubercolosi si deve utilizzare la scheda (Modello 15), proposta in allegato al D.M. 15/12/1990 e modificata nell'allegato al Decreto del 29/7/1998. In tale Decreto vengono definiti i criteri diagnostici per la definizione di "Caso" e le modalità di compilazione del modello 15. La gestione del Sistema di Sorveglianza Epidemiologica, nel caso della Tubercolosi si basa sul Programma informatizzato SIMI 2, elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Ad integrazione della sorveglianza delle meningiti batteriche esistente, a marzo 2007 è stato stilato un protocollo che prevede la segnalazione di tutte le forme di malattie batteriche invasive per i patogeni per i quali esiste un vaccino disponibile.

Il sistema comprende segnalazioni immediate per allertare gli operatori di sanità pubblica e riepiloghi mensili di tutte le malattie infettive notificate, compilati da ogni Azienda sanitaria provinciale.

Normativa di riferimento: DM 15 dicembre 1990; DM 29 luglio 1998.

17.2. Vaccinazioni

Le attività vaccinali per la Regione Calabria vengono organizzate nelle Aziende Sanitarie Provinciali che a loro volta coordinano i Centri Vaccinali che servono bacini d'utenza almeno distrettuali. Questa attività necessita di una costante e continua valutazione, necessaria per una corretta programmazione dell'offerta.

L'anagrafe vaccinale informatizzata è fondamentale per garantire una corretta conduzione dei programmi di vaccinazione, un monitoraggio dell'efficienza dell'attività ed il controllo della sua efficacia attraverso il calcolo delle coperture vaccinali e le reazioni avverse.

La rilevazione del flusso è annuale.

Normativa di riferimento: Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019; Conversione in legge con modificazioni del decreto-legge del 7 giugno 2017 n°73; Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119.

17.3. AVN – Anagrafe Vaccinale Nazionale

L'Anagrafe nazionale vaccini, istituita con Decreto del ministero della Salute 17 settembre 2018, nasce con l'obiettivo di garantire la corretta valutazione delle coperture vaccinali, utile sia a monitorare l'attuazione dei programmi vaccinali in atto su tutto il territorio nazionale, coerentemente con il calendario vaccinale nazionale vigente, sia a fornire informazioni agli organi nazionali, comunitari ed internazionali nell'ambito dello svolgimento di funzioni e compiti correlati alla tutela della salute, anche mediante l'elaborazione di indicatori a fini comparativi.

Con l'istituzione dell'Anagrafe vengono definite le informazioni che tutte le Regioni e Province Autonome devono fornire al Ministero della Salute e, come previsto dal Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, sono registrati nella medesima Anagrafe i dati relativi a:

- i soggetti vaccinati;
- i soggetti da sottoporre a vaccinazione;
- i soggetti immunizzati (art.1, comma 2, Decreto-legge 7 giugno 2017, n.73);
- i soggetti per i quali le vaccinazioni possono essere omesse o differite solo in caso di accertato pericolo per la salute (art.1, comma 3, Decreto-legge 7 giugno 2017, n.73);
- le dosi e i tempi di somministrazione delle vaccinazioni effettuate;
- gli eventuali effetti indesiderati.

Il decreto specifica, inoltre, le funzionalità che le anagrafi vaccinali regionali devono mettere a disposizione e, sulla base di quanto stabilito al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, individua il data set minimo di informazioni che le regioni devono trattare per la realizzazione delle anagrafi uniche a livello regionale, requisito indispensabile per la corretta alimentazione dell'Anagrafe nazionale vaccini.

Infine, per garantire l'aggiornamento delle anagrafi vaccinali regionali, l'Anagrafe nazionale vaccini mette a disposizione delle Regioni e Province Autonome le informazioni relative alle vaccinazioni effettuate in una Regione o in una Provincia autonoma diversa da quella di residenza, sia che si tratti di prestazioni occasionalmente effettuate al di fuori della propria residenza, sia nel caso di cambio di residenza in un'altra regione o provincia autonoma.

I dati dell'Anagrafe nazionale vaccini, realizzata nel rispetto della normativa vigente sulla privacy, possono essere diffusi solo in forma aggregata e anonima.

Il decreto ministeriale 15 luglio 2019 ha ripartito i fondi a livello regionale per l'istituzione dell'Anagrafe.

La trasmissione della scheda dello stato vaccinale aggiornata di ciascun assistito avviene, con cadenza trimestrale, entro il mese successivo al trimestre di riferimento e cioè, deve avvenire entro il 30 aprile per il primo trimestre, 31 luglio per il secondo trimestre, 31 ottobre per il terzo trimestre e 31 gennaio (anno successivo) per il quarto trimestre.

Il flusso è regolamentato da: DM 17 settembre 2018.

Tabella 27. Scadenze relative al Flusso AVN - Anagrafe Vaccinale Nazionale

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	30 aprile
II° trimestre	31 luglio
III° trimestre	31 ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	31 gennaio anno successivo

18. IGIENE DEGLI ALIMENTI

Il Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione cura la divulgazione dei principi di una corretta alimentazione attraverso l'educazione alimentare, promossa nelle scuole e fra la popolazione. Predispone, inoltre, le tabelle dietetiche per la refezione scolastica e provvede alla tutela della salute nei confronti delle malattie trasmissibili con alimenti, le bevande, le acque minerali, ed attua il controllo del rischio di contaminazione chimica degli stessi alimenti. Il servizio inquadra la propria attività secondo l'approccio culturale rappresentato nel "Libro Bianco sulla sicurezza alimentare" della Commissione Europea del 12.01.2000 e sviluppato nei successivi provvedimenti legislativi nazionali che recepiscono i regolamenti comunitari.

18.1. Controllo Ufficiale immissione in commercio e utilizzazione dei prodotti fitosanitari

I prodotti fitosanitari possono essere immessi in commercio ed utilizzati solo se sono stati autorizzati dal Ministero della Salute, conformemente alle disposizioni previste dal Regolamento (CE) N. 1107 del 21 ottobre 2009, dal D.P.R. 28 febbraio 2012, n. 55 e dal D.P.R. 23 aprile 2001. n. 290.

Il controllo viene eseguito al fine di accertare il rispetto delle condizioni di autorizzazione dei prodotti fitosanitari in circolazione e il loro utilizzo conformemente a tutte le indicazioni riportate nelle etichette, in applicazione delle buone pratiche fitosanitarie. Il controllo consiste nella verifica dello stato autorizzativo dei prodotti fitosanitari, nella verifica del periodo di tolleranza, delle registrazioni sulle transazioni dei prodotti fitosanitari, della formazione degli operatori, della presenza sul mercato italiano di prodotti non autorizzati in Italia ma prodotti per l'estero o destinati all'estero, dell'etichettatura, del rispetto dei tempi di carenza e del dosaggio dell'appropriatezza del fitosanitario al parassita e di tutte le condizioni per l'utilizzo riportate in etichetta.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro il mese di febbraio dell'anno successo al periodo di riferimento

Normativa di riferimento: DM 16 giugno 2016; DPR 290/2001; D.lgs. n°69/2014.

18.2. Raccolta dati controllo attività ispettiva e dati di sintesi analisi laboratori – Modelli A e B

Il flusso prevede la raccolta dei dati di controllo dell'attività ispettiva e di sintesi di analisi effettuate nei laboratori di ricerca.

Le relazioni devono essere inviate entro il 31 gennaio di ciascun anno

Normativa di riferimento: DM 16 giugno 2016, DGR 752/2010

18.3. Dati Piano Sicurezza Alimentare (PNI)

La salubrità degli alimenti dal "campo alla tavola" e, conseguentemente, l'abbattimento dei casi di tossinfezioni alimentari e la prevenzione dei danni derivanti dal consumo di alimenti non genuini, devono essere garantiti attraverso l'applicazione da parte della Regione Calabria dei nuovi regolamenti Europei. Questo consente di ottenere qualità e sicurezza degli alimenti soltanto attraverso un approccio completo ed integrato che consenta di valutare tutti i passaggi della filiera produttiva e distributiva. In questo piano rientra anche la promozione di stili di vita sani, la sorveglianza epidemiologica di corrette abitudini alimentari ed una adeguata sorveglianza nutrizionale, capaci di incidere sulla riduzione del sovrappeso, soprattutto nell'età pediatrica e, conseguentemente, prevenire i rischi di patologie correlate.

Le relazioni devono essere inviate entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Normativa di riferimento: DM 16 giugno 2016; DGR 752/2010.

18.4. Elenco soggetti autorizzati alla vendita di prodotti fitosanitari

Tale flusso riporta l'elenco comprensivo dei soggetti abilitati alla vendita dei prodotti fitosanitari rilasciati ai termini della normativa vigente.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro il mese di febbraio dell'anno successo al periodo di riferimento.

Normativa di riferimento: DM 16 giugno 2016; DPR 290/2001.

18.5. Raccolta dati Censimento e relazione mense celiaci e attività formativa

Il flusso si occupa della raccolta ed elaborazione dati dei celiaci censiti, delle relative mense e dei corsi di formazione effettuati da esse per l'assegnazione di fondi.

Le relazioni devono essere inviate entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Normativa di riferimento: DM 16 giugno 2016; Legge 4 luglio 2005 n°123.

19. MEDICINA LEGALE

La Medicina Legale effettua le seguenti prestazioni:

- accertamento dell'incapacità temporanea al lavoro (visite fiscali domiciliari, ambulatoriali su invito per i non trovati in casa);
- accertamento invalidità civile L. 104/92 (handicap) e L. 68/99 (collocamento mirato disabili);
- accertamenti medico legali su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- accertamenti dell'idoneità ed inidoneità ad attività lavorative, generica e specifica, dispensa dal servizio, causalità di servizio (su richiesta dei datori di lavoro);
- certificazioni varie (per patenti cat. A-B; nautica), porto d'armi, cessione del quinto dello stipendio, per lavoratrici madri - legge 151/2001, idoneità generica e specifica al lavoro, etc.);
- compiti di polizia mortuaria: denunce di morte, decreti trasporto salme fuori Comune, trattamenti conservativi; certificazioni per cremazioni;
- adempimenti relativi alla L. 210/92 (indennizzo per danni da complicanze da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni, somministrazioni di emoderivati);
- accertamento della morte cerebrale;
- visite medico legali per adozione su richiesta del Tribunale dei Minori.

19.1. Schede ISTAT di morte

Normativa di riferimento: Legge 833/78, D. Lgs. 502/92 e 517/93, regolamento di polizia mortuaria DPR 285/90 attribuiscono alle ASP gli accertamenti, le certificazioni e ogni altra prestazione medico – legale. Riferimento: Programma statistico nazionale 2002-2004 codice IST-00095

Oggetto Rilevazione dei decessi

Modello utilizzato Scheda ISTAT di morte D4, D5 D4bis, D5bis.

19.2. Rilevazione degli stati di Handicap

Persone portatrici di handicap (Legge 104/1992).

Oggetto Rilevazione dei soggetti con handicap

19.3. Invalidità Civile ed Handicap

Possono presentare domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile e dell'handicap:

- i cittadini minorenni o maggiorenni di nazionalità italiana;
- i cittadini comunitari residenti;
- i cittadini maggiorenni stranieri titolari di carta o permesso di soggiorno, didurata non inferiore ad un anno;
- i cittadini minorenni stranieri, purché iscritti nella carta o nel permesso disoggiorno, di durata non inferiore ad un anno, dei propri genitori.

19.4. Invalidità civile

In particolare, possono presentare domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile (L. 118/71) i cittadini dotati dei seguenti requisiti:

- i cittadini in età lavorativa dai 18 ai 65 anni affetti da patologie tali da determinare un grado d'invalidità pari o superiore al 34%;
- i cittadini minori di 18 anni che abbiano patologie tali da determinare un grado d'invalidità pari o superiore al 34%;
- i cittadini ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età (art. 6 d.l. 509/88);
- i cittadini ai quali sia stata già riconosciuta l'invalidità civile, in caso di peggioramento delle loro condizioni di salute e conseguentemente della loro invalidità;
- i cittadini minori che abbiano difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età.

19.5. Handicap

Possono presentare domanda per il riconoscimento dell'handicap i cittadini dotati deiseguenti requisiti:

- i cittadini, indipendentemente dall'età, che abbiano una menomazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che sia causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (L. 104/92).

20. VETERINARIA

Nella Sanità Pubblica Veterinaria numerosi dati e informazioni devono essere trasferiti a livello ministeriale, come adempimento obbligatorio cui devono ottemperare le Regioni perché siano valutate positivamente dai Ministeri competenti e siano erogate le somme previste, nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale.

20.1. PNR - Piano Nazionale Residui

Il Piano Nazionale Residui (PNR) è un programma articolato su base annuale per la sorveglianza e il monitoraggio della presenza negli animali e negli alimenti di origine animale, di residui di sostanze chimiche che potrebbero essere dannose per la salute pubblica e prevede la ricerca di talune molecole che rientrano in due precise categorie stabilite a livello europeo.

La trasmissione al Ministero dei dati e di tutte le informazioni relative all'attuazione del PNR avviene mediante l'utilizzo del sistema dedicato NSIS Alimenti.

la validazione delle informazioni nel sistema NSIS Alimenti deve essere effettuata nel rispetto delle scadenze di seguito riportate, avendo a disposizione tutti i necessari elementi di giudizio.

La validazione regionale dei dati deve essere effettuata:

- entro il 31 luglio 2022 per la validazione parziale dei dati, relativa ai dati disponibili nel sistema NSIS Alimenti a quella data;

- entro il 28 febbraio 2023 per l'intero 2022.

Gli aggiornamenti delle date di validazione sono disponibili annualmente nel Piano Nazionale per la ricerca dei residui.

Il flusso è regolamentato da: DM 16 marzo 2006 n°158; Reg UE 625/2017; Piano Nazionale per la Ricerca dei Residui.

20.2. PNAA - Piano Nazionale Alimentazione Animale

PNAA ha la finalità di contribuire, attraverso la vigilanza e il controllo sui mangimi, ad assicurare la salubrità dei prodotti di origine animale destinati al consumo umano.

In particolare, l'obiettivo è quello di verificare la rispondenza ai requisiti, previsti dalla vigente normativa, di ogni sostanza impiegata per la produzione di alimenti per animali e di assicurare l'effettuazione dei controlli ed il monitoraggio sulla filiera dell'alimentazione animale, anche in funzione degli effetti sullo stato di salute e del benessere animale.

La rilevazione è semestrale e la trasmissione deve avvenire entro il 31 luglio per il primo semestre ed entro il 31 gennaio per il secondo semestre.

Le Regione valida i dati del I semestre entro il successivo mese di agosto; i dati per l'intero anno entro febbraio dell'anno successivo.

Normativa di riferimento: D.lgs. 2 febbraio 2021 n°27; Piano nazionale di controllo ufficiale sull'alimentazione degli animali; C_17_pubblicazioni_2997_allegato.pdf (salute.gov.it).

Tabella 28. Scadenze relative al Flusso PNAA - Piano Nazionale Alimentazione Animale

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° semestre	31 luglio
II° semestre	31 gennaio anno successivo

20.3. Anagrafe Canina

L'anagrafe si fonda su una metodica di identificazione dei cani certa, il microchip, che viene applicato dal Medico Veterinario per via sottocutanea.

L'identificazione e l'iscrizione in anagrafe possono avvenire presso medici veterinari liberi professionisti accreditati o medici veterinari delle Aziende Sanitarie.

L'iscrizione prevede la registrazione informatica dei dati anagrafici del proprietario e dell'animale in modo da garantire la veloce restituzione degli animali smarriti. Questo sistema è prioritario e del tutto indipendente dalla registrazione dei cani all'Ente Nazionale Cinofilo Italiano (ENCI). Il cane registrato presso l'ENCI va comunque, obbligatoriamente, iscritto all'anagrafe canina: è sbagliato dunque che l'iscrizione ENCI comporti automaticamente l'iscrizione all'anagrafe canina.

La rilevazione è mensile e la trasmissione deve avvenire entro il quindicesimo giorno di ogni mese.

Normativa di riferimento: Legge 281/1991; Ordinanza ministeriale 06 agosto 2008;

20.4. Anagrafe Suina

L'anagrafe suina è un obbligo per tutti gli allevatori dell'Unione Europea. Permette un intervento tempestivo per prevenire e contrastare il diffondersi di epizoozie e rileva la tracciabilità degli animali e dei prodotti alimentari da essi derivati. Il Servizio Veterinario dell'ASP di appartenenza registra il numero dei suini delle varie Aziende in un elenco informatizzato ed aggiornato nella Banca Dati Nazionale dell'anagrafe zootecnica del Ministero della Salute.

La rilevazione è mensile per quanto riguarda le nascite e le morti e la trasmissione deve avvenire ogni 30 giorni per carico e scarico.

Il flusso è regolamentato da: DM 26 ottobre 2010 n°220.

20.5. Anagrafe Zootecnica (BDN)

Il Servizio Veterinario effettua controlli sugli operatori e sugli allevamenti presenti sul proprio territorio per garantire l'applicazione del sistema anagrafe zootecnica e ne registra informazioni ed esiti nel sistema informativo nazionale preposto. Tali registrazioni riguardano anche i dati previsti dalla regolamentazione vigente in materia di erogazione dei premi comunitari. Inoltre, la possibilità di rilevare la tracciabilità e rintracciabilità dei prodotti ricavati dal settore zootecnico (latte, formaggi, carne, ecc.) è data dall'efficienza dell'anagrafe delle aziende e dei capi allevati e dei controlli effettuati.

La rilevazione è semestrale e la trasmissione deve avvenire entro il 20 luglio anno in corso (I° semestre); entro il 25 marzo anno successivo (relaz. Finale)

Il flusso è regolamentato da: Regolamento CEE n. 21/2004; Direttiva CEE 92/102; Reg. 1034/2010; DM 28 giugno 2016.

Tabella 29. Scadenze relative al Flusso Anagrafe Zootecnica (BDN)

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° semestre	20 luglio
II° semestre	25 marzo anno successivo

20.6. Bluetongue

Monitoraggio epidemiologico e vaccinazioni della malattia "Blue tongue" riguardante animali da vita sensibili alla febbre catarrale degli Ovini e Bovini, comprendente azioni di specifiche tecniche di catture degli insetti e di verifica dell'andamento epidemiologico della malattia.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro il 30 maggio anno successivo.

Il flusso è regolamentato da: D.lgs. n°225/2003.

20.7. Vigilanza e controllo

Attività di vigilanza e controllo dei prodotti alimentari comprendente il numero dei controlli effettuati nelle Aziende, il numero delle ispezioni e dei relativi verbali di non conformità.

La rilevazione è annuale e la trasmissione dei dati relativi all'anno X deve avvenire dal 1° gennaio dell'anno X fino al 31 gennaio dell'anno X+1;

la validazione dati relativi all'anno X può avvenire dal 1° gennaio dell'anno X e non oltre il 28 febbraio dell'anno X+1.

Il flusso è regolamentato da: D.lgs. del 6 novembre 2007 n°193. Linee guida 2017.

20.8. Cerves

Tale flusso verifica la conformità dei prelievi degli allevamenti suini e gestisce le attività di sorveglianza ed eradicazione della Malattia vescicolare del suino (MVS). Attraverso il controllo dei prelievi effettuati, vengono eventualmente inviati in deroga i suini fuori Regione.

La rilevazione avviene secondo la seguente tempistica:

a. *cadenza trimestrale per le regioni accreditate per malattia vescicolare del suino;*

Tabella 30. Scadenze relative al flusso Cerves per le regioni accreditate per malattia vescicolare del suino

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	30 Aprile
II° trimestre	31 Luglio
III° trimestre	31 Ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	31 Gennaio anno successivo

b. *cadenza mensile per le regioni non accreditate per malattia vescicolare del suino;*

c. *cadenza mensile in casi specifici per i quali, sulla base delle informazioni disponibili e sentito il parere del CERVES, il Ministero della Salute individui una situazione epidemiologica di rischio.*

Tabella 31. Scadenze relative al Flusso Cerves per le regioni non accreditate per malattia vescicolare del suino o in casi specifici

Dati relativi a	Scadenza entro il
Gennaio	28 febbraio
Febbraio	31 marzo
Marzo	30 aprile

Dati relativi a	Scadenza entro il
Aprile	31 maggio
Maggio	30 giugno
Giugno	31 luglio
Luglio	31 agosto
Agosto	30 settembre
Settembre	31 ottobre
Ottobre	30 novembre
Novembre	31 dicembre
Dicembre	31 gennaio anno successivo

Il flusso è regolamentato da: DPR n°362 del 17 maggio 1996; Ordinanza 12 aprile 2008.

21. FLUSSI NAZIONALI E REGIONALI DI NUOVA E VECCHIA ISTITUZIONE

21.1. RENCAM (Registro Nominale Cause di morte) – Flusso Regionale

L'indicatore riguardante i dati sulla mortalità è di fondamentale importanza ed indispensabile per conoscere lo stato di salute di una popolazione. Le finalità del RENCAM sono:

- La valutazione dello stato di salute della popolazione residente;
- La valutazione descrittiva (decorso spazio temporale di alcune patologie oggetto di sorveglianza: es. Mortalità correlata al calore);
- La programmazione (es. individuazione delle priorità, bisogni di salute ecc.);
- La valutazione indiretta delle azioni e delle prestazioni sanitarie (es. valutazione di esito).

Tale flusso, potrebbe presentare delle criticità dovute a:

- Deceduti all'estero;
- Deceduti fuori regione non segnalati dalle Aziende Sanitarie di competenza;
- Schede di morte di deceduti in Calabria non trasmesse dai comuni in cui è avvenuto il decesso all'ISTAT e alle Aziende competenti per territorio;
- Errori nell'attribuzione della residenza da parte degli Uffici di Stato Civile durante la compilazione della scheda di morte o da parte del medico che ha certificato il decesso.

La rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro il I° trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento.

Il flusso è regolamentato da: DPR 10 settembre 1990 n.285

21.2. SISPE - Sistema informativo Nazionale sulla salute dei detenuti e dei minori

SISPE raccoglie le informazioni circa le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziarie, dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche, sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici, delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti e vengono tutte trasferite al Servizio Sanitario Nazionale (DPCM 1° aprile 2008).

Le funzioni principali di tale sistema informativo si sintetizzano in:

- monitoraggio dell'attività dei servizi sanitari, analisi del volume di prestazionie dei pattern di trattamento e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza;
- supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari, per la valutazione del grado di

efficienza e di utilizzo delle risorse;

- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità.

Normativa di riferimento: DPCM 1° aprile 2008

21.3. Screening – Prevenzione diagnosi precoce tumori

Lo screening è fondamentale per la prevenzione dei tumori ed è costituito dai programmi di controllo rivolti a vari gruppi di persone, in fasce di età specifiche. Attualmente in Calabria sono attivi tre programmi di screening: screening dei tumori cervice uterina, cancro alla mammella (screening del tumore femminili), screening dei tumori del colon-retto. Gli interessati ricevono a casa una lettera di invito ad effettuare semplici esami (pap-test e mammografia per i tumori femminili, ricerca sangue occulto nelle feci per i tumori del colon-retto). Test, approfondimenti diagnostici, eventuali cure sono gratuiti in quanto rientrano nei LEA. Inoltre, è presente anche il flusso screening riguardante l'HCV, per il monitoraggio e la valutazione della relativa infezione.

Per gli screening oncologici, la rilevazione è annuale e la trasmissione deve avvenire entro il 30 maggio anno successivo (1°parte) – entro il 30 settembre anno successivo (seconda parte) per i flussi oncologici.

Per lo screening HCV la trasmissione è semestrale, ovvero i dati relativi al primo semestre (aggiornati al 30 giugno) entro e non oltre il 31 luglio; i dati del secondo semestre (aggiornati al 31 dicembre) entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo.

Il flusso è regolamentato da: Legge n.138 del 2004; DM 19 luglio 2021.

Funzionalità del Modulo Screening PNP SCR all'interno del SEC-SISR

Per le istruzioni operative relative alle funzionalità del Modulo Screening PNP SCR, si fa riferimento alla pagina n° 184, del "Manuale Utente Gestione Flussi" relativo al Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

21.4. HOSPICE

Il flusso informativo regionale Hospice (HOSP-RP) rileva le informazioni riguardanti l'assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata presso le strutture Hospice della Regione nei

confronti delle persone nella fase terminale della vita per le quali non ci sono terapie adeguate ed efficaci. Restano esclusi dalla rilevazione tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da “sostegno sociale” alla persona. L'assistenza sanitaria erogata presso le strutture Hospice è rilevata anche per le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.

Il flusso ha finalità riconducibili al monitoraggio dell’attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, valutazioni sulle caratteristiche dell’utenza e sui pattern di trattamento con particolare riferimento alle cure palliative per pazienti gravi, cronici e terminali con attenzione alla componete psicosociale della malattia e della cura.

Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi degli eventi e trasmesse ad NSIS con cadenza trimestrale entro il mese successivo al trimestre di riferimento nel quale è avvenuta la conclusione del percorso assistenziale.

Il flusso è regolamentato da: DM 6 giugno 2012. (G.U. Serie Generale , n. 142 del 20 giugno 2012); Specifiche funzionali dei tracciati HOSPICE

Tabella 32. Scadenze relative al Flusso HOSPICE

Dati relativi a	Scadenza entro il
I° trimestre	30 aprile
II° trimestre	31 luglio
III° trimestre	31 ottobre
IV° trimestre ed eventuali integrazioni e/o correzione	31 gennaio anno successivo

21.5. Note AIFA

L’Agenzia Italiana del Farmaco è l’autorità nazionale competente per l’attività regolatoria dei farmaci in Italia, inoltre, rende disponibile la Banca Dati del farmaco quale anagrafica di riferimento a livello nazionale. La stessa:

- garantisce l'accesso al farmaco e il suo impiego sicuro ed appropriato come strumento di difesa della salute;
- assicura la unitarietà nazionale del sistema farmaceutico d'intesa con le Regioni;
- provvede al governo della spesa farmaceutica in un contesto di compatibilità economico-finanziaria e competitività dell'industria farmaceutica;
- assicura innovazione, efficienza e semplificazione delle procedure di registrazione, in particolare per determinare un accesso rapido ai farmaci innovativi ed ai farmaci per le malattie rare;
- rafforza i rapporti con le Agenzie degli altri Paesi, con l'Agenzia Europea dei Medicinali

(EMA) e con gli altri organismi internazionali;

- favorisce e premia gli investimenti in Ricerca e Sviluppo (R&S) in Italia, promuovendo e premiando la innovatività;
- dialoga ed interagisce con la comunità delle associazioni dei malati e con il mondo medico-scientifico e delle imprese produttive e distributive;
- promuove la conoscenza e la cultura sul farmaco e la raccolta e valutazione delle best practices internazionali.

22. CONTROLLI E VERIFICHE

Le Aziende Sanitarie Provinciali e le Aziende Ospedaliere sono tenute ad adempiere quanto previsto dalla normativa vigente per l'esercizio dei controlli sull'attività ospedaliera degli erogatori pubblici e privati.

L'attività di controllo ha inizio dall'accettazione delle notifiche di ricovero e si procede valutando la completezza e la correttezza della prescrizione del medico di medicina generale per come previsto dalle normative in merito (in caso di inadempienza viene restituita per le opportune rettifiche).

I controlli sulle SDO vengono eseguiti sulla loro totalità e sono essenzialmente di due tipi: quelli formali e quelli di merito.

22.1. Controlli formali

I controlli formali di routine, eseguiti su tutte le SDO trasmesse, consistono:

- nel riscontro della leggibilità e completezza degli archivi trasmessi;
- nell'analisi della coerenza e completezza dei dati contenuti nei campi SDO;
- nel riscontro della conformità tra i dati SDO cartacei e quelli informatici tramessi.

Eventuali vizi o discordanze vengono tempestivamente segnalati, per le ASP alle Strutture erogatrici, e per le AO ai reparti per le opportune rettifiche che sono a loro volta oggetto di ulteriore controllo.

22.2. Controlli di merito

Tutte le SDO trasmesse vengono selezionate in base ai criteri contenuti nelle linee guida regionali (e successive modifiche ed integrazioni) per l'individuazione di possibili criticità; nello specifico si attenzionano:

- DRG anomali;
- DRG incoerenti;
- DRG complicati;
- Dimissioni precoci;
- Ricoveri anomali per la durata di degenza;
- Onnicomprensività della tariffa;
- Trasferimenti ad altro istituto di ricovero;
- Ricoveri ripetuti;

- Ricoveri ripetuti per chemioterapia o radioterapia o per controllo clinico, con diagnosi principale di neoplasia;
- Ricoveri con sospetta neoplasia maligna in attesa di referto istologico;
- Controlli di appropriatezza (secondo i criteri stabiliti da delibere regionali specifiche);

Tutte le SDO selezionate sono sottoposte ad ulteriore valutazione che esita in un giudizio di regolarità o di necessità di ulteriore approfondimento. Il controllo di approfondimento consta di attenta valutazione della corretta e coerente codifica di diagnosi, procedure ed interventi riportati in cartella e di ogni altro elemento documentale necessario.

23. OBBLIGHI E ADEMPIMENTI

Tutte le Azienda Sanitarie ed Ospedaliere sono obbligate a controllare e verificare i dati derivanti dall'adozione dei flussi informativi ed informatici.

23.1. OBBLIGHI E ADEMPIMENTI DEGLI ENTI DEL SSR

Tutte le ASP ed AO del SSR devono introdurre, ove non già esistente, il Servizio Informativo Aziendale quale struttura organizzativa a valenza complessa del Centro di Controllo Direzionale, posta in staff, preposta alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni rilevanti ai fini della programmazione e del controllo delle attività dell'azienda, attraverso la rilevazione delle grandezze quantitative di carattere economico-finanziario, di produzione ed attività. Il servizio informativo aziendale deve garantire l'imparzialità dei dati attraverso l'applicazione degli strumenti di auditing sulle informazioni aziendali, riferendo in caso di incongruenza delle stesse alla Direzione Generale.

Si applicano le disposizioni del D.lgs. n. 39 del 12 febbraio 1993 e s.m.i., il D.lgs. n. 286 del 30 luglio1999, D.lgs. n. 267 del 18 agosto 2000, D.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 s.m.i.,

D.P.R. del 4 aprile 2002, D.lgs. 150 del 27 ottobre 2009 e del CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale D.lgs.235/10).

Conseguentemente al riconoscimento della valenza dei flussi ed agli effetti sulla contabilità delle aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche e private, si vuole richiamare l'attenzione a procedere alla corretta compilazione dei flussi informatizzati e non, ed alla loro tempistica, prevista sia dalle specifiche norme di legge ed anche richiamata in tale documento.

I termini relativi alla trasmissione dei flussi informativi rientrano tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato – Regioni il 25 marzo 2005 e sono da intendersi inderogabili.

Le Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere e tutti gli Enti pubblici e privati del Servizio Sanitario Regionale, per i quali la normativa nazionale e regionale costituisce obbligo informativo, sono tenuti alla trasmissione dei flussi secondo le scadenze definite da normativa e richiamate nel presente documento.

Le strutture private accreditate sono tenute, per quanto di loro competenza, a rispettare le indicazioni fornite dalle Aziende Sanitarie Provinciali per la corretta gestione dei flussi di loro competenza.

Il mancato rispetto delle scadenze previste per quanto riguarda i flussi economici, sanitari e di piano di rientro concorre a far dichiarare inadempiente la Regione da parte dei Ministeri competenti, come previsto dall'art. 6 e dall'allegato 1 dell'Intesa citata.

24. QUADRO SINTETICO FLUSSI INFORMATIVI

La tabella allegata alle presenti linee guida riportata le informazioni relativamente ai flussi informativi ad oggi esistenti, dando evidenza delle tempistiche di conferimento. In particolare, per ogni flusso informativo sono sinteticamente evidenziati:

- il riferimento alla norma istitutiva con la possibilità di visualizzarla;
- una breve descrizione dei contenuti, in termini di principali informazioni rilevate;
- la tipologia di flusso informativo;
- la competenza dei settori del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio-Sanitari rispetto ai singoli flussi sanitari;
- le scadenze di conferimento.

Allegato 1: Mappa flussi - Regione Calabria - Ricognizione della normativa ministeriale e regionale sui flussi sanitari

25. ISTRUZIONI OPERATIVE PER L'ACCESSO AL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE PER LA GESTIONE DEI FLUSSI SUL SISTEMA SEC-SISR

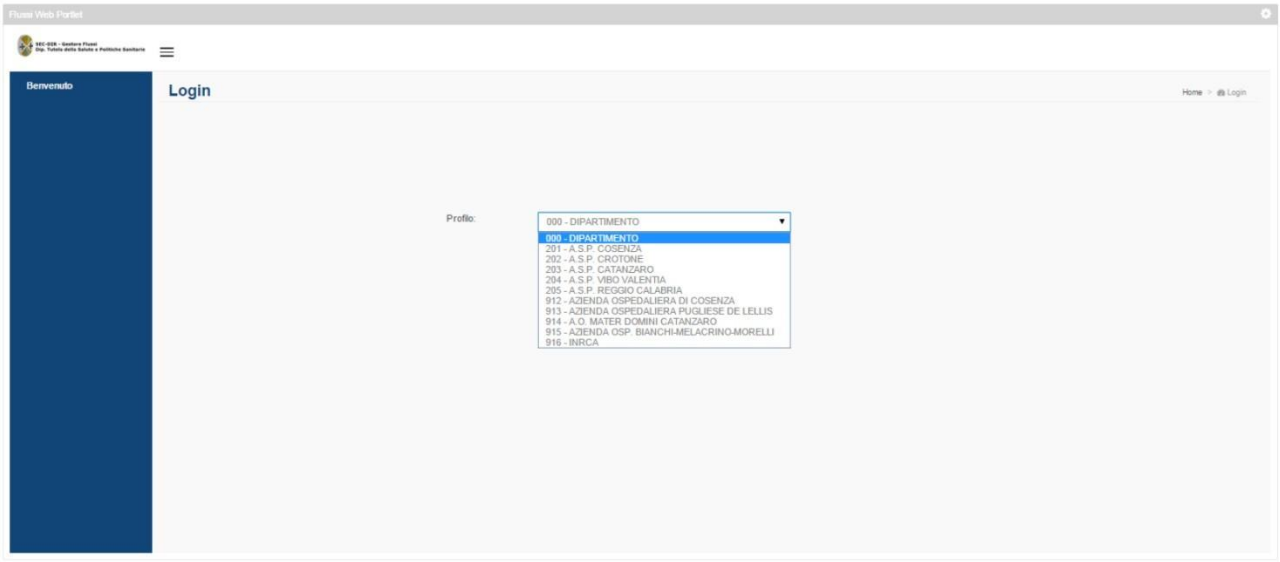
Il paragrafo illustra le istruzioni operative di carattere generale per i flussi gestiti dal SEC-SISR. In particolare, viene rappresentata brevemente la procedura per l'accesso al sistema e visualizzata la schermata relativa alla gestione dei flussi. È presente un'interfaccia finale ad uso dell'utente sottoforma di pagina web per la gestione dei flussi. Tale interfaccia, permette ai singoli utenti di effettuare le operazioni di acquisizione, trasmissione e validazione dei flussi informativi, a seconda dei profili autorizzativi ad essi associati.

Per tutte le specifiche funzionalità si rimanda al documento "Manuale Utente Gestione Flussi" – Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – versione 2 del 24/10/2016.

Istruzioni di accesso al sistema

Per accedere al Portale per la gestione flussi è necessario che il profilo dell'utente abbia l'autorizzazione a tale scopo. L'utente abilitato, inserendo user name e password, accederà al sistema nella maschera Gestione Flussi nella sezione SEC-DIR. In seguito all'autenticazione effettuata sulla pagina di log-in, l'utente ha la possibilità di selezionare l'ente con cui accedere all'applicazione, che può essere il *Dipartimento* o l'*Azienda sanitaria*, come mostrato in figura 1*, in quanto ci sono profili abilitati* alla gestione dei dati di più aziende sanitarie.

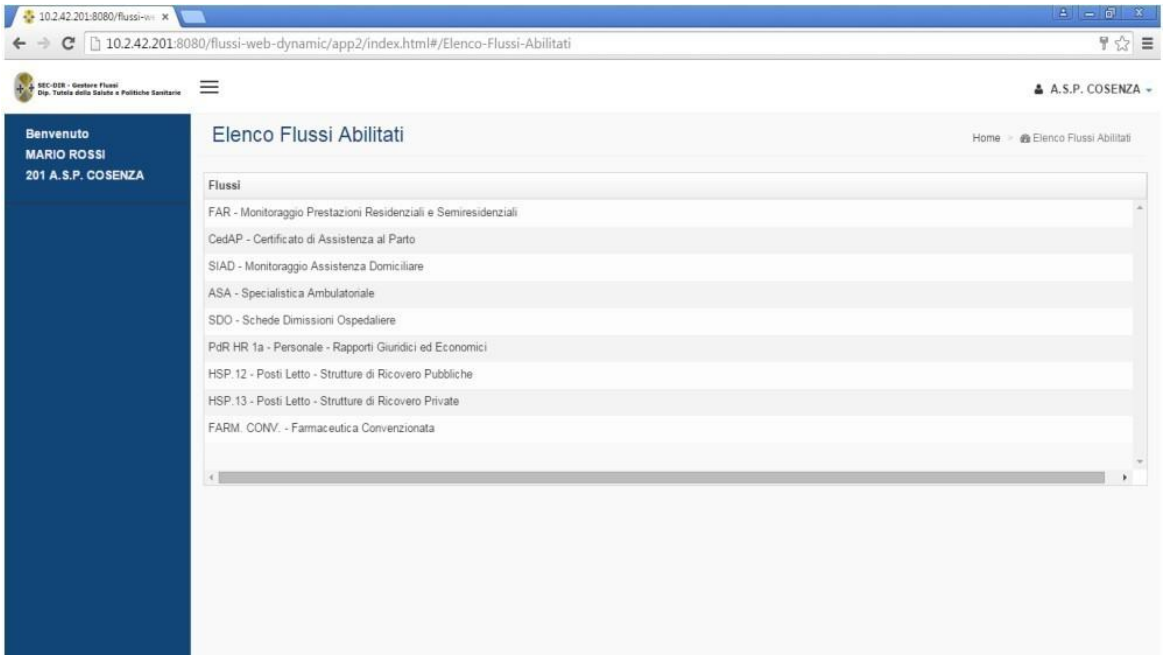
Figura 1. Selezione ente



Pagina principale

Dopo l'accesso e successivamente alla selezione dell'ente, viene visualizzata la pagina di selezione dei Flussi, come mostrato in figura 2, nella quale l'utente può operare. I flussi presenti sono legati al tipo di utente che ha effettuato l'accesso. Per la selezione del Flusso da editare, è necessario effettuare un doppio click sul corrispondente nome del flusso. Si rappresenta in figura seguente l'esempio di accesso di un utente "Mario Rossi" che accede per conto dell'ASP di Cosenza.

Figura 2. Selezione del flusso



Dopo aver selezionato un flusso, la schermata consente di visualizzare lo storico del Flusso e le informazioni relative al suo stato di attuazione. L'organizzazione della pagina è pressoché uguale per tutti i flussi, e si distinguono le quattro aree seguenti:

- **AREA D'INTESTAZIONE**: mostra informazioni riguardanti il Profilo e l'Azienda Sanitaria con cui è stato effettuato l'accesso.
- **AREA MENU' FUNZIONALITA'**: mostra l'elenco delle funzionalità attivabili su un determinato Flusso.
- **AREA TITOLO SEZIONE**: mostra il titolo della sezione e la relativa funzionalità. Inoltre, da qui è possibile tornare al menu principale ed eventualmente selezionare un altro flusso.
- **AREA CORPO SEZIONE**: mostra l'interazione della singola funzionalità.

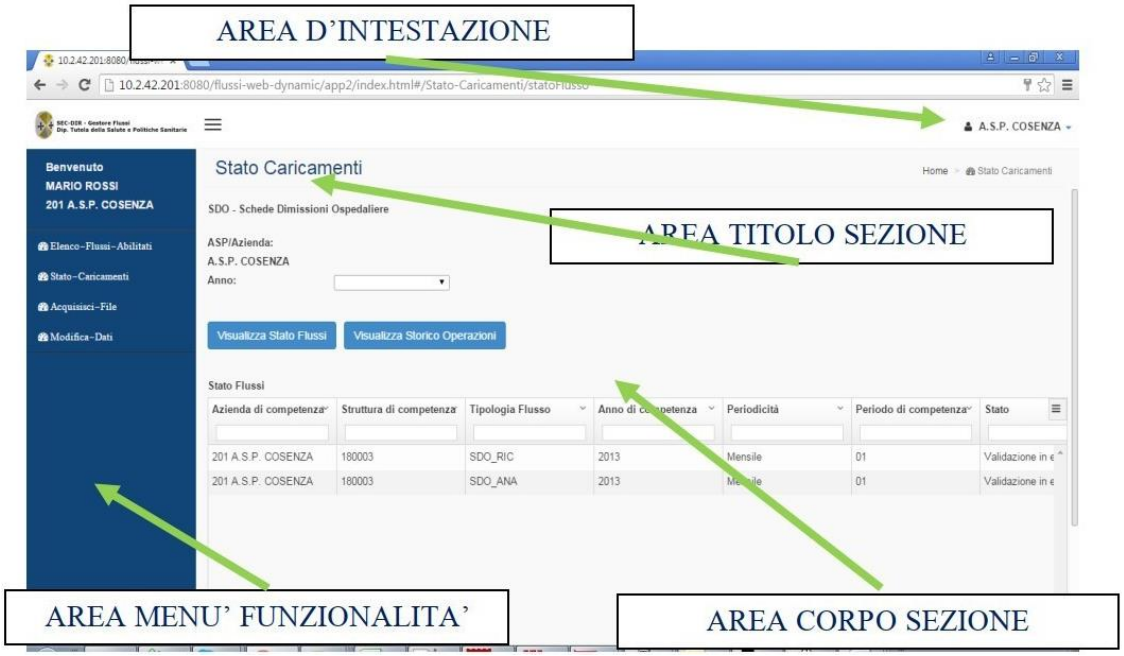



Figura 3. Pagina Flusso selezionato