

## REGIONE PIEMONTE

ASSESSORATO TUTELA DELLA SALUTE E SANITA'

DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA

SETTORE GESTIONE E RISORSE FINANZIARIE

### **FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI**

**TRACCIATI RECORD  
B, C, C2, C4, C5, D, F**

**Rilevazione anno 2010 e successivi**

Versione Gennaio 2010



## INDICE

INDICE .....	2
1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO .....	3
1.1 OBIETTIVI.....	3
1.2 STRUTTURA DEL DOCUMENTO .....	3
1.3 CONCETTI PRINCIPALI.....	3
2 REGOLE DI COMPILAZIONE .....	5
3 TIPO DI CONTROLLI .....	6
3.1.1 CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD .....	6
3.1.2 CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE.....	6
3.1.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA .....	6
4 Note di COMPLAZIONE .....	7
4.1.1 CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE.....	7
4.1.2 CANCELLAZIONE .....	7
4.1.3 SOSTITUZIONE .....	8
4.2 FLUSSO “C” – BRANCA DI EROGAZIONE.....	9
4.3 FLUSSO “C” – LIBERA PROFESSIONE/SOLVENTE.....	10
4.4 NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA .....	10
4.5 FILE “F” - PRECISAZIONI .....	11
4.5.1 Unità di misura file F e tabelle di conversione .....	13
4.5.2 Gestione ossigeno liquido, ossigeno Gassoso e unità di misura.....	14
4.6 FILE C2 – PRECISAZIONI.....	14
4.7 FLUSSO B – PRECISAZIONI .....	15
4.8 RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE.....	15
5 TRACCIATI RECORD .....	17
5.1 Tracciato anagrafico .....	18
5.2 Tracciato B.....	20
5.3 Tracciato C.....	21
5.4 Tracciato C2.....	22
5.5 Tracciato C4.....	23
5.6 Tracciato C5.....	24
5.7 Tracciato D .....	25
5.7 Tracciato F.....	26
6 SCHEDE ANALITICHE .....	27
7 SCHEDE DEI CONTROLLI .....	108
7.1 Controlli Logici (tipo L) .....	108
7.2 Controlli Formali ( tipo F) .....	122
7.3 Controlli Bloccanti ( tipo N).....	122
7.4 Segnalazioni.....	123
8 TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI.....	124
9 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI .....	125
10 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI.....	126
11 TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI .....	127

# 1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

## 1.1 OBIETTIVI

Il presente documento si pone due obiettivi principali:

- Offrire alle Aziende Sanitarie Regionali un quadro complessivo riguardante i controlli formali e logici da applicare ai dati inerenti la specialistica ambulatoriale trasmessi al CSI.
- Costituire la base per l'analisi informatica volta all'elaborazione di procedure di rilevazione dei dati.

## 1.2 STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Nella prima parte del documento (capitoli 2, 3 e 4) sono state riportate informazioni di carattere generale quali le regole di compilazione dei campi, le tipologie di controlli applicati, nonché i meccanismi di cancellazione e sostituzione dei record già inviati e presenti in archivio.

I capitoli 5, 6 e 7 contengono rispettivamente i tracciati record, le schede analitiche di compilazione dei campi e l'elenco dettagliato dei controlli di congruenza logica applicati.

## 1.3 CONCETTI PRINCIPALI

A partire dagli invii del 2002 sono state introdotte nella gestione dei flussi prestazioni le seguenti procedure:

- suddivisione dei dati anagrafici dai dati ricetta per i flussi basati su righe ricetta (C, C2, D, F);
- introduzione, in tutti i tracciati di un **IDENTIFICATIVO ESTERNO**, generato dalle procedure utente per l'individuazione di un **blocco di informazioni**. Nel caso dei tracciati (C, C2, D, F) il blocco di informazioni individua l'insieme di righe che compongono la ricetta (dati anagrafici e dati sanitari); per i tracciati (B, C4, C5) il blocco di informazioni coincide con un singolo record;
- gestione del tipo movimento per consentire la cancellazione e/o sostituzione di blocchi di informazioni;

L'adozione di un **IDENTIFICATIVO ESTERNO** del blocco di informazioni permette:

- il compattamento del file delle informazioni anagrafiche e un risparmio sulle dimensioni dei file che vengono scambiati;
- la gestione della modifica / cancellazione dei blocchi di informazione mediante un elemento di identificazione univoco generato dalle procedure utente.

Per una corretta gestione è necessario che l'**IDENTIFICATIVO ESTERNO** sia unico nell'ambito

dell'azienda, dell'ente inviante e del tracciato a prescindere dall'anno di erogazione della prestazione. Pertanto lo stesso IDENTIFICATIVO ESTERNO non deve essere ripetuto per anni diversi.

La codifica dell'IDENTIFICATIVO ESTERNO non necessita di regole particolari, bensì viene autonomamente gestita dalle aziende con l'unico vincolo già specificato dell'univocità.

La chiave logica di un blocco di informazioni è data dal CODICE AZIENDA, dal CODICE ENTE EROGATORE, dall'IDENTIFICATIVO ESTERNO e dal TIPO RECORD (ad esclusione del tracciato B, dove la chiave è costituita dal codice Azienda, dall'identificativo esterno e dal tipo record).

L'adozione dell'IDENTIFICATIVO ESTERNO e la suddivisione del tracciato in due parti permettono un risparmio nella trasmissione e nella memorizzazione dei file per i seguenti motivi:

- il dato anagrafico e le informazioni salienti della ricetta sono inviati una sola volta per singola ricetta
- i dati relativi al dettaglio delle ricette non comprendono le informazioni anagrafiche, ma sono riconducibili alle stesse mediante il campo IDENTIFICATIVO ESTERNO
- la ricostruzione della ricetta nel sistema centrale avviene in base all'IDENTIFICATIVO ESTERNO generato dai sistemi informativi degli utenti, che è presente sia nel tracciato anagrafico sia nel tracciato delle righe ricetta.

## 2 REGOLE DI COMPILAZIONE

Nei tracciati in oggetto, si fa riferimento ad una graduazione del carattere obbligatorio del campo. Tale graduazione è così definita:

### **OBBLIGATORIO – codice OBB**

Sono i campi che devono necessariamente essere compilati. La non compilazione di un campo obbligatorio comporta lo scarto del record (per i tracciati B, C4 e C5) oppure del blocco di record che fanno riferimento alla stessa ricetta (per i tracciati C, C2, D e F).

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

### **OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP**

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

### **NON OBBLIGATORIO – codice NOB**

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

### **NON VALORIZZARE – codice NV**

Questi campi devono essere impostati nel seguente modo:

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

### **CONDIZIONATO – codice CON**

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

Relativamente alle regole di compilazione si ricorda inoltre che:

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

NNNNN,NN	per i campi <b>importo totale</b>
NNNN,NN	per i campi <b>importo ticket</b>

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

### **3 TIPO DI CONTROLLI**

Possiamo distinguere tre differenti tipologie di controlli effettuati sui dati:

- Controlli di abbinamento dei record
- Controlli di correttezza formale
- Controlli di correttezza logica

#### **3.1.1 CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD**

La suddivisione dei tracciati in coppie di file introduce una nuova classe di controlli; poiché i dati anagrafici sono separati dai dati ricetta è necessario abbinare i dati mediante la chiave univoca del blocco di informazioni che è presente su entrambi i file.

Pertanto sono introdotti dei controlli mirati alla ricerca dei record anagrafici che non hanno riscontro nel file delle righe ricetta e viceversa dei record presenti nel file delle righe ricetta che non compaiono nel file anagrafico.

Tali controlli sono prioritari e implicano lo scarto del blocco informazione che risulta incompleto ovvero privo della controparte.

#### **3.1.2 CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE**

I flussi trasmessi al CSI subiscono i controlli riguardanti la correttezza formale dei dati. In particolare per ciascun campo viene verificato che:

- il dato abbia il formato previsto
- il valore inserito appartenga all'insieme dei valori consentiti

Alcuni campi sono inoltre sottoposti al controllo di correttezza sostanziale (si accerta l'esistenza del dato nella tabella di riferimento).

Se una qualunque delle suddette condizioni non è soddisfatta, il record o l'insieme dei record (nel caso di più righe riferite alla stessa ricetta) viene segnalato errato e non accettato.

#### **3.1.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA**

I campi formalmente corretti vengono confrontati tra di loro al fine di individuare eventuali incongruenze.

Tutti i record o insieme di record che presentano errori logici vengono segnalati errati e non accettati.

## 4 NOTE DI COMPLAZIONE

Il seguente paragrafo dà indicazioni su varie problematiche di compilazione dei tracciati

### 4.1.1 CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE

Entro il periodo previsto dalle regole della trasmissione dei flussi informativi sanitari regionali, è possibile effettuare la cancellazione oppure la sostituzione di prestazioni già inviate al CSI-Piemonte.

### 4.1.2 CANCELLAZIONE

Nei paragrafi successivi vengono elencati le modalità di cancellazione relative alle varie tipologie di flusso; si evidenzia che per l'operazione di cancellazione sono sufficienti i soli campi che consentono di identificare il blocco di informazioni che deve essere cancellato dalla base dati regionale.

#### 4.1.2.1 FLUSSO "B"

L'operazione di cancellazione avviene inviando un unico record avente lo stesso IDENTIFICATIVO ESTERNO compilando i seguenti campi:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'C'.
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record

Tali campi sono gli unici che devono essere compilati.

#### 4.1.2.2 FLUSSI "C4", "C5"

L'operazione di cancellazione avviene inviando un unico record avente lo stesso IDENTIFICATIVO ESTERNO compilando i seguenti campi:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'C'.
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record

Tali campi sono gli unici che devono essere compilati.

#### 4.1.2.3 FLUSSI "C2", "D", "F" E COMPONENTE ANAG

Per i flussi che prevedono la componente anagrafica distinta dai dati ricetta è necessario inviare sia il record anagrafico sia il record ricetta creando una riga ricetta avente la medesima chiave del record anagrafico quale conferma della volontà di cancellazione di tutto il blocco.

La cancellazione avviene su tutto il blocco di informazioni, non vengono cancellate singole righe di dettaglio.

Il campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE**

- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'C'
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

#### 4.1.2.4 FLUSSO "C" E COMPONENTE ANAG

Per i flussi che prevedono la componente anagrafica distinta dai dati ricetta è necessario inviare sia il record anagrafico sia il record ricetta creando una riga ricetta avente la medesima chiave del record anagrafico quale conferma della volontà di cancellazione di tutto il blocco; a partire dalla rilevazione 2006 il codice Ente erogatore per il flusso "C" non è più parte della chiave; si noti tuttavia che le regole introdotte nella gestione del campo IDENTIFICATIVO ESTERNO, garantiscono l'univocità della chiave anche per quelle Aziende Sanitarie Locali sul cui territorio insistono delle strutture Ambulatoriali Private provvisoriamente/definitivamente accreditate.

La cancellazione avviene su tutto il blocco di informazioni, non vengono cancellate singole righe di dettaglio.

Il campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'C'
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

#### 4.1.3 SOSTITUZIONE

L'operazione di sostituzione avviene ritrasmettendo l'intero blocco di informazioni, avente la stessa chiave di identificazione determinata dai seguenti campi:

##### 4.1.3.1 FLUSSO "B"

La chiave per la sostituzione di un blocco informazioni è data da:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'S'.
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record

##### 4.1.3.2 FLUSSO "C4", "C5"

La chiave per la sostituzione di un blocco informazioni è data da:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'S'.
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record

##### 4.1.3.3 FLUSSI "C2", "D", "F" E COMPONENTE ANAG

Per i flussi che prevedono la componente anagrafica distinta dai dati ricetta è necessario inviare sia il record anagrafico sia il record ricetta creando una riga ricetta avente la medesima chiave del record anagrafico quale conferma della volontà di cancellazione di tutto il blocco.



La cancellazione avviene su tutto il blocco di informazioni, non vengono cancellate singole righe di dettaglio.

Il campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'S'
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

#### 4.1.3.4 FLUSSO "C" E COMPONENTE ANAG

Per i flussi che prevedono la componente anagrafica distinta dai dati ricetta è necessario inviare sia il record anagrafico sia il record ricetta creando una riga ricetta avente la medesima chiave del record anagrafico quale conferma della volontà di cancellazione di tutto il blocco; a partire dalla rilevazione 2006 il codice Ente erogatore per il flusso "C" non è più parte della chiave; si noti tuttavia che le regole introdotte nella gestione del campo IDENTIFICATIVO ESTERNO, garantiscono l'univocità della chiave anche per quelle Aziende Sanitarie Locali sul cui territorio insistono delle strutture Ambulatoriali Private provvisoriamente/definitivamente accreditate.

La cancellazione avviene su tutto il blocco di informazioni, non vengono cancellate singole righe di dettaglio.

Il campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'S'
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

La sostituzione avviene su tutto il blocco di informazioni; per la sostituzione parziale anche di una singola riga di dettaglio (flussi C, C2, D, F) , deve essere inviato tutto il blocco di informazioni calcolando nuovamente tutti gli importi.

#### 4.1.3.5 SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA

Il numero ricetta rimane un elemento importante per la corretta gestione delle ricette, in caso di errore di compilazione del numero è possibile sostituirlo seguendo la seguente procedura:

Per i **FLUSSI C, C2, D, F** non è ammessa la sostituzione diretta del numero ricetta.

Per eseguire la sostituzione occorre inviare il record contenente il numero ricetta errato con il Tipo di movimento cancellazione ('C') e successivamente, con lo stesso ID Esterno, il record con numero di ricetta modificato. In questo caso il tipo di movimento può essere di sostituzione ('S').

## 4.2 FLUSSO "C" – BRANCA DI EROGAZIONE

In base alla legge n.724 del 23/12/94 Art.2 che indica "richieste di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte" si prevede che, nell'ambito della rilevazione del flusso "C", in un blocco informazioni (quindi l'insieme delle informazioni relative ad una ricetta) vengano inviate prestazioni che ricadono in un'unica branca del nomenclatore vigente. Pertanto è richiesto che il campo branca assuma valore univoco nella sezione prestazioni del flusso "C"; vige un'unica eccezione relativa alla compilazione del campo branca: è possibile inserire il codice branca "99" contestualmente alla branca principale della ricetta, nel caso in cui sia

Allegato 2\_Flusso Informativo specialistica

necessario inviare prestazioni comprese in tale ambito.

La presenza di branche differenti nell'ambito della stessa ricetta (ad eccezione della branca 99) viene segnalata mediante errore formale sul campo codice branca.

### 4.3 FLUSSO “C” – LIBERA PROFESSIONE/SOLVENTE

Nell'ambito del flusso “C” per i soli erogatori pubblici è possibile inviare l'attività erogata in libera professione. A fronte di tale rilevazione decadono o sono modificati i controlli relativi a:

- univocità del codice branca
- numero massimo di prestazioni erogate (elevato a 100)
- valore della prestazione rispetto al nomenclatore vigente
- presenza del codice prestazione nel nomenclatore vigente

Per tali rilevazioni inoltre si richiede che:

- la somma del campo quantità dei record di dettaglio deve coincidere con la quantità dichiarata della sezione anagrafica
- l'importo netto deve essere pari a zero
- l'importo sostenuto dall'assistito deve essere indicato esclusivamente nel campo importo ticket; nel contesto della libera professione il campo ticket assume il significato dell'importo sostenuto dal paziente
- la posizione utente nei confronti del ticket deve essere valorizzata a 2

### 4.4 NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA

Le regole relative al numero di prestazioni registrabili nel tracciato record “C” sono state derivate dall'Articolo 2 della Legge N. 724 del 23/12/94 e dal nomenclatore regionale, D.G.R. 73 – 13176 del 27/07/2004 “Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture sanitarie e dai professionisti privati accreditati e provvisoriamente accreditati” e s.m.i.

Le legge n.724 del 23/12/94, all'art.2 stabilisce che “ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca”.

Il codice prestazione non deve essere ripetuto nell'ambito della ricetta; qualora la stessa prestazione sia erogata più volte deve essere usato il campo quantità; la ripetizione del codice prestazione nell'ambito dello stesso blocco informativo viene segnalata come errore formale sul codice prestazione.

La regola più generale è data dal numero massimo di 8 prestazioni nella stessa ricetta; concorrono a formare tale cumulo codici di prestazioni diverse o la stessa prestazione con ripetizione di erogazione o situazioni miste.

La D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2005 di aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale, prevede che “la prescrivibilità per la branca 56 è limitata ad un massimo di tre tipologie di prestazioni per singola ricetta per non oltre 12 sedute ciascuna” pertanto per la disciplina “56” è stata operata la scelta di verificare il numero massimo di 36 prestazioni con la concorrenza di un massimo di 3 codici prestazioni diverse per dodici sedute o un numero inferiore di codici prestazione con un numero di ripetizioni di prestazioni superiore a dodici.

Esistono inoltre le seguenti deroghe al numero massimo di prestazioni:

- Per la branca 98 il numero delle prestazioni può raggiungere il tetto di 16 se sono presenti i codici prestazioni relativi ad una prestazione di prelievo: 91.48.4 , 91.48.5 , 91. 49.1 , 91.49.2 , 91.49.3 , 91.49.4 La prima parte del controllo L19 (relativa ai codici di prelievo) verifica le seguenti caratteristiche del blocco informazioni: la quantità massima iscrivibile nel campo "18.0 Quantità" del tracciato anagrafico è 16; possono essere presenti fino a 6 prestazioni di prelievo e la somma valori inseriti nei campi "18.0 Quantità" della sezione prestazione relativo ai codici di prelievo non può superare 8; nella sezione prestazioni del tracciato possono essere presenti altri otto codici prestazioni (non di prelievo) e la somma dei valori inseriti nei campi "18.0 Quantità" della sezione prestazione relativo ai codici delle altre prestazioni non può superare 8. Il controllo è stato costruito nel seguente modo volendo, da un lato, evitare l'invio di un numero di prestazioni eccedente il tetto individuato dalla legge n.724 del 23/12/94 e contemporaneamente evitare l'introduzione di griglie complesse che mettano in relazione codici di prestazioni di prelievo alle altre prestazioni della branca 98.
- Per la branca 98 il numero delle prestazioni può raggiungere il numero di 40 in presenza del codice prestazione 90.81.5. La seconda parte del controllo L19 verifica che in presenza della prestazione 90.81.5 vengono accettati blocchi informazione con la seguente composizione: una riga di dettaglio con codice prestazione 90.81.5 con campo "18.0 Quantità" valorizzabile da 1 a 40; inoltre possono essere presenti altre sette prestazioni (comprese le prestazioni di prelievo) e la somma dei valori inseriti nei campi "18.0 Quantità", di tali prestazioni, non può superare il valore 7, in tale caso la quantità massima della prestazione 90.81.5 sarà 33. Il valore massimo accettato nel campo "18.0 Quantità" della sezione anagrafica è 40.
- Per la branca 56 il numero massimo di prestazioni è pari a 36; tale limite può arrivare a 48 se è presente la prestazione 93.16. La prestazione 93.16 può comparire se nella ricetta è presente il codice prestazione 93.11.6 (Controlli L18 e L21)
- Per la branca 70 è possibile indicare fino ad una quantità massima di 72 sempre nel rispetto delle 6 righe prestazione (Controllo L51)
- Per la branca 79 dell'Allegato 2 e per residenti e codici prestazione 96.61.1 e 99.15.1 è possibile indicare fino ad una quantità massima di 90 sempre nel rispetto delle 8 righe prestazione (Controllo L50)
- Per le prestazioni: 93.82.1, 93.82.2, 93.89.2, 93.89.3, 93.94, 93.99 è possibile indicare una quantità massima di 10 (essendo cicli di 10 prestazioni), ma la ricetta dovrà contenere un unico codice prestazione (controllo L73)

## 4.5 FILE "F" - PRECISAZIONI

Dal mese di luglio 2003 è stato introdotto, nella rilevazione del flusso "F", il campo "tipo prestazione" per indicare la tipologia di prestazione come definita nella nota Prot. 6185 /D028/28.5 del 06/05/2003.

Sono previsti specifici controlli per verificare il codice ATC (Anatomico terapeutico chimico) e/o la nota CUF (Commissione Unica Farmaco) abbinata al codice Minsan indicato nel record.

Si ribadisce pertanto che il campo codice farmaco deve essere compilato con il codice Minsan, ambulatoriale e altre prestazioni

Allegato 2\_Flusso Informativo specialistica

poiché tale codice identifica il prodotto commerciale effettivamente somministrato/distribuito. Tale codice inoltre viene utilizzato nella compensazione della Mobilità Interregionale. Fanno eccezione:

- i codici sostanza (tabella 1 paragrafo 10)
- le costanti IPO, GAL, OSSIGENO, OSSIGENOLQ
- i codici prodotti per emocomponenti (tabella 5 paragrafo 10)

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.5.1 Unità di misura file F e tabelle di conversione

I tracciati per la rilevazione delle prestazioni sanitarie sono univoci per le varie tipologie di file; il campo quantità è un campo numerico di tre posizioni; tale campo viene anche utilizzato per raccogliere le “quantità di prestazioni” del file F; in questo caso “quantità di prestazioni” è da intendersi come quantità di farmaco distribuito; ai fini della corretta lettura delle quantità erogate è stata introdotta da tempo la codifica delle unità di misura.

Codice Unità Misura	Descrizione
01	Scatola
02	fiala, flaconcini, fialoidi, fiala + solvente, tubo siringa, affini
03	cerotti, discoidi, sistemi transdermici, affini
04	compresse, capsule, pillole, perle, cialdini, affini
05	ovuli, tavolette vaginali, supposte, microclismi
06	bustina
07	blister
08	dosi
09	Mcg (microgrammi)
10	Mg (milligrammi)
11	Cg (centigrammi)
12	G (grammi)
13	MI (millilitri)
14	CI (centilitri)
15	L (litri)
16	U.I. (unità internazionale), U.L. (unità lipaseniche), L.R.U. (unità rilascinati le lipoproteinlipasi), U.I.C. (unità inattivante callicreina), U.A. (unità antianemiche)
17	Dg (decigrammo)
18	Dmg (decimilligrammo)
19	Cmg (centimilligrammo)
20	DI (decilitro)
21	Dml (decimillilitro)
22	Cml (centimillilitro)
23	Mcl (microlitro)
24	Metri Cubi per invio OSSIGENO

Vengono riportate la tabelle di conversione tra le unità di misura e alcuni esempi di applicazione.

Annotazione decimale	Frazione dell'unità	Unità di misura ( di peso)	Suffisso	Codice Unità Misura	Unità di misura ( di volume)	Suffisso	Codice Unità Misura
$10^0$	1	Grammo	G	12	Litri	L	15
$10^{-1}$	1/10 g	<b>Decigrammo</b>	Dg	17	<b>Decilitro</b>	DI	20
$10^{-2}$	1/100 g	<b>Centigrammo</b>	Cg	11	<b>Centilitro</b>	CI	14
$10^{-3}$	1/1.000 g	<b>Milligrammo</b>	Mg	10	<b>Millilitro</b>	MI	13
$10^{-4}$	1/10.000 g	<b>Decimilligrammo</b>	Dmg	18	<b>Decimillilitro</b>	Dml	21
$10^{-5}$	1/100.000 g	<b>Centimilligrammo</b>	Cmg	19	<b>Centimillilitro</b>	Cml	22
$10^{-6}$	1/1.000.000 g	<b>Microgrammo</b>	Mcg	09	<b>Microlitro</b>	Mcl	23

#### Esempi

Dato da inserire	Campo quantità (18.0)	Campo Codice Unità Misura (56.0)
0.7 milligrammi = 7 decimilligrammi	007	18
0.3 grammi = 3 decigrammi	003	17
0.05 millilitri = 5 centimillilitri	005	22
0.006 litri = 6 millilitri	006	13

#### 4.5.2 Gestione ossigeno liquido, ossigeno Gassoso e unità di misura

I volumi possono essere espressi sia in **litri (codice 15)** che in **metri cubi (codice 24)**.

La conversione da una unità di misura all'altra deve tener presente che:

$$1 \text{ m}^3 = 1000 \text{ Lt}$$

Da quanto sopra deriva che, suddividendo per 1.000 un volume espresso in litri, si ottiene l'equivalente volume in metri cubi. Esempio:

$$3500 \text{ Lt} = 3,5 \text{ m}^3$$

Ai fini della compilazione dei campi "Quantità" e "Unità di misura", qualora le quantità espresse in litri superino le 3 cifre, è possibile registrarle esprimendole in metri cubi.

Esempio di bombola	Valore da registrare nel campo QUANTITA'	Valore da inserire nel campo UNITA' di MISURA	Valore da inserire nel campo "Tipologia di Farmaco"
24.000 Lt di Ossigeno gassoso	024	m3 (codice 24)	OSSIGENO
36.000 Lt di Ossigeno liquido	036	m3 (codice 24)	OSSIGENOLQ

Poiché il campo quantità accetta unicamente valori interi, qualora la conversione da Litri a Metri cubi generi un numero decimale, la registrazione potrà avvenire o sommando i valori o registrando alternativamente quantitativi arrotondati per difetto/eccesso.

Esempio: dispensazione ad un individuo di una bombola di ossigeno di 13.500 Lt = 13,5 m<sup>3</sup>

Si potrà scegliere di:

- 1) registrare tale quantitativo in occasione della seconda fornitura (in questo caso si registrerà su un unico record 26 m<sup>3</sup>)
- 2) registrare 13 m<sup>3</sup>, riservandosi di registrarne la volta successiva 14 m<sup>3</sup>.
- 3) registrare nella sezione prestazioni una riga di "013" m<sup>3</sup> e una riga di "500" Litri; sul campo quantità della sezione anagrafica l totale dovrà essere "513"; si noti che il campo quantità della sezione anagrafica abbinato al file F viene utilizzato per soli scopi di quadratura numerica tra la sezione anagrafica e la sezione prestazioni.

#### 4.6 FILE C2 – PRECISAZIONI

Con nota nr. 15321/29 del 28/12/2006 sono state previste le disposizioni in attuazione della Legge 27 dicembre 2006, n.296 (Legge finanziaria 2007).

In particolare si evidenzia che per le prestazioni erogate dal 01/01/2007 il campo importo ticket nell'ambito del flusso C2 potrà, nei casi previsti, essere valorizzato maggiore di 0,00.

Il campo "19.0 Posizione utente nei confronti del ticket" dovrà essere utilizzato secondo le seguenti tipologie individuate nell'ambito della rilevazione del flusso, a partire dal 01/01/2007:

- 0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP) per la quota di compartecipazione alla spesa non versata e quindi da registrare con importo ticket uguale a zero, ai sensi del D.P.R. 31.08.1999, nr. 394, articolo 43, comma 4.
- 1 – esente per categorie di soggetti di cui al D.M. 01/02/1991 art. 6 commi 1 e 2 e D.M. 10/09/98 (esenzione per maternità) e Legge 27 Art.4 Bis del 28/02/2001 (Monitoraggio Sanitario)
- 2 – non esente
- 3 – esente con autocertificazione (esenzione per reddito di cui alla Legge Finanziaria 724/94)
- 5 – esente per patologia ai sensi del D.M. n. 329 del 28/05/1999 e del D.M. 279 del 18/05/01
- 17 – esente per traumatismi ed avvelenamenti acuti
- 18 – esente per assistito con età inferiore ai 14 anni
- 19 – esenti per codice colore verde, giallo, rosso
- 20 – esente per prestazione non erogata (solo accesso)

#### 4.7 FLUSSO B – PRECISAZIONI

L'algoritmo per il calcolo della quantità (mesi di assistenza) deve prevedere che se la data di inizio o fine assistenza è compresa nella prima quindicina di un mese (dal primo fino al quindicesimo giorno del mese compreso) tale data deve essere assunta pari al primo giorno del mese. Se la data di inizio o fine assistenza è compresa nella seconda quindicina di un mese (dal sedicesimo fino all'ultimo giorno del mese compreso) tale data deve essere assunta pari al primo giorno del mese successivo.

Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Data inizio da utilizzare nell'algoritmo	Data fine da utilizzare nell'algoritmo	Mesi di assistenza
10.02.2000	15.07.2000	01.02.2000	01.07.2000	5
10.02.2000	16.07.2000	01.02.2000	01.08.2000	6
10.02.2000	15.02.2000	01.02.2000	01.02.2000	0

#### 4.8 RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE

Con la rilevazione anno 2006 il livello di integrazione con la Nuova Anagrafe Sanitaria è stato potenziato introducendo il campo "82.0 – Matricola dell'unità produttiva".

Il campo "39.0 – Disciplina di erogazione" diventa un campo opzionale per indicare la disciplina e il progressivo di divisione nel caso di strutture afferenti l'area 09 – Area funzioni territoriali e codice specialità 01.

Il campo "82.0 - Matricola dell'unità produttiva" viene dedotto dalla nuova anagrafe delle strutture; ad ogni unità produttiva viene quindi assegnato un codice unico, che dovrà essere utilizzato nell'ambito degli invii delle prestazioni erogate.

Per la natura gerarchica della Nuova Anagrafe delle Strutture Sanitarie tramite la Matricola associata all'Unità Produttiva o alla disciplina, nel caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica, è possibile determinare:

- l' "Unità Organizzativa Funzionale" alla quale afferisce l'unità produttiva
- il "Codice Attività" dell'unità produttiva
- il "Codice Progressivo di attività" dell'unità produttiva.

Inoltre verrà eseguita una verifica di congruenza con il codice ministeriale (STS11 o HSP11-BIS) della struttura di erogazione.

Il campo 03.0 Ente Erogatore (codice STS11 per il flusso C) viene scisso da un punto di vista logico:

- nella sezione anagrafica deve essere indicato il codice STS11 della struttura inviante, in quanto “detentore della ricetta”
- nella sezione prestazioni deve essere indicato il codice STS11 della struttura che esegue la prestazione

La distinzione dei codici ente implica:

- la possibilità nell’ambito delle sezione prestazioni di indicare codici STS11 differenti quando l’erogazione delle prestazioni della ricetta hanno coinvolto più unità produttive;
- **la determinazione di una nuova chiave di abbinamento tra sezione anagrafica e sezione prestazioni, con l’esclusione del codice Ente Erogatore, poiché sarà possibile indicare codici STS11 diversi nella sezione prestazioni. Si evidenzia quindi che la nuova chiave di abbinamento tra la sezione anagrafica e la sezione prestazioni cambia dalla rilevazione 2006, così come le modalità di cancellazione e modifica descritte ai paragrafi 4.1.2.4 e 4.1.3.4**



## 5 TRACCIATI RECORD

Di seguito sono stati riportati i tracciati record inerenti l'attività specialistica ambulatoriale (tracciati C, C2, C4 e C5) e i tracciati delle altre prestazioni (B, D e F).

In particolare viene introdotto il record anagrafico che è comune ai seguenti tracciati: C, C2, D e F. Tale record contiene le informazioni anagrafiche del paziente e quelle di testata delle ricette che non ricadono nell'insieme dei dati sensibili.

L'invio dei flussi C, C2, D e F è quindi costituito dall'invio di due file:

- dati anagrafici ed intestazione ricetta
- dati di carattere sanitario relativi alle righe ricetta

La ricostruzione della ricetta avviene mediante la chiave logica costituita dai campi:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE (escluso il file C)**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO RECORD**

Le colonne delle tabelle contengono le seguenti informazioni:

***Numero Scheda di riferimento:***

indica il numero progressivo della scheda di riferimento contenente le norme di compilazione del campo.

***Nome Campo:***

è il nome del campo all'interno del tracciato record.

***Tipo:***

definisce il campo quale *alfanumerico* (AN) oppure *numerico* (N).

***Lunghezza:***

numero dei caratteri del campo.

***Posizione da:***

posizione del primo carattere del campo nell'ambito dell'intero tracciato.

***Posizione a:***

posizione dell'ultimo carattere del campo nell'ambito dell'intero tracciato.

***Note:***

breve osservazione volta a caratterizzare il campo. Note esplicative più estese sono contenute nei quadri "descrizione del campo" e "osservazioni e precisazioni" di ogni singola scheda.

***Modalità:***

indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo per i diversi tracciati. I codici riportati nella colonna si riferiscono alle diverse tipologie di obbligatorietà secondo quanto specificato nel precedente capitolo 2 "Regole di compilazione".

## 5.1 Tracciato anagrafico

Il presente tracciato è comune ai flussi C, C2, D, F.

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

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	C	C2	D	F	Note
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	OBB	OBB	OBB	OBB	Codice dell'azienda sanitaria inviante
03.1	Ente inviante del flusso	AN	8	4	11	OBB	OBB	OBB	OBB	<b>C</b> Codice struttura erogatrice STS.11. <b>D</b> Codice farmacia erogante; <b>C2/F</b> Codice HSP11BIS inviante
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	OBB	OBB	OBB	OBB	Indica il tipo di tracciato record (C/C2/D/F)
04.0	Cod. medico prescrittore	AN	16	14	29	OBB	CON	OBB	OSP	
05.0	Cognome	AN	30	30	59	OBB	OBB	OBB	OBB	
06.0	Nome	AN	20	60	79	OBB	OBB	OBB	OBB	
76.0	Istituto provenienza	AN	8	80	87	NV	CON	NV	NV	Indicare codice HSP11-BIS
77.0	Istituto destinazione	AN	8	88	95	NV	CON	NV	NV	Indicare codice HSP11-BIS
08.0	Cod. fiscale	AN	16	96	111	OBB	OBB	OBB	OBB	
09.0	Sesso	AN	1	112	112	OBB	OBB	OBB	OBB	
10.0	Data di nascita	AN	8	113	120	OBB	OBB	NOB	OBB	
11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza	AN	6	121	126	OBB	OBB	OBB	OBB	
12.0	ASL di residenza	AN	3	127	129	OBB	OBB	OBB	OBB	Codice dell'ASL di residenza dell'assistito.
13.0	Numero ricetta	AN	16	130	145	OBB	OBB	OBB	OBB	
20.0	Importo Ticket	N	7	146	152	OBB	OBB	OBB	OBB	Importo ticket pagato dall'assistito.
21.0	Importo totale	N	8	153	160	OBB	OBB	OBB	OBB	
40.0	Tipo movimento	AN	1	161	161	NOB	NOB	NOB	NOB	<b>S</b> : sostituzione, <b>C</b> : cancellazione, <b>SPAZIO</b> : primo invio
38.0	Identificativo esterno	AN	20	162	181	OBB	OBB	OBB	OBB	
47.0	Quantità totale prestazioni	N	3	182	184	OBB	OBB	OBB	OBB	
48.0	Scheda Intervento	AN	13	185	197	NV	OSP	NV	NV	
52.0	Codice struttura progetto									Codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56.
52.1	Codice istituto	AN	6	198	203	CON	NV	NV	NV	Codice STS11
52.2	Codice disciplina	AN	2	204	205	CON	NV	NV	NV	
52.3	Progressivo divisione	AN	2	206	207	CON	NV	NV	NV	
61.0	Cittadinanza	AN	3	208	210	OBB	OBB	OBB	OBB	
62.0	Regione di residenza	AN	3	211	213	OBB	OBB	OBB	OBB	
63.0	ID Cittadino della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	20	214	233	CON	CON	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
64.0	Codice istituzione competente della	AN	28	234	261	CON	CON	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia

	Tessera Europea Assicurazione Malattia									
65.0	Numero identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	20	262	281	CON	CON	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
66.0	Tipo medico prescrittore	AN	2	282	283	OBB	CON	NV	NV	Non ancora attivo
67.0	Data prescrizione	AN	8	284	291	OBB	CON	OBB	NV	
70.0	Priorità prescrizione	AN	1	292	292	OBB	NV	NV	NV	
71.0	Tipo ricetta	AN	2	293	294	OBB	OBB	OBB	OBB	
69.0	Tipologia prescrizione	AN	1	295	295	OBB	NV	NV	NV	
83.0	Codice Percorso paziente	AN	3	296	298	CON	NV	NV	NV	
78.0	Data scadenza Tessera Europea Assicurazione Malattia TEAM	AN	8	299	306	CON	CON	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
79.0	Qualifica beneficiario	AN	1	307	307	CON	CON	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
80.0	Codice riferimento normativo	AN	4	308	311	CON	CON	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
81.0	Codice Attestato	AN	4	312	315	CON	CON	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
60.0	Provenienza assistito	AN	1	316	316	CON	OBB	NV	NV	
	Filler	AN	3	318	320	NV	NV	NV	NV	
91.0	Flag ricetta non completa	AN	1	321	321	CON	NV	NV	NV	
93.0	Onere spesa	AN	1	322	322	OBB	OBB	OBB	OBB	
	Filler	AN	78	323	400	NV	NV	NV	NV	

Flussi C2, D, F la chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:

- ASL inviante (02.0)
- Ente Erogatore (03.0)
- Identificativo Esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

Flusso C la chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:

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

## 5.2 Tracciato B

### Tracciato record file “B” (Attività MEDICINA di BASE)

Riguarda l’assistenza del medico di medicina generale e del medico pediatra di libera scelta, resa a residenti in altre Aziende sanitarie Locali su scelta temporanea da parte dell’assistito. Il mese di presa in carico dell’assistito sarà valorizzato se il periodo di assistenza ha una durata di almeno 15 giorni.

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell’azienda sanitaria inviante	OBB
23.0	Tipo record	AN	2	4	5	Indica il tipo di tracciato record B	OBB
04.0	Codice medico erogatore	AN	16	6	21	Codice regionale del medico di medicina generale o del medico pediatra di libera scelta	OBB
05.0	Cognome	AN	30	22	51		OBB
06.0	Nome	AN	20	52	71		OBB
08.0	Codice fiscale	AN	16	72	87		OBB
11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza	AN	6	88	93		OBB
12.0	ASL di residenza	AN	3	94	96	Codice ASL di residenza assistito	OBB
35.0	Data inizio assistenza	AN	8	97	104		OBB
36.0	Data fine assistenza	AN	8	105	112		OBB
18.0	Quantità	N	3	113	115	Mensilità di assistenza	OBB
21.0	Importo totale	N	8	116	123		OBB
40.0	Tipo movimento	AN	1	124	124	<b>S:</b> sostituzione, <b>C:</b> Cancellazione, <b>SPAZIO:</b> primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	125	144		OBB
10.0	Data di nascita	AN	8	145	152		OBB
	Filler	AN	28	153	180		NV

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

- ASL inviante (02.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

### 5.3 Tracciato C

#### Tracciato record file “C” Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE per residenti e non residenti

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice struttura erogatrice STS11	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (C)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data di effettuazione della prestazione	AN	8	36	43		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	44	50		OBB
18.0	Quantità	N	3	51	53	Indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB
21.0	Importo totale	N	8	54	61		OBB
24.0	Data inizio ciclo	AN	8	62	69	Da compilare solo nel caso in cui il codice prestazione individui un ciclo.	OSP
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	70	73		CON
25.0	Codice Branca	AN	2	74	75	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario.	OBB
41.0	Libera professione	AN	1	76	76		NOB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	77	78		OBB
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	79	88		CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	89	89	<b>S:</b> sostituzione, <b>C:</b> Cancellazione, <b>SPAZIO:</b> primo invio	NOB
53.0	Codice disabilità	N	1	90	90	Codice di disabilità, del percorso/progetto descritto	CON
29.0	Codice diagnosi	AN	5	91	95	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	CON
59.0	Luogo di Erogazione	AN	1	96	96		OBB
68.0	Data prenotazione	AN	8	97	104		OBB
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	105	110		OBB
	Filler	AN	3	111	113		NV
92.0	Flag Positività esame batteriologico	AN	1	114	114		CON
	Filler	AN	36	115	150		NV

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Azienda sanitaria inviante (02.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

**N.B.:** Ricette contenenti cicli di prestazioni. Tenuto conto che il riferimento per la data di effettuazione della prestazione è la data dell'ultima prestazione del ciclo, si conviene che i cicli di prestazioni a cavaliere dell'anno dovranno essere trasmessi nell'anno di competenza della data dell'ultima prestazione del ciclo.

## 5.4 Tracciato C2

### Tracciato record file “C2” Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE Prestazioni in DEA o PRONTO SOCCORSO per residenti e per non residenti\*

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice struttura erogatrice HSP11+BIS	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (C2)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data di effettuazione della prestazione	AN	8	36	43		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	44	50		OBB
18.0	Quantità	N	3	51	53	Indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB
21.0	Importo totale	N	8	54	61		OBB
	Filler	AN	4	62	65		NV
25.0	Codice Branca	AN	2	66	67	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario.	OBB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	68	69		OBB
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	70	79		CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	80	80	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
	Filler	N	1	81	81		NV
55.0	Osservazione Breve Intensiva	AN	1	82	82		OBB
29.0	Codice diagnosi	AN	5	83	87	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OBB
73.0	Modalità di dimissione	AN	1	88	88		OBB
74.0	Codice Colore	AN	1	89	89		OBB
75.0	Macropatologia	AN	1	90	90		OBB
59.0	Luogo di erogazione	AN	1	91	91		OBB
82.0	Matricola unità produttiva	AN	6	92	97		OBB
	Filler	AN	53	98	150		NV

(\*)

- Dovranno essere inviate tutte le prestazioni di pronto soccorso, **comprese quelle seguite da ricovero** (a decorrere dal 01/01/2006); le prestazioni erogate per accessi seguiti di ricovero, devono comunque essere inviate anche nel flusso C4.

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Azienda sanitaria inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

## 5.5 Tracciato C4

### Tracciato record file “C4”

#### Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Riguarda tutte le prestazioni erogate all'assistito durante il ricovero ospedaliero presso l'azienda sanitaria (può essere eventualmente estesa a nuovi modelli di ricovero extra-ospedaliero SDE)

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice STS11	OBB
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	Indica il tipo di tracciato record C4	OBB
45.0	Istituto richiedente	AN	8	14	21	Codice HSP11+BIS in alternativa STS11	OBB
32.0	Codice reparto richiedente	AN	4	22	25		OBB
33.0	N. Scheda nosologica	AN	10	26	35		CON
50.0	Modalità invio	AN	1	36	36	"C" invio cumulativo; "A" invio analitico	CON
15.0	Data effettuazione prestazione	AN	8	37	44		CON
17.0	Codice prestazione	AN	7	45	51		OBB
18.0	Quantità	N	3	52	54		OBB
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	55	58		NOB
25.0	Codice branca	AN	2	59	60	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario	CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	61	61	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	62	81		OBB
49.0	Tipo codice prestazione	AN	1	82	82	Codice per indicare prestazioni non presenti nel nomenclatore	CON
	Filler	AN	5	83	87		NV
82.0	Matricola Unità produttiva	AN	6	88	93	Indicare la matricola dell'unità produttiva erogante la prestazione	OBB
	Filler	AN	57	94	150		NV

Devono essere inviate nell'ambito del flusso C4 anche le prestazioni erogate per accessi in pronto soccorso seguiti da ricovero

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

- ASL inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

## 5.6 Tracciato C5

### Tracciato record file “C5”

#### Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Prestazioni a fatturazione e pagamento diretto tra aziende, il flusso deve essere inviato dall'azienda della struttura che eroga la prestazione.

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice STS11	OBB
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	Indica il tipo di tracciato record C5	OBB
08.0	Cod. fiscale	AN	16	14	29		NOB
42.0	Codice regione richiedente	AN	3	30	32		OBB
37.0	Codice Azienda richiedente	AN	3	33	35		OBB
45.0	Codice istituto richiedente	AN	8	36	43	Codice HSP11+BIS in alternativa STS11	OBB
15.0	Data effettuazione prestazione	AN	8	44	51		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	52	58		OBB
18.0	Quantità	N	3	59	61		OBB
21.0	Importo totale	N	8	62	69		OBB
	Filler	AN	4	70	73		NV
25.0	Codice branca	AN	2	74	75	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario	CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	76	76	<b>S:</b> sostituzione, <b>C:</b> Cancellazione, <b>SPAZIO:</b> primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	77	96		OBB
49.0	Tipo codice prestazione	AN	1	97	97	Codice per indicare prestazioni non presenti nel nomenclatore	CON
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	98	103	Indicare la matricola dell'unità produttiva erogante.	OBB
	Filler	AN	47	104	150		NV

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

- ASL inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)



## 5.7 Tracciato D

### Tracciato record file “D” Attività FARMACEUTICA

Riguarda l’assistenza farmaceutica resa da farmacie situate sul proprio territorio a residenti in altre Aziende Sanitarie

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell’azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice della farmacia erogatrice	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (D)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data effettuazione della prestazione	AN	8	36	43	Indica la data di erogazione farmaco	OBB
28.0	Codice farmaco	AN	10	44	53		OBB
18.0	Quantità	N	3	54	56		OBB
21.0	Importo totale	N	8	57	64		OBB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	65	66		NV
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	67	76		NV
40.0	Tipo movimento	AN	1	77	77	S: sostituzione, C: Cancellazione, <b>SPAZIO</b> : primo invio	NOB
	Filler	AN	73	78	150		NV

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Azienda sanitaria inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

## 5.7 Tracciato F

### Tracciato record file “F”

#### Attività SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI

Riguarda la somministrazione e/o erogazione diretta di farmaci da parte delle strutture ospedaliere a cittadini non ricoverati; il tracciato deve essere compilato sia per residenti che per i non residenti.

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Codice Azienda Inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice ministeriale struttura HSP11-BIS	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (F)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data effettuazione della prestazione	AN	8	36	43	Indica la data di erogazione farmaco	OBB
28.0	Codice farmaco	AN	10	44	53		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	54	60		OSP
	Filler	N	3	61	63		NOB
21.0	Importo totale	N	8	64	71		OBB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	72	73		OBB
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	74	83		CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	84	84	<b>S:</b> sostituzione, <b>C:</b> Cancellazione, <b>SPAZIO:</b> primo invio	NOB
56.0	Unità misura	AN	2	85	86		OBB
57.0	Modalità di erogazione	AN	1	87	87		OBB
58.0	Tipo prestazione	AN	2	88	89		OBB
59.0	Luogo di erogazione	AN	1	90	90		OBB
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	91	94		CON
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	95	100		OBB
29.0	Codice diagnosi	AN	5	101	105	Codice di diagnosi ICD-IX- CM	NOB
86.0	Off_Label	AN	1	106	106		NOB
87.0	Codice EAN	AN	20	107	126		CON
88.0	Targatura	AN	9	127	135	Non ancora rilevato	CON
89.0	Quantità erogata	N	6	136	141		OBB
90.0	Quantità confezione	N	6	142	147		CON
	Filler	AN	33	148	150		NV

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Codice Azienda Inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

## 6 SCHEDE ANALITICHE

In questo capitolo sono state riportate le schede di riferimento con l'insieme dei controlli, formali e logici, che si applicano al campo. I controlli di tipo formale riguardano vincoli espressi sul singolo campo mentre i controlli logici coinvolgono congruenze con altri campi del tracciato.

Si precisa che la fase dei controlli è stata strutturata in modo tale da continuare comunque il controllo dell'intero blocco di informazioni anche nel caso in cui si sia rilevato un errore, questo al fine di fornire alla struttura inviante il maggior numero di segnalazioni da utilizzare per la correzione dei dati.

Le schede sono articolate in quadri, il cui contenuto viene, di seguito descritto.

<b>Tracciato</b>	Riporta l'elenco dei tracciati record a cui la scheda si riferisce								
<b>Modalità</b>	indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo dei diversi tracciati. I codici riportati nella colonna si riferiscono alle diverse tipologie di obbligatorietà secondo quanto specificato nel precedente capitolo 2 "Regole di compilazione"								
<b>N° scheda Rif.</b>	Riporta il numero della scheda di riferimento contenuta nella prima colonna del tracciato record.								
<b>Nome del Campo</b>	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.								
<b>Descrizione del campo</b>	Riporta una descrizione del campo.								
<b>Correttezza Formale</b>	Contiene cinque righe così articolate: <table> <tr> <td><b>LUNGHEZZA:</b></td><td>numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.</td></tr> <tr> <td><b>FORMATO:</b></td><td>definisce il campo quale <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i>. Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.</td></tr> <tr> <td><b>VALORI AMMESSI:</b></td><td>espone i <b>solì</b> valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella di riferimento.</td></tr> <tr> <td colspan="2"><b>TABELLE DI RIFERIMENTO:</b> quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga.</td></tr> </table>	<b>LUNGHEZZA:</b>	numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.	<b>FORMATO:</b>	definisce il campo quale <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.	<b>VALORI AMMESSI:</b>	espone i <b>solì</b> valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella di riferimento.	<b>TABELLE DI RIFERIMENTO:</b> quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga.	
<b>LUNGHEZZA:</b>	numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.								
<b>FORMATO:</b>	definisce il campo quale <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.								
<b>VALORI AMMESSI:</b>	espone i <b>solì</b> valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella di riferimento.								
<b>TABELLE DI RIFERIMENTO:</b> quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga.									
<b>Correttezza Logica</b>	Sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico. La descrizione dettagliata è accessibile nel capitolo 0 del documento.								
<b>Osservazioni e Precisazioni</b>	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.								

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		02.0
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
D	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Azienda sanitaria inviante			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice dell'azienda sanitaria inviante il blocco di informazioni

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Aziende Sanitarie regionali.

**CONTROLLI APPLICATI**

L03 – Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante

**Per il tracciato B e D:**

L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI****Per tracciati C, C2, D, F:** il valore deve essere uguale per l'intero blocco di informazione nel file dei dati di dettaglio.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG – C	OBB		<b>03.1</b>
ANAG – C2	OBB		
ANAG – D	OBB		
ANAG – F	OBB		
<b>NOME CAMPO:</b> Ente inviante del flusso			

**DESCRIZIONE CAMPO**

**Per Tracciati C, C4, C5:** Codice struttura erogatrice STS11  
**Per Tracciato D:** Codice farmacia che ha erogato il farmaco  
**Per Tracciati C2, F:** Codice struttura HSP11-BIS

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis, tabella Farmacie

**CONTROLLI APPLICATI****Per i tracciati C, C4, C5:**

L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente inviante  
L03 – Congruenza tra codice ente inviante e codice azienda inviante  
L17 – La ricetta non deve essere già esistente nel tipo record

**Per il tracciato C5:**

L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Ente inviante

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Se il valore è quello della tabella STS11 il campo sarà composto dal codice STS11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi.

Se il valore è quello della tabella Farmacie il campo sarà composto dal codice farmacia (5 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti tre spazi.

Ulteriori informazioni di merito sulle relazioni tra il codice Ente inviante, Ente erogante, l'abbinamento tra le sezioni anagrafiche e flussi si rinvia alla lettura del paragrafo 4.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		03.2
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
D	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Ente erogatore			

**DESCRIZIONE CAMPO**

**Per Tracciati C, C4, C5:** Codice struttura erogatrice STS11  
**Per Tracciato D:** Codice farmacia che ha erogato il farmaco  
**Per Tracciati C2, F:** Codice struttura HSP11-BIS

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis, tabella Farmacie

**CONTROLLI APPLICATI****Per i tracciati C, C4, C5:**

L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore

L03 – Congruenza tra codice ente inviante e codice azienda inviante

L17 – La ricetta non deve essere già esistente nel tipo record

L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione – eccetto file F

LA0 – Congruenza tra i campi tipo prestazione, ente erogatore e codice farmaco

**Per il tracciato C5:**

L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda inviante

**Per il tracciato C e F:**

LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Se il valore è quello della tabella STS11 il campo sarà composto dal codice STS11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi.

Se il valore è quello della tabella Farmacie il campo sarà composto dal codice farmacia (5 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti tre spazi.

Per i tracciati C2,D,F e ANAG deve esistere corrispondenza tra il codice ente inviante e il codice erogatore tra flusso sezione anagrafica e sezione prestazioni.

Nel solo tracciato C, nell'ambito della sezione prestazioni è possibile indicare più codici STS11 e relative matricole di unità produttive. Tale condizione si applica quando per l'erogazione delle prestazioni presenti nella ricetta, sono state coinvolte unità produttive afferenti a strutture diverse; si noti che è anche possibile indicare eventuali codici struttura e matricole di unità produttive di altre ASR.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - C	CON		04.0
ANAG - C2	CON		
ANAG – D	OBB		
ANAG – F	OSP		
B	OBB		
NOME CAMPO: Codice medico prescrittore			

**DESCRIZIONE CAMPO****Tracciato B:** codice medico regionale**Tracciato ANAG - C/D/F:** codice regionale del medico o codice atto ad individuare il prescrittore**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: "AD99999", Codice Disciplina + codice progressivo unità operativa, Codice Timbro, codice medico, codice STS11, 099999R, E99999R

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei medici

**CONTROLLI APPLICATI****Per il tracciato ANAG flusso C2:**

L53 – Congruenza tra provenienza assistito, campo medico prescrittore e data prescrizione

**Per il tracciato ANAG flusso C:**

L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI****Per il tracciato B:** sono ammessi solo i codici regionali.**Per il tracciato ANAG flussi C**

- Per ricette del SSN se la ricetta è presente nel sistema R.U.R. (registro unico delle ricette) il codice del medico viene individuato a livello centrale e pertanto il campo deve essere compilato a spazio
- Per impegnative interne valorizzare con il Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa oppure con il Codice Timbro del medico
- Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio
- Codice AD99999 per accesso diretto, per libera professione o agenda gravidanza
- Codice del medico prescrittore per ricette extra regione oppure E99999R se illeggibile
- Codice 099999R per ricette inail, inps, carceri

Per il codice Timbro occorre fare riferimento alle note n.21431/29 del 07/12/2000 e n. 279/U.C./SAN del 17/06/2005; i codici del timbro da utilizzare per la compilazione del campo sono i seguenti:

- Codice Azienda Sanitaria (3 caratteri)
- Codice regionale composto da (7 caratteri)

**Per il tracciato ANAG per flusso F:** valorizzare con codice del medico regionale oppure con il Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa oppure con il Codice Timbro del medico**Per il tracciato ANAG flusso C2:** il campo codice medico deve essere compilato se il campo provenienza assistito assume valore "2"

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		<b>05.0</b>
B	OBB		
<b>NOME CAMPO:</b> Cognome			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Cognome del paziente a cui la prescrizione si riferisce

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 30

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Cognome dell'assistito (\*)

Per i tracciati **B**, **ANAG** è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che  
Prevedono l'anonimato.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****Per i tracciati B e ANAG:**

L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome.

L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

(\*) Il cognome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con la lettera non accentata seguita dall'apostrofo.

In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indica "ANONIMO"



TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		<b>06.0</b>
B	OBB		
<b>NOME CAMPO:</b> Nome			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Nome del paziente a cui la prescrizione si riferisce.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: nome dell'assistito (\*)

Per i tracciati **B**, **ANAG** è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che prevedono l'anonimato.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

**Per i tracciati B e ANAG:**

L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome.

L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

(\*) Il nome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con la lettera non accentata seguita dall'apostrofo.

In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indica "ANONIMO"

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – C	OBB		08.0
ANAG – C2	OBB		
ANAG – D	OBB		
ANAG – F	OBB		
B	OBB		
C5	NOB		
NOME CAMPO: Codice fiscale			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice fiscale del paziente

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice fiscale.

Sono ammessi anche: "9999999999999999", codice STP, "0000000000000000"

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 11.

**CONTROLLI APPLICATI****Per i tracciati ANAG, B:**

L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome.

**Per i tracciati ANAG, B:**

L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza

**Per il tracciato ANAG**

L30 – se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

S07 – Codice fiscale non presente in archivio B.A.R.

**Per i tracciati B:**

L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI****Per i tracciati ANAG, B e C5:**

Per la compilazione si veda la tabella di supporto al controllo L89, di cui al paragrafo 11.

Per i neonati – non ancora in possesso di codice fiscale – si utilizzano sedici "0"

In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indicano sedici "9".

**Per i tracciati ANAG e C5:**

Per i cittadini stranieri temporaneamente residenti in Italia si utilizzano "STP9999999999999999" oppure il codice ISI avente la seguente struttura: "STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche"

Il controllo formale sul codice fiscale viene modificato secondo il seguente schema adottato dal Ministero della Salute. Se il codice fiscale è effettivo (primi tre caratteri sono diversi da "STP" e successivi 3 sono caratteri) si esegue la seguente verifica dei caratteri da 7-11:

- 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita
- 9 carattere uguale a mese di nascita (A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D=aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre)
- 10-11 carattere uguale a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40.
- 10-11 carattere uguale a sesso (se < 40 sesso =M, se > 40 sesso =F)

Con nota prot. n. 15420/D028/28.5 del 22.12.2006 è stata introdotta la segnalazione S07 – Codice fiscale non presente in archivio B.A.R.

<b>TRACCIATO</b>			<b>N° Scheda Rif.</b>  <b>09.0</b>
	<b>Modalità</b>		
<b>ANAG</b>	<b>OBB</b>		
<b>NOME CAMPO:</b> Sesso			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Sesso dell'utente.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 (per maschio) o 2 (per femmina)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

I valori sono stati uniformati al flusso dei Dimessi;

- 1- Maschio
- 2- Femmina

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		10.0
B	OBB		
D	NOB		
NOME CAMPO: Data di nascita			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Data di nascita dell'utente.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****Per i tracciati ANAG**

L30 – se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni

**Per il tracciato ANAG (solo tracciati D, F):**

L04 – La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione del farmaco

**Per i tracciati ANAG (solo tracciato C):**

L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita

**Per i tracciati ANAG (solo tracciati C, C2):**

L04 – La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione prestazione

L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente

**Tracciato B**

L46 – Congruenza tra data di nascita e inizio assistenza

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI****Per il tracciato D:** il campo diventa obbligatorio poiché può essere derivato dal codice fiscale

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		<b>11.0</b>
B	OBB		
<b>NOME CAMPO:</b> Provincia e comune o stato estero di residenza			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Identifica la Provincia ed il Comune italiano, o lo Stato estero di residenza dell'assistito.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice ISTAT d'Italia (Provincia e Comune),  
 "999999" per apolidi,  
 "999EEE" con EEE che indica il codice di stato estero,  
 "STPEEE" con EEE che indica il codice di stato estero.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT dei Comuni italiani, Tabella stati esteri. Tabella al paragrafo 11.

**CONTROLLI APPLICATI****Per i tracciati B, ANAG:**

L06 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e ASL di residenza.  
 L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione  
 L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome  
 L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta  
 L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza  
 L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune.

Per i **residenti in Italia**, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza.

Per i **residenti all'estero**, il codice dello Stato preceduto da 999, o STP seguito dal codice Stato estero, o 999999 per apolidi.

**N.B.** 1- il Comune di residenza è quello nel quale risiede l'assistito nell'anno dell'erogazione della prestazione.

2 - dal momento che esistono numerose omonimie di Comuni, allocati in Province italiane diverse, è importante, in fase di accettazione, **verificare che il codice Provincia rilevato (prime tre cifre) indichi l'effettiva Provincia di residenza**. Nel caso di rilevazione manuale, specificare oltre al **Comune** anche la **Provincia** di residenza.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		
B	OBB		
<b>NOME CAMPO:</b> ASL di residenza			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice dell'ASL in cui risiede l'assistito.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella per i residenti in Italia.  
Per gli stranieri non residenti e apolidi indicare '999'

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ASL d'Italia. Tabella al paragrafo 11.

**CONTROLLI APPLICATI**

L06 – Congruenza tra Provincia e comune di residenza e ASL di residenza

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

**Per il tracciato B e D:**

L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante

**Per il tracciato B:**

L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

--

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
ANAG	OBB		13.0
NOME CAMPO: Numero ricetta			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Numero identificativo riportato sul ricettario nazionale oppure numero dell'impegnativa interna.

**Per il tracciato C2:** numero di registrazione di accesso in pronto soccorso

**Per il tracciato F:** numero progressivo di registro per l'erogazione effettuata

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: numero della ricetta del ricettario nazionale oppure numero della impegnativa interna

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L17 – La ricetta non deve già essere esistente nel tipo record

L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

**Per il tracciato ANAG flusso C:**

L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore

L94 – Congruenza tra nr. Ricetta e tipologia prescrizione

L99 – Congruenza tra numero ricetta e tipo record

S06 – Ricetta del SSN non ancora registrata in R.U.R.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**Per il tracciato ANAG (tranne tracciato C2):**

La lunghezza della ricetta SSN è di 15 caratteri; dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta; il numero ricetta va allineato a sinistra e il carattere rimanente compilato a spazio.

Per ricette SSN e SASN aventi uno dei seguenti schemi:

- per ricette SSN nuovo modello: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank
- per ricette SASN: "001" oppure "002" + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank

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

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

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

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

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

- anno erogazione (2 cifre con formato AA) + codice ASR (3 cifre) + progressivo numerico (8 cifre) + progressivo di prescrizione (2 cifre da 01 a 14) + 'G' (Agenda di Gravidanza)

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

**Per il tracciato F :** se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero progressivo di registro per l'erogazione effettuata.

**Per il tracciato ANAG (solo tracciato C2):** indicare come numero di ricetta il numero di registrazione di accesso in Pronto Soccorso; da compilare anche nel caso di solo accesso senza l'erogazione della prestazione (modalità di dimissione A o M)

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		14.0
C2	OBB		
D	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Progressivo riga per ricetta			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica una determinata riga di una ricetta.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: (\*)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

(\*)

La prima riga della ricetta deve contenere "01". Ciascuna riga successiva deve riportare un numero in stretta progressione.



TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		15.0
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
D	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Data di effettuazione della prestazione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

**Per i tracciati C, C2, C4, C5:** Data di effettuazione della prestazione

**Per i tracciati D, F:** Data di erogazione farmaco

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****Per il tracciato C:**

L01 – La data di inizio ciclo deve essere congruente con la data di effettuazione prestazione (o erogazione farmaco)

L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo e data erogazione della prestazione

**Per il tracciato C2:**

L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente

**Per i tracciati C, C2, D, F:**

L04 – Data di nascita minore o uguale alla data di erogazione prestazione (o erogazione farmaco)

L30 – Se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni

**Per i tracciati C, C2, C4, C5, F:**

L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione

L08 – Data prestazione minore o uguale alla data di trasmissione

L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione – eccetto file F

**Per i tracciati B, C, C2, D, F:**

L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione

**Tracciato C4:**

L44 – Congruenza tra invio cumulativo, N. scheda nosologica, data prestazione e codice branca.

**Per tutti i tracciati:**

L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**Per il tracciato C:** nel caso di un ciclo di prestazioni, riportare la data dell'ultima prestazione del ciclo

**Per il tracciato C2:** da compilare anche nel caso di solo accesso (modalità di dimissione A o M) senza l'erogazione della prestazione (riportare la data dell'accesso in pronto soccorso)

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		17.0
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
F	OSP		
NOME CAMPO: Codice prestazione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Riporta il codice prestazione secondo il Nomenclatore tariffario regionale in vigore al momento dell'erogazione della prestazione. Per i flussi C4 e C5 sono ammessi codici prestazione extra – nomenclatore

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Nomenclatore regionale

**Per i tracciati C:** Allegato "1"; Allegato "2" branca 79 per soli residenti

**Per tracciato C2:** Allegato "1"; Allegato "2"; e valore '0000000'

**Per i tracciati C4, C5:** Allegato "1"; Allegato "2"

**Per il tracciato F:** Prestazioni ambulatoriali previste dalle Note Regionali n. 14731 del 15/11/00 e n. 1182 del 14/01/10

**Per il tracciato C4,C5:** inserire il codice procedura ICD IX-CM identificante la prestazione se e solo se il campo 49.0 è opportunamente valorizzato

**CONTROLLI APPLICATI****Per il tracciato C:**

L18 – Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione

L19 – Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione

L21 – Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione

L50 – Congruenza tra campi quantità e branca 79 e codice prestazione

L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione

L73 – Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità.

L76 – Congruenza tra codice prestazione e struttura erogante

L77 – Congruenza tra codici prestazione 89.7.1, 89.7 e codice branca 56

L79 – Congruenza prestazioni multiple TAC o RMN e abbattimento importo

L96 – Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità di produzione

LD0 - Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice prestazione

LD1 - Congruenza tra Codice prestazione e Matricola Unità Produttiva per le prestazioni di DH

LD5 - Congruenza tra codice prestazione , codice esenzione individuate da DRG 46-10149.

LD6 - Congruenza tra codice prestazione , importo e regime di libera professione

LD7 - Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico

**Per i tracciati C, C2, C4, C5, F:**

L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione

**Per i tracciati C, C2, C4, C5:**

L16 – Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento.

**Per i tracciati C, C2, C4:**

L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca

**Per tracciato C2:**

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

**Per i tracciati C4,C5:**

L42 – Congruenza tra codice prestazione, codice branca e tipo codice prestazione

**Per il tracciato F:**

LA9 – Congruenza tra tipo prestazione 10 e codice prestazione

LB0 – Congruenza tra tipo prestazione 06 e codice prestazione

LD8 – Congruenza tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco

**Per il tracciato C5:**

L65 - Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**Per i tracciati C:** nell'ambito di una ricetta lo stesso codice prestazione non può essere presente su più righe di dettaglio (utilizzare il campo quantità per riportare il numero effettivo di prestazioni erogate).

**Per il tracciato C2:** nell'ambito della rilevazione valorizzare '0000000' nel caso di accesso in pronto soccorso non seguito dall'erogazione della prestazione (modalità di dimissione A o M)

**Per il tracciato F:** il campo deve essere compilato solamente nel caso di somministrazione del farmaco nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali previste.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
B	OBB		18.0
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
D	OBB		
NOME CAMPO: Quantità			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il numero effettivo di prestazioni erogate per ogni riga della ricetta (codice prestazione).

**Per il tracciato B:** è il numero di mensilità di assistenza addebitati.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

**Per i tracciati C, C4, C5, D:** numero massimo di prestazioni previste dalla normativa vigente

**Per i tracciati B:** maggiore o uguale a 1

**Per i tracciati C2:** valori compresi tra 0-999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

**Per i tracciati B, C, C2, C4, C5, F:**

L11 – Congruenza tra Importo totale, quantità e libera professione (per le sole righe di dettaglio)

L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio

**Per il tracciato C:**

L18 – Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione

L19 – Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione

L50 – Congruenza tra campi quantità e branca 79 e codice prestazione

L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione

L73 – Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità.

L83 – Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni erogate

**Per il tracciato C2:**

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

**Per il tracciato B:**

L26 – Congruenza tra quantità e mensilità erogate

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Nell'ambito di una ricetta lo stesso codice prestazione non può essere presente su più righe di dettaglio (utilizzare il campo quantità per riportare il numero effettivo di prestazioni erogate).

Per il tracciato B: il mese di presa in carico dell'assistito sarà valorizzato se il periodo di assistenza ha una durata di almeno 15 giorni come precisato al paragrafo 4.7 FLUSSO B - PRECISAZIONI.

Per il tracciato C2: dovrà essere riportato il valore 0 in caso di accesso in pronto soccorso (modalità di dimissione A o M) non seguito dall'erogazione di alcuna prestazione.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
			19.0
C	OBB		
C2	OBB		
F	OBB		

**NOME CAMPO:** Posizione utente nei confronti del Ticket

#### DESCRIZIONE CAMPO

Posizione dell'utente per la compartecipazione della spesa nell'erogazione delle prestazioni (ticket)

#### CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 0,1, 2, 3, 4, 5,13,14,17,18,19,20

#### CONTROLLI APPLICATI

##### Per i tracciati C e C2:

L07 – Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket e Codice identificativo esenzione

L41 – Congruenza tra campo libera professione e posizione utente nei confronti del ticket

LA4 - Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket - stranieri

LA6 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e tipo ricetta - residenti

##### Per il solo tracciato C

L36 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket

##### Per il solo tracciato C2

L39 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, macropatologia e importo ticket.

L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket ed età del paziente (modificato)

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

##### Per il tracciato F:

L74 – Congruenza codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket e importo totale prestazione.

LA6 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e tipo ricetta

#### OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

##### Per il tracciato C:

0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP) per la quota di compartecipazione alla spesa non versata e quindi da registrare con importo ticket uguale a zero, ai sensi del D.P.R. 31.08.1999, nr. 394, articolo 43, comma 4.

1 – esente per categorie di soggetti di cui al D.M. 01/02/1991 art. 6 commi 1 e 2 e D.M. 10/09/98 (esenzione per maternità) e Legge 27 Art.4 Bis del 28/02/2001 (Monitoraggio Sanitario)

2 – non esente

3 – esente con autocertificazione (esenzione per reddito di cui alla legge Finanziaria nr. 724/94 )

4 – indigente (indigente e indigente a carico del comune )

5 – esente per patologia ai sensi del D.M. n. 329 del 28/05/1999 e del D.M. 279 del 18/05/01

NT – Ticket non dovuto per prestazioni definite da DGR 84-10526 del 29.12.2008 - DGR 21-9688 del 30.09.2008

##### Per il tracciato C2 (vedi paragrafo 4.6):

0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP) per la quota di compartecipazione alla spesa non versata e quindi da registrare con importo ticket uguale a zero, ai sensi del D.P.R. 31.08.1999, nr. 394, articolo 43, comma 4.

1 – esente per categorie di soggetti di cui al D.M. 01/02/1991 art. 6 commi 1 e 2 e D.M. 10/09/98 (esenzione per maternità) e Legge 27 Art.4 Bis del 28/02/2001 (Monitoraggio Sanitario)

2 – non esente

3 – esente con autocertificazione (esenzione per reddito di cui alla legge Finanziaria nr. 724/94 )

5 – esente per patologia ai sensi del D.M. n. 329 del 28/05/1999 e del D.M. 279 del 18/05/01

17 – esente per traumatismi ed avvelenamenti acuti

18 – esente per assistito con età inferiore ai 14 anni

19 – esenti per codice colore verde, giallo, rosso

20 – esente per prestazione non erogata (solo accesso)

##### Per il tracciato F

0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (solo STP) per la quota di compartecipazione alla spesa non versata e quindi da registrare con importo ticket uguale a zero, ai sensi del D.P.R. 31.08.1999, nr. 394, articolo 43, comma 4.

2 – non esente

4 – indigente (indigente e indigente a carico del comune)

13 – esente per farmaco IPO ai sensi della nota regionale 7321/28.2 del 30/05/2002

14 – esente per tracciato F ad eccezione di farmaco IPO

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

**DESCRIZIONE CAMPO**

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

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 7

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: maggiore o uguale a 0 secondo la normativa di riferimento.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket

L36 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket

**Per il tracciato C:**

L52 – Congruenza tra importo ticket e libera professione

L60 - Congruenza tra importo ticket e importo totale (sezione anagrafica) – (Sospeso)

L61 - Congruenza tra libera professione, importo ticket e importo totale (sezione anagrafica)

**Per il tracciato C2:**

L39 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, macropatologia e importo ticket.

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

**Per il tracciato F:**

L72 – Congruenza tra il tipo record, tipo prestazione, codice farmaco e importo ticket

L74 - Congruenza codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket e importo totale prestazione.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il formato degli importi deve essere NNNN,NN

**Per il tracciato C:**

L'importo massimo è pari a 36,15 Euro.

**Per il tracciato C2:** l'importo è pari a 25,0 Euro, in presenza di codice colore bianco alla dimissione, ad eccezione delle esenzioni previste.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		21.0
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C5	OBB		
D	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Importo totale			

**DESCRIZIONE CAMPO**

**Per il tracciato B:** l'importo totale è uguale al prodotto tra il campo quantità e il valore fisso 11,00 Euro

**Per i tracciati C, C2, D:** l'importo totale della riga di dettaglio è ottenuto moltiplicando la quantità delle prestazioni per il prezzo unitario. Per la riga anagrafica indica la differenza tra la somma di tutti gli importi totali delle righe di dettaglio e l'importo del ticket a carico dell'utente.

**Per il tracciato F:** l'importo totale è l'importo relativo all'effettivo costo del farmaco somministrato anche in quota parte nel caso di frazionamento della confezione in più somministrazioni.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: Per le righe di dettaglio i valori previsti nelle tabelle di riferimento rapportate alla quantità.

TABELLE DI RIFERIMENTO: nomenclatore tariffario regionale ove previsto

**CONTROLLI APPLICATI**

**Per i tracciati B, C2:**

L11 – Congruenza tra importo totale, quantità (per le sole righe di dettaglio)

**Per il tracciato C:**

L11 – Congruenza tra importo totale, quantità e libera professione (per le sole righe di dettaglio)

L61 – Congruenza tra libera professione, importo ticket e importo totale (sezione anagrafica)

**Per il tracciato C2:**

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

**Per i tracciati C, C2, D, F:**

L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket

**Per il tracciato F:**

L74 – Congruenza codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket e importo totale prestazione.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il formato degli importi deve essere NNNNN,NN

In caso di importo negativo il segno meno deve essere il primo carattere ( -NNNN,NN).

**Per il tracciato C2:** la prestazione deve essere valorizzata secondo quanto previsto dal nomenclatore ambulatoriale. E' previsto un importo totale della riga di dettaglio pari a 0 nel caso di accesso in pronto soccorso (modalità di dimissione A o M) senza l'erogazione della prestazione.

**Per il tracciato C5:** gli importi sono quelli previsti dal Nomenclatore Tariffario regionale ovvero dagli importi previsti dalle convenzioni tra le Aziende.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		23.0
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
D	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Tipo record			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la tipologia del tracciato record

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

**Per il tracciato B:** valore ammesso "B "  
**Per il tracciato C:** valore ammesso "C "  
**Per il tracciato C2:** valore ammesso "C2"  
**Per il tracciato C4:** valore ammesso "C4"  
**Per il tracciato C5:** valore ammesso "C5"  
**Per il tracciato D:** valore ammesso "D "  
**Per il tracciato F:** valore ammesso "F "

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****Per il tracciato C,C2,F:**

L86 – Congruenza tra tipo record e luogo di erogazione

**Per il tracciato F:**

L72 – Congruenza tra il tipo record, tipo prestazione, codice farmaco e importo ticket

L74 – Congruenza codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket e importo totale prestazione.

LA5 – Congruenza tra matricola unità produttiva, tipo record e attività

**Per il tracciato C:**

L73 – Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità.

L16 – Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento.

**Per il tracciato C2:**

L39 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, macropatologia e importo ticket.

L93 – Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI****Per i tracciati C, C2, D, F:**

Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di righe dettaglio.



<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>C</b>	<b>OSP</b>		<b>24.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Data inizio ciclo			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la data dell'erogazione della prima prestazione di un ciclo.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L01 – data inizio ciclo minore o uguale alla data di effettuazione della prestazione

L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo e data erogazione prestazione

L83 – Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni erogate

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		25.0
C2	OBB		
C4	CON		
C5	CON		
NOME CAMPO: Codice branca			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Riporta la branca relativa alla prestazione indicata nel campo codice prestazione, come da nomenclatore tariffario. Per le sole prestazioni di visita 89.01 anamnesi e valutazione definite brevi e 89.7 visita generale, se queste sono erogate da sole strutture pubbliche, andrà indicata la disciplina di riferimento. Diversamente per i Presidi ex art 43 L833 del 1978 e strutture private provvisoriamente / definitivamente accreditate, andrà indicata la branca specifica, in conformità a quanto stipulato nei contratti.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presenti nella tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: elenco delle Branche specialistiche del Nomenclatore Tariffario Regionale; elenco discipline ministeriali per prestazioni di visita 89.01 e 89.7

**CONTROLLI APPLICATI****Per il tracciato C:**

L18 – Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione  
 L19 – Congruenza tra campi quantità, branca 98 e codice prestazione  
 L21 – Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione  
 L50 – Congruenza tra campi quantità e branca 79 e codice prestazione  
 L51 – Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione  
 L96 – Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità di produzione

**Per i tracciati C, C2:**

L10 - Congruenza tra codice prestazione e codice branca

**Per il tracciato C4:**

L44 – Congruenza tra invio cumulativo, N. scheda nosologica, data prestazione e codice branca.

**Per il tracciato C5:**

L42 – Congruenza tra codice prestazione, codice branca e tipo codice prestazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

**Per il solo tracciato C:** il codice branca deve essere univoco nell'ambito della ricetta; è accettata la compresenza del codice branca 99

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		28.0
F	OBB		
NOME CAMPO: Codice farmaco			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Riporta il codice del farmaco distribuito.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

**Tracciati D e F:** - Codice Minsan

- Codice regionale vaccini iposensibilizzanti

- GAL

- OSSIGENO

**Tracciato F:** - OSSIGENOLQ

- codici emocomponenti (tabella codici per emocomponenti)

- Principio attivo del farmaco fornito ai sensi della Legge 648/96 (tabella codici sostanza farmaci)

- codici parafarmaco: NEFRO, MATMED, NOM\_TAR, DIAB, DIET\_EM, PROT\_HIV

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici Minsan, Tabelle codici regionali

**CONTROLLI APPLICATI**

L58 – Congruenza tra unità misura codice Minsan/sostanza

L74 - Congruenza codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket e importo totale prestazione.

LB1 - Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 08

LB2 - Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore

LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 20,21,22,23,24

LB5 – Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket

LB7 – Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (vaccino iposensibilizzante, GAL, OSSIGENO, OSSIGENOLQ)

LC5 - Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi.

LC8 - Congruenza tra codice farmaco H e tipo prestazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

- GAL: per i farmaci galenici

- OSSIGENO: per l'ossigeno gassoso

- OSSIGENOLQ: per l'ossigeno liquido

- NEFRO: dietetici per nefropatie croniche

- MATMED: materiali per medicazioni

- NOM\_TAR: nomenclatore tariffario (ausili per incontinenti e tracheostomizzati)

- DIAB: presidi per diabetici

- DIET\_EM: dietetici errori metabolici/morbo celiaco

- PROT\_HIV: protesi relativa DGR 46-10149 del 24/11/2008

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		<b>29.0</b>
C2	OBB		
<b>NOME CAMPO:</b> Diagnosi			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice diagnosi ICD-IX-CM identificante la patologia.  
Codice di procedura identificante la prestazione

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabella di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle codici ICD-IX-CM

**CONTROLLI APPLICATI****Flusso C**

L49 - Congruenza codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito e codice struttura che redige il progetto.

**Flusso F**

LC5 - Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Per il solo tracciato C il campo deve essere compilato contemporaneamente ai campi 52.0 e 53.0  
Per i tracciati C, C2 e F, nel controllo formale vengono verificati i primi tre caratteri.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C4	OBB		<b>32.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Codice reparto richiedente			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice dell'unità operativa che richiede la prestazione.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: i primi due caratteri sono valori presenti in tabella, i successivi due sono valori compresi tra 01 e 99 (\*)

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella discipline ospedaliere

**CONTROLLI APPLICATI****OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Le prime due cifre individuano la specialità clinica o la disciplina ospedaliera dell'unità operativa di ricovero; le due successive indicano il progressivo della divisione di ricovero.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C4	CON		33.0
NOME CAMPO: N. Scheda nosologica			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Numero della scheda nosologica dell'episodio di ricovero.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: (\*)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L44 – Congruenza tra invio cumulativo, N. scheda nosologica, data prestazione e codice branca.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

(\*) Riportare correttamente il numero della scheda nosologica del ricovero al quale sono associate le prestazioni. Il campo non può contenere delle lettere, spazi o caratteri speciali e deve avere il seguente formato:  
anno di ricovero + progressivo numerico di 6 cifre nell'ambito della struttura di ricovero.

<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>B</b>	<b>OBB</b>		
<b>NOME CAMPO:</b> Data inizio assistenza			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la data iniziale di assistenza del medico di medicina generale o del medico pediatra di libera scelta.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L25 – Congruenza tra data di inizio assistenza, data di fine assistenza e data di trasmissione

L26 – Congruenza tra quantità e mensilità erogate

L46 – Congruenza tra data nascita e data di inizio assistenza

**Per il tracciato B:**

L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Vedi paragrafo 4.7

<b>TRACCIATO</b>			<b>N° Scheda Rif.</b>
	<b>Modalità</b>		
<b>B</b>	<b>OBB</b>		<b>36.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Data fine assistenza			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la data di fine dell'assistenza del medico di medicina generale oppure del medico pediatra di libera scelta.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L25 – Congruenza tra data di inizio assistenza, data di fine assistenza e data di trasmissione

L26 – Congruenza tra quantità e mensilità erogate

**Per il tracciato B:**

L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Qualora l'assistenza si protragga oltre il 31/12, ai soli fini della trasmissione del flusso, occorre convenzionalmente chiudere il periodo di assistenza al 31/12 dell'anno di competenza e riaprirlo a partire dall'01/01 dell'anno successivo. Vedi paragrafo 4.7



TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C5	OBB		<b>37.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Codice Azienda richiedente			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice dell'azienda sanitaria che richiede la prestazione

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella oppure '999'. (\*), LEA

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle aziende sanitarie regionali (\*).

**CONTROLLI APPLICATI**

L33 – Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente

L65 – Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

(\*) Il controllo del codice azienda richiedente viene effettuato solo se la regione richiedente è il Piemonte.

Compilare il campo con il valore '999' solo in presenza di codice istituto richiedente '99999999'.

Indicare la costante "LEA" per le prestazioni ambulatoriali indicate nel controllo L65, escluse dai L.E.A.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		38.0
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
D	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Identificativo Esterno			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Identificativo univoco utilizzato per la gestione del movimento del record.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: una stringa di caratteri univoca nell'ambito dell'azienda sanitaria inviante, dell'ente erogatore e del tipo record

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Tracciati C/C2:

Il codice deve essere univoco nell'ambito dell'azienda inviante e del tipo record. Il codice deve essere diverso anche per anni di competenza diversi; il campo deve essere compilato nella sua interezza

Tale identificativo viene utilizzato nell'invio del flusso C/C2 al Ministero della Salute e pertanto si rende necessaria una un'uniformità di compilazione che si attiene alle seguenti regole:

- primi 8 caratteri: codice struttura ministeriale inviante (campo 03.1) se STS11 completare a destra con carattere 00
- successivi 4 caratteri: anno competenza
- successivi 8 caratteri: una qualsiasi combinazione di cifre numeriche e lettere dell'alfabeto (maiuscole)

Non sono ammessi caratteri speciali, spazi, lettere minuscole, simboli;

Tracciati B,C4,C5 e D:

Le modalità di compilazione sono libere ma sono ammessi solo lettere maiuscole, cifre numeriche.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		39.0
F	CON		
C4	NOB		
NOME CAMPO: Disciplina di erogazione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la disciplina di erogazione della prestazione

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 2 caratteri per indicare la disciplina di erogazione e 2 caratteri per indicare l'eventuale divisione di erogazione altrimenti 00

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Discipline ospedaliere

**CONTROLLI APPLICATI**

LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Per deve essere compilato nei seguenti casi :

- per strutture afferenti l'area "09 – Aree funzioni territoriali" e codice specialità 01 - **Tracciato C**
- rilevare le prestazioni svolte dagli psicologi Rif Nota regionale n°38817/2006 del 17/10/2009 – **Tracciato C e C4**

**Per i tracciati C, F:** nel caso di prestazioni erogate dal medico ospedaliero indicare il codice reparto (codice disciplina + progressivo divisione). Nel caso di prestazioni erogate da medici specialisti convenzionati interni indicare la disciplina ospedaliera.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	NOB		40.0
B	NOB		
C	NOB		
C2	NOB		
C4	NOB		
C5	NOB		
D	NOB		
F	NOB		
NOME CAMPO: Tipo movimento			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Utilizzato per gestire la sostituzione o cancellazione di dati già inseriti negli archivi centrali.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: spazio per inserimento  
 “C” per cancellazione  
 “S” per sostituzione

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Valorizzare il campo in funzione delle specifiche riportate nel capitolo 4 – “Cancellazione o sostituzione Blocchi informazione”.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	NOB		41.0
NOME CAMPO: Libera professione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica se le prestazioni sono erogate in regime di libera professione.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: spazio o "L" (\*)

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L11 – Congruenza tra importo totale, quantità e libera professione (per le sole righe di dettaglio)

L41 – Congruenza tra campo libera professione e posizione utente nei confronti del ticket

L52 – Congruenza tra importo ticket e libera professione.

L61 – Congruenza tra libera professione, importo ticket e importo totale (sezione anagrafica)

LC7 - Congruenza tra numero ricetta, libera professione e tipo ricetta

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

(\*) Valorizzare con "L" per indicare che le prestazioni sono state erogate in libera professione. Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di informazioni

Se il campo libera professione viene valorizzato valgono le seguenti regole;

- somma del campo quantità dei record di dettaglio deve coincidere con la quantità dichiarata della sezione anagrafica
- l'importo netto deve essere pari a zero
- l'importo sostenuto dall'assistito deve essere indicato esclusivamente nel campo importo ticket

I record relativi ad attività di libera professione non saranno oggetto di mobilità sanitaria.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C5	OBB		42.0
NOME CAMPO: Codice regione richiedente			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice della Regione dove insiste l'Azienda richiedente

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici regioni d'Italia

**CONTROLLI APPLICATI**

L65 - Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		43.0
C2	CON		
D	NV		
F	CON		
NOME CAMPO: Codice identificativo esenzione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice identificativo atto ad individuare la malattia o la condizione cronica invalidante.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 10

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici esenzione.

**CONTROLLI APPLICATI****Per i tracciati C e C2:**

L07 – Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice identificativo esenzione

**Tracciato F:**

L98 – Congruenza tra i campi Tipo Prestazione e Codice identificativo esenzione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C5	OBB		45.0
C4	OBB		
NOME CAMPO: Codice istituto richiedente			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice istituto HSP.11-bis della struttura richiedente la prestazione o azienda non sanitaria.  
In alternativa il Codice STS11

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valori presenti in tabella o '99999999' (\*)

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella HSP.11-BIS; Tabella STS11

**CONTROLLI APPLICATI****Flusso C5:**

L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda richiedente

**Flusso C4,C5:**

L33 – Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente

L65 – Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

L45 – Congruenza codice istituto richiedente e matricola unità produttiva richiedente

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

(\*) Il controllo del codice istituto richiedente viene effettuato solo se la regione richiedente è il Piemonte.

Il codice '99999999' deve essere utilizzato per le aziende non sanitarie e può essere indicato nel solo flusso C5



TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		47.0
NOME CAMPO: Quantità totale prestazioni			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Quantità totale delle prestazioni nell'ambito della ricetta.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il valore del campo deve essere uguale alla somma dei campi Quantità (18.0) delle righe di dettaglio.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG –C2	OSP		48.0
NOME CAMPO: Scheda intervento			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Numero scheda intervento di emergenza 118

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 13

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L88 - Congruenza tra codice provenienza assistito e nr. scheda 118

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il dato deve essere rilevato solo per il tracciato C2 per i passaggi in pronto soccorso, per pazienti transitati tramite mezzi di soccorso del sistema di Emergenza Sanitaria 118.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C4	CON		49.0
C5	CON		
NOME CAMPO: Codice tipo prestazione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica che la prestazione erogata non appartiene al nomenclatore Regionale.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: "E"

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L42 – Congruenza tra codice prestazione, branca e tipo codice prestazione

L65 - Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il campo deve essere valorizzato ad "E" per tutti i codici di prestazione che non sono presenti nel nomenclatore Regionale.

TRACCIATO		
	Modalità	N° Scheda Rif.
C4	CON	50.0
NOME CAMPO: Modalità invio dati		

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica se il record è l'insieme di prestazioni erogate nell'ambito di un mese, per ogni tipologia di prestazione, oppure se il record è un dettaglio collegabile ad un preciso episodio di ricovero.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 13

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: "C" e "A"

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L44 – Congruenza tra invio cumulativo, N. scheda nosologica, data prestazione e codice branca.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Invio cumulativo:

Il campo deve essere valorizzato a "C"; in tal caso il campo 33.0 (N. scheda nosologica) deve essere nullo; il campo 15.0 (Data effettuazione prestazione) deve coincidere con l'ultimo giorno del mese di erogazione; il campo codice branca può essere nullo

Invio analitico:

Il campo deve essere valorizzato a "A"; in tal caso il campo 33.0 (N. scheda nosologica) è obbligatorio; il campo 15.0 (Data effettuazione prestazione) deve coincidere la data di erogazione; il campo codice branca deve essere valorizzato

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-C	CON		52.1
<b>NOME CAMPO:</b> Codice struttura che redige il progetto			

**DESCRIZIONE CAMPO**

E' l'istituto presso il quale è stato formulato il progetto di riabilitazione (D.G.R. Nr. 49-6478 del 01/07/2002)

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice STS11 della struttura

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella STS11

**CONTROLLI APPLICATI**

L49 – Congruenza codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito e codice struttura che redige il progetto.

L57 – Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56 codice disciplina e progressivo divisione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura privata provvisoriamente o definitivamente accreditata, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con il codice "56" (codice di disciplina) ed il campo 52.3 deve essere omesso.

Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo territoriale, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con la disciplina di riferimento e il campo 52.3 deve essere omesso; se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo ospedaliero oltre al codice STS11 devono essere compilati i campi 52.2 e 52.3 rispettivamente con la disciplina e il progressivo di divisione di riferimento. Nel caso di struttura ambulatoriale interna ad istituto ospedaliero omettere il progressivo dimissione

<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>ANAG-C</b>	<b>CON</b>		<b>52.2</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Codice disciplina			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice disciplina di riferimento della struttura che redige il progetto

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici discipline

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella delle discipline

**CONTROLLI APPLICATI**

L49- Congruenza codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito e codice struttura che redige il progetto.

L57- Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56 codice disciplina e progressivo divisione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura privata provvisoriamente o definitivamente accreditata, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con il codice "56" (codice di disciplina) ed il campo 52.3 deve essere omesso.

Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo territoriale, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con la disciplina di riferimento e il campo 52.3 deve essere omesso; se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo ospedaliero oltre al codice STS11 devono essere compilati i campi 52.2 e 52.3 rispettivamente con la disciplina e il progressivo di divisione di riferimento. Nel caso di struttura ambulatoriale interna ad istituto ospedaliero omettere il progressivo dimissione

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-C	CON		52.3
NOME CAMPO: Progressivo divisione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Progressivo divisione di riferimento della struttura che redige il progetto

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella unita operative

**CONTROLLI APPLICATI**

L49 – Congruenza codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito e codice struttura che redige il progetto.

L57 – Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56 codice disciplina e progressivo divisione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura privata provvisoriamente o definitivamente accreditata, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con il codice "56" (codice di disciplina) ed il campo 52.3 deve essere omesso.

Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo territoriale, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con la disciplina di riferimento e il campo 52.3 deve essere omesso; se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo ospedaliero oltre al codice STS11 devono essere compilati i campi 52.2 e 52.3 rispettivamente con la disciplina e il progressivo di divisione di riferimento. Nel caso di struttura ambulatoriale interna ad istituto ospedaliero omettere il progressivo divisione

<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>C</b>	<b>CON</b>		<b>53.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Codice disabilità			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice che individua il percorso di riabilitazione (D.G.R. Nr. 49-6478 del 01/07/2002)

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N (ma se non presente valorizzare con 'spazio')

VALORI AMMESSI: valori da 2 a 6

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L49 – Congruenza codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito e codice struttura che redige il progetto.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il codice 1 è escluso perché il percorso di riabilitazione non è erogabile in regime ambulatoriale.

Se il campo è valorizzato con il codice "6" allora i campi 52.1, 52.2 e 52.3 possono non essere compilati, solamente nel caso in cui venga reiterato il progetto riabilitativo di riferimento.



TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		<b>55.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Osservazione breve intensiva			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica se durante l'accesso il paziente è stato sottoposto ad osservazione breve intensiva

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S, N

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il campo serve ad indicare l'osservazione di paziente instabile: riguarda i pazienti che necessitano di un periodo di osservazione per la definizione dell'iter diagnostico e/o terapeutico appropriato (regime di ricovero o rinvio al medico di base o al domicilio)

I valori possibili hanno il seguente significato

S – il paziente è stato sottoposto ad osservazione breve intensiva

N – il paziente **non** è stato sottoposto ad osservazione breve intensiva

Il campo va compilato nei due valori di riferimento (S/N) in conformità con la definizione di osservazione breve intensiva prevista con D.G.R. n. 15-12160 del 21 settembre 2009. Per i pazienti in età pediatrica e donne in stato di gravidanza il riferimento è la D.G.R. 21-7261 del 7 ottobre 2002.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		56.0
NOME CAMPO: Unità di misura			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Codice dell'unità di misura relativa alla somministrazione di farmaci Minsan e sostanze

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle CODICI UNITA' MISURA

**CONTROLLI APPLICATI**

L58 – Congruenza tra unità misura e codice minsan/sostanza

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il campo deve essere compilato per le righe ricetta relativi a codici minsan / sostanze

La tabella delle unità di misura è riportata al paragrafo 10

Il campo quantità dei tracciati non supporta valori decimali ed è lungo tre caratteri. Per individuare la quantità di farmaco viene utilizzato l'unità di misura, In caso di somministrazione di quantità frazionate occorre individuare la corretta unità di misura; a tale scopo si vedano gli esempi riportati al paragrafo 10.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		57.0
NOME CAMPO: Modalità d'erogazione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica se il farmaco è stato somministrato o distribuito

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: D, S

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Indicare "S" se il farmaco viene somministrato

Indicare "D" se il farmaco viene distribuito

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		58.0
NOME CAMPO: Tipo prestazione			

<b>DESCRIZIONE CAMPO</b>
Tipologia di erogazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tipologia di erogazione univoca nell’ambito della ricetta	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle tipologie di erogazione (tabella 2 paragrafo 10)	

<b>CONTROLLI APPLICATI</b>
LA9 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 10) e codice prestazione LB0 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 06) e codice prestazione LB1 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 08 LB2 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 07), codice farmaco ed ente erogatore LB3 – Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome, tipo prestazione e codice regione 010 LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 20,21,22,23,24 LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione e tipo prestazione LB7 – Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (codici iposensibilizzanti;GAL;OSSIGENO;OSSIGENOLQ) LC4 – Congruenza tra tipo prestazione e flag off label LC8 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione LD8 – Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		59.0
C	OBB		
C2	OBB		
NOME CAMPO: Luogo di erogazione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

File F: indica il luogo di erogazione del farmaco  
 File C: indica il luogo di erogazione della prestazione ambulatoriale  
 File C2: indica il luogo di intervento del 118 e il luogo di provenienza dell'assistito

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: File "F": H,T; File "C": A, D, I File "C2": C,L,P,Q,S,Y,Z

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L86 – Congruenza tra Tipo record e Luogo di Erogazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

File "F" indicare:

"H" : farmaco erogato dal presidio ospedaliero

"T" : farmaco erogato mediante ambulatori territoriali

File "C" indicare:

"A" : prestazione erogata in modalità ambulatoriale

"D" : prestazione erogata in modalità domiciliare

"I" : prestazione erogata in modalità ADI

File "C2" indicare:

"C" : Casa

"L" : Lavoro

"P" : Esercizio pubblico

"Q" : Scuola

"S" : Strada

"Y" : Impianto sportivo

"Z" : Altro

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - C	CON		60.0
ANAG - C2	OBB		
NOME CAMPO: Provenienza assistito			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la provenienza dell'assistito

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Flusso C: M,C Flusso C2: 1,2,4,5,6,8,9

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****Flusso C**

L49 – Congruenza codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito e codice struttura che redige il progetto

**Flusso C2**

L53 – Congruenza tra provenienza assistito, campo medico prescrittore e data prescrizione

L93 – Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito.

L88 – Congruenza tra codice provenienza assistito e nr. scheda 118

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI****Flusso C**

Se la branca è 56 (riabilitazione) ed è presente un progetto di riabilitazione il campo assume i valori:

“M”: la provenienza del paziente è determinata da una disciplina medica

“C” : la provenienza del paziente è determinata da una disciplina chirurgica

Il valore viene dedotto dalle informazioni rilevate dal progetto di riabilitazione

**Flusso C2**

1 : accesso diretto dell'assistito

2 : inviato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta

4 : trasferito da istituto pubblico

5 : trasferito da privato accreditato o provvisoriamente accreditato

6 : trasferito da privato non accreditato

8 : pervenuto tramite 118

9: trasferito da RSA-RAF – Ospedale di comunità ecc.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		<b>61.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Cittadinanza			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la cittadinanza dell'assistito

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici stati esteri. Tabella al paragrafo 11.

**CONTROLLI APPLICATI**

L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Assume valore

- 100 per la cittadinanza italiana
- codice stato estero definito dal Ministero dell'Interno
- 999 per apolide

<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>ANAG</b>	<b>OBB</b>		
<b>NOME CAMPO:</b> Regione Residenza o Stato Estero di Residenza			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la regione italiana cui appartiene il Comune di residenza dell'assistito

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codici delle regioni Italiane, o codici Stati esteri, o 999

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT delle Regioni Italiane, Tabella stati esteri. Tabella al paragrafo 11

**CONTROLLI APPLICATI**

L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Assume valore

- codice ISTAT delle Regioni Italiane, se cittadino italiano residente in Italia
- codici Stati esteri
- '999' nel caso di apolide.



TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		<b>63.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> ID Cittadino			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indicare il “Numero di identificazione personale” di cui al campo nr. 6 dalla tessera europea di assicurazione di malattia

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 11.

**CONTROLLI APPLICATI**

L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>ANAG</b>	<b>CON</b>		<b>64.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Codice istituzione competente			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indicare "Il numero di identificazione dell'istituzione competente", di cui al campo nr. 7 dalla tessera europea di assicurazione di malattia

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 28

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>ANAG</b>	<b>CON</b>		<b>65.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Numero identificazione tessera europea di assicurazione di malattia			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indicare “Il numero di identificazione della tessera” di cui al campo nr. 8 previsto dalla tessera europea di assicurazione di malattia.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L90 – Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

<b>TRACCIATO</b>			<b>N° Scheda Rif.</b>
	<b>Modalità</b>		
<b>ANAG – C</b>	<b>OBB</b>		<b>66.0</b>
<b>ANAG – C2</b>	<b>CON</b>		
<b>NOME CAMPO:</b> Tipo medico prescrittore - <b>Campo non attivo</b>			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il codice della tipologia del prescrittore

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04, 05, 99

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella tipologia prescrittore

**CONTROLLI APPLICATI****OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

I valori ammessi sono i seguenti:

01: medico di medicina generale, pediatra di base, guardia medica, guardia turistica

02: medico specialista dipendente pubblico

03: medico specialista convenzionato (ex SUMAI)

04: Altro: medico INPS, INAIL, Polizia...

05: medico prescrittore ISI

99: Accesso senza prescrittore

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – C	OBB		67.0
ANAG – C2	CON		
ANAG – D	OBB		
NOME CAMPO: Data prescrizione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la data di compilazione della prescrizione della ricetta da parte del medico prescrittore

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****Per il tracciato C:**

L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo e data erogazione della prestazione

L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita

L82 – Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione

**Per il tracciato C2:**

L53 – Congruenza tra provenienza assistito, campo medico prescrittore e data prescrizione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

La data di prescrizione per impegnative interne può coincidere con la data di prenotazione e con la data di inizio ciclo o data di erogazione della prestazione.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		68.0
<b>NOME CAMPO:</b> Data prenotazione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la data di registrazione della richiesta di prestazioni (elencate nella ricetta) da parte dell'ente erogatore

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ggmmaaaa

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo e data erogazione della prestazione

L82 – Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

La data di prenotazione indica (sia per ricette del SSN, sia per impegnative interne) la data di registrazione sul sistema informativo dell'azienda della richiesta di prenotazione, può coincidere con la data di prescrizione e con la data di inizio ciclo o data di erogazione della prestazione.

<b>TRACCIATO</b>			<b>N° Scheda Rif.</b>
	<b>Modalità</b>		
<b>ANAG-C</b>	<b>OBB</b>		<b>69.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Tipologia di prescrizione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la tipologia di indicazione della prescrizione della ricetta

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S, A

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L94 – Congruenza tra nr. Ricetta e tipologia prescrizione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

“S” : suggerita; indica se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero.

“A” : altro

Tale informazione deve essere dedotta dalla biffatura dell'apposita casella della nuova ricetta.

Per impegnative interne o accesso diretto del paziente indicare “A”

<b>TRACCIATO</b>			<b>N° Scheda Rif.</b>
	<b>Modalità</b>		
<b>ANAG - C</b>	<b>OBB</b>		<b>70.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Priorità della prescrizione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Priorità della prescrizione

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: U, B, D,P

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Indicare:

“U” – per “urgente”: da eseguire nel più breve tempo possibile (entro le 48 h)

“B” – per “breve”: da eseguire entro 15 giorni

“D” – per “differita”: da eseguire

- entro 30 giorni per le visite

- entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici

“P” – per “programmata”

Le modalità di utilizzo dei codici del presente campo sono coerenti con quanto previsto dalla D.G.R. n. 14-10073 del 28.07.2003 e successivi atti attuativi.



TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - C	OBB		71.0
ANAG - C2	OBB		
ANAG - D	OBB		
ANAG - F	OBB		
NOME CAMPO: Tipo ricetta			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Individua la tipologia di ricetta

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 11.

**CONTROLLI APPLICATI**

L89 - Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

LA4 - Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket

LA6 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e tipo ricetta

LC7 - Congruenza tra numero ricetta, libera professione e tipo ricetta

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Valori ammessi:

“EE” : assicurati extra-europei di paesi in convenzione in temporaneo soggiorno

“UE” : assicurati europei in temporaneo soggiorno

“NA” : assistiti italiani SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) con visita ambulatoriale

“ND” : assistiti italiani SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) con visita domiciliare

“NE” : assistiti stranieri SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) da istituzioni estere europee

“NX” : assistiti stranieri SASN da istituzioni estere extra-europee con convenzione

“ST” : stranieri in temporaneo soggiorno (STP/ENI) a carico Ministero dell’Interno o a carico SSN

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		73.0
NOME CAMPO: Modalità di dimissione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica le modalità con le quali viene dimesso il paziente.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 0, 1, 2, 6, 7, 8, 9, A, M

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L92 – Congruenza tra Modalità di dimissione e istituto di destinazione

LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Codici ammessi

0 : ricoverato nella stessa struttura

1 : deceduto

2 : dimissione a domicilio

6 : trasferito ad altra struttura di ricovero

7 : trasferito in altra struttura (RSA - RAF - Ospedale di comunità, ecc.)

8 : trasferito in altro Pronto Soccorso della stessa Azienda

9 : altro

A: solo accesso, senza erogazione di prestazioni

M: solo accesso, senza erogazione di prestazioni, seguito da parte del MMG presente in pronto soccorso.

Nota bene: le prestazioni di pronto soccorso seguite da ricovero nella stessa struttura, codificate con il valore "0" del presente campo, verranno esposte in un apposito report della sito extranet, in quanto i valori economici di tali prestazioni rientrano nell'ambito del DRG relativo al ricovero effettuato e non contribuiscono a determinare il valore della produzione afferente il flusso C2.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		74.0

**NOME CAMPO:** Codice colore

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il codice colore codificato all'atto della dimissione

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1,2,3,4

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L39 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, macropatologia e importo ticket.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Codici ammessi

1 : Bianco – Non critico, paziente non urgente

2 : Verde – poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili

3 : Giallo – mediamente critico, priorità immediata

4 : Rosso – molto critico, priorità massima pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure.

Solo in caso di solo accesso al pronto soccorso (modalità di dimissione A o M), senza l'erogazione della prestazione, il campo dovrà riportare il codice colore codificato al triage.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		75.0
<b>NOME CAMPO:</b> Macropatologia			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la macropatologia individuata

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9, A

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L39 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, macropatologia e importo ticket.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

0: Etilista  
 1: Trauma  
 2: Cardiocircolatoria  
 3: Respiratoria  
 4: Neurologica  
 5: Psichiatrica  
 6: Neoplastica  
 7: Intossicazione  
 8: Altra patologia  
 9: Non identificata  
 A: avvelenamento acuto

<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>ANAG-C2</b>	<b>CON</b>		
<b>NOME CAMPO:</b> Istituto di provenienza			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indicare il codice HSP11 – BIS o STS11 dell'istituto di provenienza

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella HSP11-BIS / STS11

**CONTROLLI APPLICATI**

L93 - Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

--

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-C2	CON		77.0
NOME CAMPO: Istituto di destinazione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indicare il codice HSP11 – BIS o STS11 dell'istituto di destinazione

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella HSP11-BIS / STS11

**CONTROLLI APPLICATI**

L92 - Congruenza tra modalità di dimissione e istituto di destinazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>ANAG</b>	<b>CON</b>		<b>78.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Data scadenza Tessera Europea Assicurazione Malattia			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indicare la data di “Scadenza” di cui al campo nr. 9 della tessera europea di assicurazione malattia

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		79.0
NOME CAMPO: Qualifica Beneficiario			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il codice della qualifica del beneficiario

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: A, B, C, D, E

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

Legenda valori

A : Lavoratore subordinato

B : Lavoratore autonomo

C : Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori subordinati

D : Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori autonomi

E : Altro



<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>ANAG</b>	<b>CON</b>		
<b>NOME CAMPO:</b> Codice Riferimento Normativo			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il riferimento normativo per la gestione della mobilità internazionale

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "221A".

<b>TRACCIATO</b>			
	<b>Modalità</b>		<b>N° Scheda Rif.</b>
<b>ANAG</b>	<b>CON</b>		<b>81.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Codice attestato			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indicare il codice dell'attestato per la gestione della mobilità internazionale

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "TEAM"

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		82.0
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Matricola Unità Produttiva			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indicare la matricola dell'unità produttiva che eroga la prestazione

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L96 – Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità di produzione

L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione – eccetto file F

LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione

LA5 – Congruenza tra matricola unità produttiva, tipo record e attività

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

La matricola dell'unità produttiva (o della disciplina in caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica) è individuabile nell'ambito della nuova anagrafe delle strutture, nella videata di massimo dettaglio delle unità produttive o dell'elenco delle specialità in caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica.

L'elenco delle Matricole potrà essere ricavato dall'applicativo dell'Anagrafe delle Strutture tramite l'apposito report di estrazione.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – C	CON		<b>83.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Codice percorso paziente			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indicare l'inserimento del paziente in un percorso oncologico CAS/GIC

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: "064"

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI****OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Attualmente valorizzabile per soggetti inseriti in un percorso oncologico CAS/GIC

Indicare come costante il valore: "064"

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		<b>86.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Off Label			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica se un farmaco è un farmaco Off Label, ovvero utilizzato al di fuori delle indicazioni autorizzate

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S, spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

LC4 - Congruenza tra tipo prestazione e Off Label

LC5 - Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi.

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		<b>87.0</b>
<b>NOME CAMPO:</b> Codice EAN			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il codice a barre del prodotto distribuito nell'ambito dell'assistenza integrativa, mutuamente esclusivo rispetto al codice farmaco.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice EAN, spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

--

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		89.0
NOME CAMPO: Quantità erogata			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il numero effettivo di prestazioni erogate per ogni riga della ricetta.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: Da 0 a 999999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L11 – Congruenza tra importo totale e quantità ( solo per emocomponenti )

LC9 – Congruenza tra quantità erogata e quantità confezione (escluse tipologie assistenza integrativa)

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Le prime quattro cifre indicano le cifre intere, mentre le ultime due cifre indicano le cifre decimali senza riportare la virgola decimale

Esempio: il numero 123,45 viene riportato come 012345

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		90.0
<b>NOME CAMPO:</b> Quantità confezione			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica il numero effettivo di prestazioni in riferimento alla confezione del farmaco.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: Da 0 a 999999

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

LC9 – Congruenza tra quantità erogata e quantità confezione (escluse tipologie assistenza integrativa)

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Le prime quattro cifre indicano le cifre intere, mentre le ultime due cifre indicano le cifre decimali senza riportare la virgola decimale

Esempio: il numero 123,45 viene riportato come 012345



## Tracciato C Pubblici

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
C - ANAG	CON		<b>91.0</b>

**NOME CAMPO:** Flag ricetta non completa

**DESCRIZIONE CAMPO**

La struttura inviante non ha erogato tutte le prestazioni prescritte nella ricetta SSN

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI spazio, 'N'

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

LB9 – Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i..

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il campo è da valorizzare 'N' per ricette SSN, nel caso in cui il ticket riscosso per l'intero ciclo di prestazioni a fronte di erogazione inferiore a quella prescritta.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
C	CON		92.0
NOME CAMPO: Flag positività esame batteriologico			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica se riscontrato positivo all'esame batteriologico, nel caso di prestazioni relative antibiogramma

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: spazio, S, N

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

LD7 – Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

Il campo deve essere compilato solamente per gli esami di laboratorio la cui tariffa ricomprende l'eventuale erogazione di identificazione batteriologica/antibiogramma; per indicare la positività all'esame batteriologico.

Codici prestazioni cui la tariffa comprende l'antibiogramma : 90.83.3, 90.84.3, 90.87.6, 90.88.5, 90.90.5, 90.91.4, 90.92.6, 90.93.3, 90.93.4, 90.93.5, 90.93.6, 90.93.7, 90.93.8, 90.93.9, 90.94.1, 90.94.2, 90.94.3, 90.94.6, 90.94.7, 90.95.4, 90.96.6

Codici prestazioni che identificano l'antibiogramma: 90.84.1, 90.84.4, 90.84.5, 90.85.1, 90.85.2, 90.88.3, 90.84.2, 90.86.1, 90.86.2, 90.88.4, 90.90.4, 90.91.5, 90.92.1, 91.04.2, 91.04.3, 91.07.4, 91.07.5, 91.08.3

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - C	OBB		93.0
ANAG - C2	OBB		
ANAG - D	OBB		
ANAG - F	OBB		
NOME CAMPO: Onere Spesa			

**DESCRIZIONE CAMPO**

Informazione relativa all'onere della spesa.

**CORRETTEZZA FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: S, M, A, I e spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CONTROLLI APPLICATI**

L89 – Congruenza informazioni assistito ,Tipo Ricetta e Onere Spesa

**OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI**

I valori ammessi sono i seguenti:

A: Spesa a carico del SASN

I: Spesa a carico del Ministero dell'Interno

M: Spesa a carico del Ministero della Salute

S: Spesa a carico del SSN

Spazio: nel caso di Libera Professione

## 7 SCHEDE DEI CONTROLLI

Il seguente paragrafo riporta i controlli logici, formali e bloccanti per i tracciati.

Il primo carattere del codice individua la classe di appartenenza del codice:

L logico  
F formale  
N bloccante

Gli errori di tipo N non permettono l'elaborazione del record.

### 7.1 Controlli Logici (tipo L)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
<b>L01</b>	La data di inizio ciclo deve essere minore o uguale alla data di effettuazione della prestazione	SI	24.0	Data inizio ciclo
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
<b>L02</b>	Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore  Il codice dell'ente erogatore deve esistere alla data di effettuazione della prestazione. Quindi la data di effettuazione della prestazione deve essere compresa tra la data di apertura e chiusura dell'ente erogatore.	SI	03.0	Ente erogatore
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
<b>L03</b>	Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante  Il codice deve essere attivo presso l'Azienda sanitaria inviante.	SI	03.1	Ente erogatore inviante
			02.0	Codice Azienda Inviante
<b>L04</b>	La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione. Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se il tipo prestazione è uguale a 05 , 09 e 25 e il codice regione di residenza è uguale a 010		10.0	Data nascita
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
<b>L05</b>	Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione Il codice prestazione indicato deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.	SI	17.0	Codice prestazione
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
<b>L06</b>	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e ASL di residenza Se il Comune di residenza è un Comune italiano allora l'azienda sanitaria di residenza deve appartenere a tale Comune. Se il Comune di residenza contiene "999999" oppure "999EEE" oppure "STPEEE" allora l'Asl di residenza deve contenere "999"	SI	11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	Asl residenza
<b>L07</b>	Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice identificativo esenzione.  Se la Posizione utente nei confronti del ticket è uguale a 1,3 o 5 allora il codice identificativo di esenzione deve esistere nella tabella dei codici esenzione pubblicata sul sito extranet	SI	19.0	Posizione utente nei confronti ticket
			43.0	Codice identificativo esenzione
<b>L08</b>	La data della prestazione non deve essere maggiore della data di trasmissione. Per il flusso C4 con invio cumulativo il mese di erogazione della prestazione può essere uguale al mese di trasmissione	SI	15.0	Data di effettuazione della prestazione
				Data trasmissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
<b>L10</b>	Congruenza tra codice prestazione e codice branca	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
<b>L11</b>	<p>Congruenza tra importo totale, quantità (per le sole righe dettaglio)</p> <p>Flusso C2 Sulla riga di dettaglio l'Importo totale nella riga deve coincidere con il prodotto tra la quantità e il costo unitario della prestazione come riportato sul nomenclatore tariffario in vigore alla data della prestazione.</p> <p>Flusso C5 Se il campo tipo prestazione è valorizzato a "S" allora l'importo totale della prestazione deve coincidere con il valore riportato nel nomenclatore CSE-I.B.M.D.R, ad eccezione delle prestazioni di trasporto S.5.3, S.7.5, S.8.2, S.9.2 e S.10.2, per le quali la valorizzazione dell'importo è varia.</p> <p>Flusso F Se tipo prestazione = 08 allora l'importo totale della riga deve coincidere con il prodotto tra le quantità erogata e costo unitario del emocomponente</p>	SI	23.0	Tipo record
			21.0	Importo totale
			18.0	Quantità
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione
<b>L12</b>	<p>Congruenza tra l'importo totale anagrafico, importi totali righe di dettaglio e ticket.</p> <p>L'importo totale presente sulla riga del record anagrafico deve essere uguale alla sommatoria degli importi totali delle singole righe di dettaglio meno l'importo ticket presente sulla riga del record anagrafico.</p> <p>Per il flusso C il controllo è valido solo per la libera professione</p>	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
			41.0	Libera professione
<b>L13</b>	<p>Congruenza anonimato</p> <p>Nel caso di cittadini residenti in Italia, cittadini italiani all'estero e assistiti italiani SASN. Se il codice fiscale uguale a sedici '9' allora Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO in presenza di ricetta autoimpegnativa Nel caso di cittadini STP e ENI Se il codice fiscale uguale STP999999999999 o ENI999999999999 allora Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO in presenza di ricetta autoimpegnativa.</p> <p>Tracciato C2 e F Se Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO Il codice fiscale è = sedici '9' oppure 'STP' / 'ENI' seguito da tutti '9'. Per il solo file F il controllo non applicato nel caso per tipo prestazione 05 , 09 e 25 e codice regione 010</p>	SI	05.0	Cognome utente
			06.0	Nome utente
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante
<b>L15</b>	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione	SI	13.0	Numero Ricetta
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	<p>Per residenti in Italia: Il codice della Provincia e del Comune di residenza deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p> <p>Per residenti all'estero: Il codice dello Stato estero deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.</p>		15.0	Data di effettuazione della prestazione
<b>L16</b>	<p>Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento</p> <p>Il codice prestazione deve essere presente nel nomenclatore tariffario di riferimento. Le prestazioni delle branche 29, 79 e 81 dell'allegato "2" possono essere erogate solo a pazienti residenti</p> <p>Le prestazioni delle branche 58, 69 e 98 dell'allegato "2" non possono essere erogate nell'ambito del flusso "C".</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			23.0	Tipo Record
<b>L17</b>	<p>La ricetta non deve essere già esistente nel tipo record.</p> <p>Segnalato in caso di ricetta corretta inviata con un identificativo esterno differente da quello originale.</p>	SI	03.0	Ente erogatore
			13.0	Numero ricetta
			23.0	Tipo record
<b>L18</b>	<p>Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione (ad eccezione della libera professione)</p> <p>Per la branca 56 il campo quantità della riga del record anagrafico deve essere minore o uguale a 36. Tale quantità può arrivare a 48 se è presente la prestazione 93.16. La prestazione 93.16 può comparire se nella ricetta è presente il codice prestazione 93.11.6.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice Branca
<b>L19</b>	<p>Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione (ad eccezione della libera professione)</p> <p>Per la branca 98 il campo quantità della riga del record anagrafico può essere superiore ad 8:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in presenza dei codici prelievo 91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4, in questo caso il numero massimo di prestazioni può essere 16.</li> <li>- in presenza del codice 90.81.5 il numero massimo di prestazioni può essere 40</li> </ul> <p>(per ulteriori dettagli si veda il paragrafo 4.4)</p>	SI	25.0	Codice Branca
			17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
<b>L20</b>	<p>Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome</p> <p>Se i primi tre caratteri del codice fiscale sono STP e ENI, i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a STP e ENI..</p> <p>Per Tipo Ricetta valorizzato con EE, UE, Ne, NX e soggetti apolidi</p> <p>Se codice fiscale è pari a sedici nove i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a 999 oppure il Nome = 'ANONIMO' e Cognome = 'ANONIMO'.</p> <p>Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se tipo prestazione è uguale a 05, 09 e 25 e il codice regione è uguale a 010</p>	SI	05.0	Nome
			06.0	Cognome
			08.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			71.0	Tipo Ricetta
			58.0	Tipo prestazione
<b>L21</b>	<p>Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione</p> <p>Per la branca 56, la prestazione 93.16 può comparire se nella ricetta è presente il codice prestazione 93.11.6.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branca

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
<b>L25</b>	Congruenza tra data di inizio assistenza, data di fine assistenza e data di trasmissione  La data di Cessazione Assistenza non deve essere maggiore della data di trasmissione (data di elaborazione) e deve essere uguale o superiore alla Data di Inizio Assistenza	SI	35.0	Data inizio Assistenza
			36.0	Data Fine Assistenza
<b>L26</b>	Congruenza tra quantità e mensilità erogate  La quantità deve essere uguale al numero di mensilità di assistenza erogate come indicato al paragrafo 4.7 FLUSSO B – PRECISAZIONI	SI	18.0	Quantità
			35.0	Data Inizio Assistenza
			36.0	Data Fine Assistenza
<b>L27</b>	ASL di residenza deve essere diversa dal codice Azienda Inviante	SI	02.0	Codice Azienda Inviante
			12.0	ASL di residenza
<b>L29</b>	Periodo di assistenza non sovrapponibile  Viene controllato che per il periodo compreso tra le date di inizio e cessazione assistenza, deve esistere un solo record con la stessa Asl di residenza e lo stesso Codice Fiscale.	SI	08.0	Codice fiscale
			12.0	ASL di residenza
			35.0	Data Inizio Assistenza
			36.0	Data Fine Assistenza
<b>L30</b>	Se il codice fiscale contiene tutti zero (Neonati) la differenza fra data erogazione e data nascita non deve superare i 30 giorni	SI	08.0	Codice fiscale
			15.0	Data erogazione prestazione
			10.0	Data di nascita
<b>L31</b>	Congruenza tra Codice Azienda Inviante e Azienda richiedente  Il codice dell'azienda sanitaria inviante deve essere diverso dal codice dell'azienda sanitaria richiedente	SI	03.1	Ente erogatore inviante
			45.0	Azienda richiedente
<b>L33</b>	Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente  L'istituto richiedente deve appartenere all'Azienda richiedente	SI	45.0	Codice istituto richiedente
			37.0	Codice azienda richiedente
<b>L36</b>	Congruenza tra posizione utente ticket e importo ticket  Se il campo posizione utente nei confronti del ticket assume valori "2" o "4" allora l'importo deve essere maggiore di zero; se il campo posizione utente nei confronti del ticket assume valori "0", "1", "3", "5" allora l'importo deve essere pari a zero.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
<b>L39</b>	Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, macropatologia e importo ticket.  In caso di campo codice colore valorizzato a 1: se macropatologia diversa da 1 e A e posizione utente 2 l'importo ticket dovrà essere uguale a 25 euro; se macropatologia diversa da 1 e A e posizione utente 0, 1,3,5,18 l'importo ticket dovrà essere uguale a 0 euro; se macropatologia uguale a 1 o A allora la posizione utente dovrà essere uguale a 17 e l'importo ticket a 0 euro.  In caso di campo codice colore valorizzato a 2,3 o 4 la posizione utente dovrà essere valorizzata a 19, l'importo ticket dovrà essere uguale a 0.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			23.0	Tipo Record
			74.0	Codice colore
			75.0	Macropatologia
<b>L41</b>	Congruenza tra campo tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket  Nel caso di libera professione valorizzata a 'L', la posizione utente nei confronti del ticket deve essere 2.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			41.0	Libera professione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
<b>L42</b>	<p>Congruenza codice prestazione, codice branca e tipo codice prestazione.</p> <p>Se il campo codice tipo prestazione è nullo allora il codice prestazione e il codice branca devono essere presenti nelle rispettive tabelle di decodifica.</p> <p>Se il campo codice tipo prestazione è valorizzato con “E” il codice prestazione è una qualsiasi stringa di 7 caratteri e il codice branca può essere nullo.</p> <p>Se il campo tipo prestazione è valorizzato con “S” allora il codice prestazione deve essere compreso nel nomenclatore CSE-I.B.M.D.R e il codice branca deve essere valorizzato a spazio.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
			49.0	Codice tipo prestazione
<b>L43</b>	Disattivato			
<b>L44</b>	<p>Congruenza tra modalità invio, N. scheda nosologica, data prestazione e codice branca.</p> <p>Se modalità invio “C” allora</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- campo scheda nosologica deve essere nullo</li> <li>- campo data prestazione deve essere l’ultimo giorno del mese</li> <li>- campo codice branca può essere nullo</li> </ul> <p>Se modalità invio “A” allora</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- campo scheda nosologica deve essere compilato</li> <li>- campo data prestazione deve essere compilato con la data di erogazione della prestazione</li> <li>- campo codice branca deve essere valorizzato e congruente con il codice prestazione</li> </ul>	SI	15.0	Data effettuazione prestazione
			25.0	Codice branca
			33.0	Nr. Scheda nosologica
			50.0	Modalità invio
<b>L45</b>	Controllo non attivo			
<b>L46</b>	<p>Congruenza tra data nascita e data inizio assistenza</p> <p>La data di nascita deve essere minore o uguale alla data inizio assistenza</p>	SI	10.0	Data di nascita
			35.0	Data inizio assistenza
<b>L47</b>	<p>Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio (ad eccezione della libera professione)</p> <p>La somma del campo quantità righe dettaglio deve essere uguale al campo quantità del record anagrafico</p> <p><b>Per il flusso C:</b> la quantità delle prestazioni deve essere inferiore o uguale 8 per tutte le branche con le seguenti eccezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8/ 16 branche 98 (controllo L19)</li> <li>- 36/48 per la branca 56 (controlli L18-L21)</li> <li>- 72 per la branca 70 (controllo L51)</li> <li>- 90 per la branca 79 (controllo L50)</li> </ul> <p><b>Per il flusso C2,:</b> la quantità delle prestazioni deve essere inferiore a 100.</p> <p>Non più applicato sul flusso F</p>	SI	18.0	Quantità (riga dettaglio)
			47.0	Quantità record anagrafico
<b>L48</b>	Congruenza tra ID Esterno, Numero Ricetta e Tipo Movimento per la sostituzione del numero ricetta.	SI	13.0	Numero ricetta



N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	Per sostituire un numero di ricetta occorre inviare il record con lo stesso ID Esterno e numero ricetta assegnando al Tipo movimento il valore 'C', successivamente inviare il record con il numero ricetta corretto e il tipo movimento 'S' oppure spazio.		38.0	Identificativo esterno
			40.0	Tipo movimento
<b>L49</b>	Congruenza codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito e codice struttura che redige il progetto.  Se il campo codice disabilità è valorizzato, allora i campi 52.x, 29.0 devono essere valorizzati. Se il codice disabilità è valorizzato con il codice "6" i campi 52.x possono essere non compilati. Se il campo codice disabilità è valorizzato allora il campo 60.0 – provenienza assistito deve assumere valore "M" o "C"	SI	52.0	Codice struttura progetto
			53.0	Codice disabilità
			29.0	Codice diagnosi
			60.0	Provenienza assistito
<b>L50</b>	Congruenza tra campi quantità e branca 79 e codice prestazione (ad eccezione della libera professione)  Per ricette con branca 79 dell'allegato 2 del nomenclatore tariffario e codice prestazione 96.61.1 o prestazione 99.15.1 la quantità massima è pari a 90.	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice branca
<b>L51</b>	Congruenza tra campi quantità e branca 70 e codice prestazione (ad eccezione della libera professione)  Per la branca 70 il campo quantità della riga del record anagrafico deve essere minore o uguale a 72. Per tale branca si accettano fino a 6 diversi codici di prestazione.	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			25.0	Codice branca
<b>L52</b>	Congruenza tra importo ticket e libera professione  Se libera professione non valorizzato con 'L', l'importo ticket deve essere inferiore o uguale a 36,15 Euro.	SI	20.0	Importo Ticket
			41.0	Libera professione
<b>L53</b>	Congruenza tra provenienza assistito, campo medico prescrittore e data prescrizione. Se provenienza assistito è valorizzato con il codice 2 deve essere compilato il campo medico prescrittore con un codice medico e il campo data prescrizione.	SI	04.0	Codice medico
			60.0	Provenienza assistito
			67.0	Data prescrizione
<b>L54</b>	Controllo non attivo	SI		
<b>L55</b>	Controllo non attivo	SI		
<b>L56</b>	Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente  Se posizione utente ticket è valorizzato con il codice 18 la differenza tra la data di erogazione della prestazione e la data di nascita del paziente deve essere inferiore o uguale a 14 anni.	SI	10.0	Data nascita
			19.0	Codice posizione utente nei confronti del ticket
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
<b>L57</b>	Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56 codice disciplina e progressivo divisione  Se l'istituto è pubblico e territoriale deve essere compilato il codice disciplina, se l'istituto è pubblico e ospedaliero devono essere compilati il campo codice disciplina e il progressivo di divisione	SI	52.1	Codice istituto
			52.2	Codice disciplina
			52.3	Progressivo divisione
<b>L58</b>	Congruenza tra unità misura codice farmaco	SI	28.0	Codice farmaco

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
			56.0	Unità di misura
	In presenza di codice minsan/sostanza il campo unità di misura deve essere compilato con uno dei valori della tabella 3 paragrafo 10 (pubblicata su sito extranet)  In presenza di codice OSSIGENO/OSSIGENOLQ l'unità di misura può essere solamente litri (codice 15) o metro cubo (codice 24)			
<b>L59</b>	<b>Non attivo.</b>	SI		
<b>L60</b>	<b>Non attivo.</b>	SI		
<b>L61</b>	Congruenza tra tipo ricetta, importo ticket e importo totale (sezione anagrafica)  Se il campo libera professione è valorizzato con "L" allora l'importo ticket deve essere maggiore di 0 e l'importo totale della sezione anagrafica deve essere uguale a 0	SI	20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale (sezione anagrafica)
			41.0	Libera Professione
<b>L62</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L63</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L64</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L65</b>	Congruenza tra azienda richiedente e codice prestazione  Se il campo codice azienda richiedente è valorizzato con la costante "LEA", il campo codice prestazione deve essere uno dei codici (93.31.3, 93.34.1, 93.39.1, 93.39.3, 93.43.1, 99.27, 99.88 ), il campo codice regione deve valere "010", il codice istituto richiedente deve valere "99999999" e il codice tipo prestazione deve essere "E"	SI	17.0	Codice prestazione
			37.0	Codice azienda richiedente
			42.0	Codice regione richiedente
			45.0	Codice istituto richiedente
			49.0	Codice tipo prestazione
<b>L66</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L67</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L68</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L69</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L70</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L71</b>	<b>Non attivo.</b>			
<b>L72</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L73</b>	Congruenza tra tipo record, codice prestazione e quantità.  Per le prestazioni 93.82.1, 93.82.2, 93.89.2, 93.89.3, 93.94, 93.99 erogate nell'ambito del flusso "C" il campo quantità può assumere fino al valore 10 se la ricetta ha come unico codice prestazione uno di quelli elencati	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			23.0	Tipo record
<b>L74</b>	Congruenza codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket e importo totale prestazione.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	Per il codice farmaco IPO valgono le posizioni utente 2,4 e 13		20.0	Importo ticket
	Per codice farmaco IPO se posizione utente ticket vale 13 allora l'importo ticket deve essere zero e l'importo totale di dettaglio deve coincidere con l'importo totale dell'anagrafica.		21.0	Importo totale (dettaglio e anagrafica)
	Per codice farmaco IPO se posizione utente vale 2,4 allora l'importo totale indicato nelle righe di dettaglio deve essere suddiviso al 50% nell'importo ticket e al 50% nell'importo totale della sezione anagrafica		23.0	Tipo record
	Per codici farmaco diversi da IPO, se l'importo ticket vale 0 e il campo posizione utente nei confronti del ticket deve essere 14.		28.0	Codice farmaco
L75	Congruenza tra codice emocomponenti e flussi C e C2	SI	17.0	Codice prestazione
	I codici elencati nella tabella 5 – paragrafo 10, non possono essere inviate con i flussi “C” e “C2”		23.0	Tipo Record
L76	Congruenza tra codice prestazione e struttura erogante	SI	17.0	Codice prestazione
	La prestazione 14.29.1 è erogata solo da strutture abilitate mediante D.G.R.		03.0	Ente erogante
L77	Congruenza tra codici prestazioni 89.7.1 e 89.7	SI	17.0	Codice prestazione
	La prestazione 89.7.1 può essere inviata in presenza della prestazione 89.7		25.0	Codice Branca
L78	<u>Controllo applicato solo ai privati</u>			
L79	<b>Non attivo</b>			
L80	Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo e data erogazione prestazione	SI	15.0	Data di effettuazione della prestazione
	La data di prenotazione e di prescrizione devono essere minori o uguali alla data di inizio ciclo (se presente) e minori o uguali alla data di erogazione della prestazione		24.0	Data inizio ciclo
			67.0	Data di prescrizione
			68.0	Data di prenotazione
L81	Congruenza tra data prescrizione e data di nascita	SI	10.0	Data di nascita
	La data di prescrizione non deve essere inferiore alla data di nascita		67.0	Data di prescrizione
L82	Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione	SI	67.0	Data di prescrizione
	La differenza tra data di prenotazione e data di prescrizione non può essere superiore a 31 giorni. <b>Controllo non attivo</b>		68.0	Data di prenotazione
L83	Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni	SI	24.0	Data inizio ciclo
	Se il campo quantità vale 1 la data di inizio ciclo deve essere nulla.		18.0	Quantità prestazioni
L84	Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza	SI	08.0	Codice fiscale
	Se il codice cittadinanza vale 100 (cittadino italiano) il codice fiscale non può essere un codice STP e viceversa		61.0	Cittadinanza
L85	Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza	SI	11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
	Il comune di residenza deve esistere nella regione indicata		62.0	Regione di residenza
L86	Congruenza tra Luogo erogazione e Tipo record	SI	59.0	Luogo di Erogazione
	- per il flusso C sono ammessi i valori A,D,I - per il flusso C2 sono ammessi i valori C,L,P,Q,S,Y,Z - per il flusso F sono ammessi i valori H,T		23.0	Tipo record

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
<b>L87</b>	Congruenza tra data prestazione e data nascita  La differenza in anni tra la data di prestazione e la data di nascita non può essere superiore a 110 anni. (Viene utilizzata la massima data prestazione della sezione prestazioni)	SI	10.0	Data di nascita
			15.0	Data prestazione
<b>L88</b>	Congruenza tra codice provenienza assistito, luogo di erogazione, e nr. scheda 118  Se provenienza assistito è valorizzato con codice “8” allora devono essere compilati i campi nr. scheda 118 (e viceversa)	SI	60.0	Provenienza assistito
			48.0	Nr. Scheda Intervento
<b>L89</b>	Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta e onere spesa  Devono essere rispettate le regole di congruenza tra campi definiti dalla tabella riportata a paragrafo 11	SI		Vedi paragrafo 11
<b>L90</b>	Congruenza informazioni tessera sanitaria europea  Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell’Unione Europea o di uno stato SEE o Svizzera i campi relativi alla tessera TEAM devono essere tutti valorizzati . Ad eccezione dei cittadini italiani residenti all’estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996) dove onere spesa valorizzato ad ‘S’.	SI	63.0	ID-Cittadino
			64.0	Nr. Identificativo tessera
			65.0	Codice istituzione competente
			78.0	Data scadenza
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			93.0	Onere Spesa
<b>L91</b>	Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore  Se la ricetta appartiene al SSN il campo medico prescrittore può essere inviato a spazi		04.0	Codice medico prescrittore
			13.0	Numero ricetta
<b>L92</b>	Congruenza tra modalità di dimissione e istituto di destinazione  Se modalità di dimissione è valorizzato con codice 6 o 7 allora il campo istituto di destinazione deve essere compilato, e viceversa	SI	73.0	Modalità dimissione
			77.0	Istituto di destinazione
<b>L93</b>	Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito.  Deve essere rispettata la tabella al paragrafo 11 relativa al controllo in oggetto	SI	23.0	Tipo record
			60.0	Provenienza assistito
			76.0	Istituto di provenienza
<b>L94</b>	Congruenza tra nr. Ricetta e tipologia prescrizione Se la ricetta appartiene al SSN il campo tipo prescrizione deve assumere i valori “S” o “A”; In caso di impegnative interne o accesso diretto deve assumere il valore “A”	SI	13.0	Nr. Ricetta
			69.0	Tipo prescrizione
<b>L95</b>	Congruenza informazioni mobilità internazionale.  Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell’Unione Europea o di uno stato SEE o Svizzera, i campi “Qualifica Beneficiario”, “Codice Riferimento Normativo”, “Codice Attestato” devono essere tutti valorizzati Ad eccezione dei cittadini italiani residenti all’estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996) dove onere spesa valorizzato ad ‘S’	SI	79.0	Qualifica beneficiario
			80.0	Codice riferimento normativo
			81.0	Codice attestato
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			93.0	Onere Spesa

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
<b>L96</b>	Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità produttiva  Se la branca di erogazione è 64 e il codice prestazione è 89.07 allora la disciplina dell'unità produttiva deve essere il codice 64 – Oncologia	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
			82.0	Matricola unità produttiva
<b>L97</b>	Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione – eccetto file F  L' unità produttiva (identificata mediante la matricola) deve appartenere alla struttura sanitaria inviante e alla sede dell'ente di erogazione, inoltre deve essere attiva alla data di erogazione della prestazione secondo lo schema definito al paragrafo 11.	SI	03.2	Ente erogatore
			15.0	Data erogazione prestazione
			82.0	Matricola unità produttiva
<b>L98</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>L99</b>	Congruenza tra numero di ricetta e tipo record  Vedi paragrafo 11 – controllo L99	SI	13.0	Numero ricetta
			23.0	Tipo record
<b>LA0</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>LA1</b>	<b>Non attivo</b>			
<b>LA2</b>	<b>Non attivo</b>			
<b>LA3</b>	Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione  Se l'istituto di erogazione e matricola dell'unità produttiva individuano una struttura dell'area 09 e codice specialità 01 deve essere compilato il campo disciplina di erogazione.	SI	03.2	Istituto erogatore
			39.0	Disciplina di erogazione
			82.0	Matricola unità produttiva
<b>LA4</b>	Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket – stranieri  Se tipo ricetta è valorizzato con ST la posizione utente nei confronti del ticket può assumere valori 0,1,2,5 (C e C2), 17, 18, 19, 20 (C2) Se tipo ricetta è valorizzato con EE,UE ,NE,NX oppure cittadino italiano residente all'estero o cittadino apolide la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori 1,2,3,5 (C e C2), 17,18,19,20 (C2)	SI	71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			61.0	Cittadinanza
			62.0	Codice regione o stato residenza
<b>LA5</b>	Congruenza tra matricola unità produttiva, tipo record e codice attività  Per il file "F" la matricola dell'unità produttiva deve essere abbinata al codice attività "20320-Distribuzione diretta assistenza farmaceutica"	SI	23.0	Tipo record
			82.0	Matricola unità produttiva
<b>LA6</b>	Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket – residenti.  Se il campo tipo ricetta è valorizzato con NA o ND la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori 1,2,3,5, 17,18,19,20  Nel caso di cittadini residenti o domiciliati in Italia allora la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori 1,2,3,4,5, 17,18,19,20	SI	71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			62.0	Codice regione o stato residenza
<b>LA7</b>	Congruenza tra campi solo accesso in pronto soccorso.	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	In caso di posizione utente nei confronti del ticket valorizzato a "20" i campi quantità, importo ticket e importo totale andranno valorizzati a 0, il codice prestazione valorizzato a "0000000" e la modalità di dimissione uguale a A oppure M.		19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
			73.0	Modalità di dimissione
<b>LA8</b>	<b>Non attivo</b>	SI		
<b>LA9</b>	Congruenza tra tipo prestazione 10 e codice prestazione  Se il tipo prestazione vale 10 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con un codice prestazione del nomenclatore vigente., ad esclusione della prestazione 14.75	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
<b>LB0</b>	Congruenza tra tipo prestazione 06 e codice prestazione  Se il tipo prestazione vale 06 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con un codice prestazione della "Tabella codici prestazioni per farmaci"	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
<b>LB1</b>	Congruenza tra il codice farmaco e il tipo prestazione 08  Se il tipo di prestazione vale 08 allora il codice farmaco deve essere compilato con un codice prestazione della "Tabella codici per Emocomponenti"	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
<b>LB2</b>	Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore dove previsto  I farmaci della tipologia 07 devono essere codici minsan associati ai codici ATC il cui terzo livello sia "B02" oppure se il tipo di prestazione vale 07 e il codice Minsan è quello relativo al farmaco Zevalin/Ytracis allora l'ente erogatore deve essere l'istituto 010901, 010904, 010905, 010907, 010908	SI	03.2	Ente erogatore
			28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
<b>LB3</b>	Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome per tipo prestazione 05 , 09 o 25 e codice regione 010.  Se tipo prestazione uguale a 05, 09 o 25 e codice regione uguale a 010 allora il dato può essere inviato: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in forma aggregata e anonima (il cognome deve essere uguale a ANONIMO, il nome deve essere uguale a ANONIMO, il codice fiscale deve essere compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato a tutti "9" e il campo Asl di residenza deve essere quello effettivo) ;</li> <li>- oppure in forma individuale rispettando le regole di compilazione anagrafica;</li> </ul> Se invece il codice regione è diverso da 010 le regole di compilazione anagrafica devono essere sempre rispettate	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso
			10.0	Data di nascita
			11.0	Comune di residenza
			12.0	Asl di residenza
			58.0	Tipo prestazione
			62.0	Regione di residenza
<b>LB4</b>	Congruenza tra il codice farmaco e il tipo prestazione  Se il tipo di prestazione vale 20,21,22,23,24 allora deve essere compilato il codice EAN o in alternativa il codice farmaco deve essere uno dei seguenti valori NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, e viceversa. (valido fino alla competenza del 30.10.2008). Se tipo prestazione vale 25 allora il codice farmaco deve essere PROT_HIV( e vice versa)	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
			87.0	Codice EAN
			28.0	Codice farmaco
<b>LB5</b>	Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket	SI	20.0	Importo ticket
			23.0	Tipo record

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
			28.0	Codice farmaco
	Per il tipo record F, l'importo ticket deve essere zero, con la seguente eccezione: se codice vaccino iposensibilizzante l'importo può essere uguale o maggiore di zero.			
LB6	Congruenza tra codice identificativo esenzione e tipo prestazione  Se farmaco per malattia rara allora il campo codice esenzione deve essere compilato con un codice malattia rara e il campo tipo prestazione non può essere 20,21,22,23,24 o 30	SI	43.0	Codice identificativo esenzione
			58.0	Tipo prestazione
LB7	Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (codice vaccino iposensibilizzante, GAL, OSSIGENO, OSSIGENOLQ)  I farmaci codice vaccino iposensibilizzante. GAL, OSSIGENO, OSSIGENOQL non possono essere erogati solo nelle categorie 20,21,22,23,24, 25	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LB8	Congruenza tra ricetta e Stampa PC  Se la ricetta è del tipo SSN allora il campo Stampa PC deve assumere uno dei seguenti valori: 0,1 o 2; se la ricetta è una autoimpegnativa allora il campo deve essere compilato a spazio.	SI	13.0	Numero ricetta
			84.0	Stampa PC
LB9	Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale ( D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004, D.G.R. 49-12479 del 2.11.2009 e s.m.i.)  Per le prestazioni erogate prima del 1 dicembre 2009: Se l'importo ticket è inferiore a Euro 36,15 allora l'importo ticket riscosso deve essere congruente con il valore riportato nell'Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale D.G.R. 73-13176. Per le prestazioni erogate dopo il 1 dicembre 2009: Se l'importo ticket è inferiore a Euro 36,15 allora l'importo ticket riscosso deve essere congruente alternativamente con il valore riportato nell'Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale D.G.R. 73-13176 o D.G.R. 49-12479 rispetto alla data di prenotazione della prestazione.  In tutti e i due casi, qualora il flag ricetta non completa sia valorizzato ad 'N' il ticket puo' essere superiore al ticket secondo le regole cui sopra	SI	20.0	Importo ticket
			91.0	Flag ricetta non completa
			15.0	Data effettuazione prestazione
			68.0	Data prenotazione
LC0	Congruenza tra tipo prestazione ed ente richiedente, regione richiedente, azienda richiedente, flusso C5  Se il campo tipo prestazione è valorizzato a "S" allora l'ente richiedente deve essere valorizzato a "07002500", la regione richiedente deve essere valorizzata a "070" e l'azienda richiedente deve essere valorizzata a "103".	SI	23.0	Tipo record
			58.0	Tipo prestazione
			42.0	Codice regione richiedente
			37.0	Codice Azienda richiedente
			45.0	Codice istituto richiedente
LC1	<u>Controllo applicato solo ai privati</u>			
LC2	<u>Controllo applicato solo ai privati</u>			
LC3	<u>Controllo applicato solo ai privati</u>			
LC4	Congruenza tra tipo prestazione e flag Off Label Se il tipo prestazione vale 30 allora il campo Off_Label deve essere compilato con 'S'.  Se il tipo prestazione vale 20, 21,22,23,24 allora il campo Off_Label non deve essere compilato.		58.0	Tipo prestazione
			86.0	/Off Label

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
<b>LC5</b>	<p>Congruenza tra flag Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi.</p> <p>Se il flag Off_Label è valorizzato con 'S' allora il codice farmaco non deve essere valorizzato con OSSIGENO, OSSIGENOLQ, IPO e il codice diagnosi deve essere compilato.</p>		86.0	/Off Label
			28.0	Codice farmaco
			29.0	Codice diagnosi
<b>LC6</b>	<p>Congruenza tra codice fiscale e cognome e nome per tipo prestazione "Assistenza integrativa e codice regione 010:</p> <p>Se codice regione uguale a "010" e tipo prestazione uguale 20, 21, 22, 23, 24 allora il cognome deve essere uguale ad ANONIMO, il NOME deve essere uguale ANONIMO, il codice fiscale compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato tutti "9" e il campo ASL residenza deve essere quello effettivo; per codice regione diverso da "010" e tipo prestazione uguale a 20, 21, 22, 23, 24 le regole di compilazione anagrafica devono essere rispettate".</p>		05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso
			10.0	Data di nascita
			11.0	Comune di residenza
			12.0	Asl di residenza
			58.0	Tipo prestazione
<b>LC7</b>	<p>Congruenza tra numero ricetta, libera professione, tipo ricetta ed onere spesa</p> <p>Se il campo libera professione è valorizzato con "L" allora il tipo ricetta deve essere compilato a spazi e il campo numero ricetta deve essere compilato con la numerazione della Libera Professione e il campo Onere Spesa non deve essere valorizzato. Vale il viceversa.</p>	SI	13.0	Numero Ricetta
			41.0	Libera Professione
			71.0	Tipo Ricetta
			93.0	Onere Spesa
<b>LC8</b>	<p>Congruenza tra codice farmaco H/648/Farmacovigilanza/Monitoraggio intensivo /Farmaci esteri e tipo prestazione:</p> <p>Se codice farmaco è un farmaco /648/Farmacovigilanza/Monitoraggio intensivo/estero allora tipo prestazione non può essere 20,21,22, 23,24 o 30</p>		28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
<b>LC9</b>	<p>Congruenza quantità erogata e quantità confezione (escluse tipologie assistenza integrativa)</p> <p>Se tipo prestazione è diverso da 20,21,22,23 o 24, e se l'unità di misura è diversa da 01 (scatola) allora la quantità erogata deve essere minore o uguale alla quantità confezione.</p>		56.0	Unità misura
			58.0	Tipo prestazione
			89.0	Quantità erogata
			90.0	Quantità confezione
<b>LD0</b>	<p>Congruenza tra i campi Posizione utente nei confronti del ticket, Codice prestazione</p> <p>Se la Posizione utente nei confronti del ticket è uguale a 'NT' allora il codice prestazione deve essere una di quelle individuate dalla D.G.R. 84 –10526 del 29/12/2009, oppure una delle analisi riflesse individuate dalla D.G.R. 21-9688 del 30.092008, se la struttura appartiene all'ASL TO4 o CN1. Il controllo deve verificare la condizione viceversa.</p>	SI	19.0	Posizione utente nei confronti ticket
			17.0	Codice prestazione
<b>LD1</b>	<p>Congruenza tra Codice prestazione e Matricola Unità Produttiva per le prestazioni di DH</p> <p>Per le prestazioni individuate dalla D.G.R. 84 –10526 del 29/12/2009, la matricola UP deve fare riferimento ad attività ambulatoriale ospedaliera erogata all'interno di una struttura dove sia presente un reparto con attività di ricovero corrispondente alla branca della prestazione DH.</p>	SI	17.0	Codice prestazione
			82.0	Matricola Unità Produttiva
			25.0	Codice Branca



N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
<b>LD2</b>	Controllo applicato alle sole strutture private	SI		
<b>LD3</b>	Controllo applicato alle sole strutture private	SI		
<b>LD4</b>	<b>Attualmente non attivo</b>	SI		
<b>LD5</b>	Congruenza tra codice prestazione , codice esenzione individuate da DRG 46-10149. Per prestazione 89.61.A il codice esenzione deve essere uguale a '020'.		17.0	Codice Prestazione
			43.0	Codice identificativo esenzione
<b>LD6</b>	Congruenza tra codice prestazione , importo e regime di libera professione. Nel caso di prestazione 64.01, l'importo totale della riga ricetta deve essere valorizzato con 60.00 euro e il campo libera professione deve essere valorizzato ad 'L'	SI	17.0	Codice Prestazione
			21.0	Importo Totale
			41.0	Libera Professione
<b>LD7</b>	Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico. Nel caso di prestazione di laboratorio la cui tariffa ricomprende l'antibiogramma, il Flag Positività esame batteriologico deve essere valorizzato ( S / N ). Inoltre è esclusa la compresenza delle prestazioni singole di identificazione batteriologica ed antibiogramma.	SI	17.0	Codice Prestazione
			92.0	Flag Positività esame batteriologico
<b>LD8</b>	Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco. Se tipo prestazione 10 e il campo codice prestazione è valorizzato con 14.75.1 il codice farmaco erogato può essere solo uno dei seguenti: 037017011 (Mucugen) e 037608027 (Lucentis)	SI	58.0	Tipo Prestazione
			17.0	Codice Prestazione
			28.0	Codice Farmaco

## 7.2 Controlli Formali ( tipo F)

I controlli formali vengono applicati a tutti i campi; nel caso di errata compilazione del campo l'errore restituito è il codice del campo in errore.

Per esempio se il campo 25.0 Codice Branca, obbligatorio, non viene compilato viene restituito tramite il gestore flussi il codice: "250 – errore formale sul campo codice branca"

Il paragrafo elenca i tipi di controlli formali applicati ai campi dei tracciati:

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
<b>F01</b>	Campo Obbligatorio Non Valorizzato	SI	Applicato a tutti i campi obbligatori
<b>F02</b>	Valore non accettabile	SI	Valore non compatibile con il tipo del campo
<b>F03</b>	Valore non numerico	SI	Presenza di caratteri in campi numerici
<b>F05</b>	Valore non presente in tabella	SI	Valore non presente nella tabella di riferimento o nell'insieme di valori permessi per il campo
<b>F06</b>	Data non valida	SI	Errore di compilazione sulla data
<b>F07</b>	Campo formalmente errato	SI	Errata compilazione del campo se soggetto a formattazione specifica (es. codice fiscale, nr. ricetta, identificativo esterno)
<b>F08</b>	Valore non alfabetico	SI	Presenza di cifre numeriche in campi alfabetici (es. cognome e nome)
<b>F09</b>	Valore non coerente nell'intera ricetta	SI	Valori differenti per lo stesso campo su righe diverse, dove è previsto che il campo assuma sempre lo stesso valore

## 7.3 Controlli Bloccanti ( tipo N)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
<b>N01</b>	Errori bloccanti sui campi fondamentali	SI	
<b>N02</b>	Anno di competenza non accettato	SI	
<b>N03</b>	Supporto scartato per errata quadratura record	SI	
<b>N04</b>	Errata sequenza codice supporto rispetto alla max. versione della ricetta	SI	
<b>N05</b>	Deve esistere il blocco informazione precedente, se il tipo movimento C.	SI	Nell'archivio non esiste il blocco informazioni per il quale è stata richiesta la cancellazione
<b>N06</b>	Anno di competenza chiuso	SI	
<b>N07</b>	Record anagrafico inesistente a fronte di un record di dettaglio presente	SI	
<b>N08</b>	Record di dettaglio inesistente a fronte del record anagrafico presente	SI	
<b>N09</b>	Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto	SI	Lo stesso blocco informazioni è presente più volte nello stesso supporto

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
N10	Cambio anno di competenza dopo la chiusura contabile	SI	
N11	Cancellazione/sostituzione di ricetta anno contabile chiuso non ammessa	SI	Non sono ammesse sostituzioni o cancellazioni di ricette ad anno contabile chiuso.
N12	Blocco informazioni esistente per tipo movimento spazio.	SI	Nell'archivio esiste già un blocco con la stessa chiave logica; il blocco informazione deve essere inviato con tipo movimento a "S"

## 7.4 Segnalazioni

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S01	Ricetta Fuori Tempo Massimo	NO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S05	Codice prestazione non congruente con il codice di attività dell'unità produttiva di erogazione. <b>Sospesa</b>	NO
S06	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in R.UR.	NO
S07	Codice fiscale non presente nell'archivio B.A.R.	NO
S08	Invio ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione Monitoraggio Spesa Art. 50	NO
S09	Modifica ricetta oltre i termini previsti per la rilevazione Monitoraggio Spesa Art. 50.	NO

## 8 TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI

La suddivisione dei tracciati in coppie di file (anagrafico e dati di dettaglio) porta ad avere una differente gestione della restituzione degli errori per i flussi basati su due file.

A fronte dell'introduzione dei nuovi controlli utilizzati per verificare la corrispondenza tra record anagrafico e record di dettaglio (sempre attraverso la chiave univoca del blocco di informazioni), vengono inseriti due nuovi codici di errore:

- N07 record anagrafico inesistente a fronte di uno o più record di dettaglio presenti
- N08 record di dettaglio inesistente a fronte del record anagrafico presente

Nel caso di record anagrafico inesistente verranno restituiti i record di dettaglio con codice errore N07.

Nel caso di record di dettaglio inesistenti verrà restituito il record anagrafico con codice errore N08.

Gli errori N07 e N08 sono considerati formali e bloccanti, poiché non permettono l'elaborazione del record.

Gli errori logici vengono restituiti sul file che contiene i campi che hanno determinato l'errore. Qualora l'errore coinvolga campi di entrambi i file il codice viene restituito su entrambi i file.

Inoltre è possibile che una ricetta venga scartata nella sua totalità per errori appartenenti al solo file anagrafico o viceversa che il file anagrafico sia corretto e siano presenti degli errori solo nel file delle prestazioni. In entrambi i casi verranno restituiti sia dati anagrafici che i dati di prestazioni.

## 9 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI

La ristrutturazione dei tracciati, comporta un adeguamento dei nomi dei file trasmessi mediante il “Gestore Flussi”.

La tabella riassume i nuovi nomi:

- per l’invio dei dati che hanno competenza 2006 e superiori i nomi dei file sono evidenziati nelle colonne **Anagrafico** e **Prestazione**; i flussi B, C4 e C5 non hanno il file Anagrafico
- la nuova nomenclatura segue le seguenti regole
  - un carattere per discriminare il tipo di trasmissione: i (invio)
  - due caratteri per identificare la sezione: an (anagrafica) pr (prestazioni)
  - due caratteri per identificare la tipologia di flusso: c0, c2, c4, c5, d0, f0
  - tre caratteri per identificare la versione del tracciato “001” tracciati competenza 2006 e successivi, fino a nuove necessità di variazioni di tracciato.

Flussi	Anagrafico (dal 2006)	Prestazione (dal 2006)
B	//	iprb0001.txt
C	ianc0001.txt	iprc0001.txt
C2	ianc2001.txt	iprc2001.txt
C4	//	iprc4001.txt
C5	//	iprc5001.txt
D	iand0001.txt	iprd0001.txt
F	ianf0001.txt	iprf0001.txt

## 10 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

Le tabelle di supporto alla compilazione dei flussi prestazioni, vengono pubblicate su una apposita sezione nell'ambito del sito <http://extranet.csi.it/sanita/report/>

La notifica di aggiornamenti delle tabelle verrà inviata sulle caselle di posta del sistema della Mobilità Regionale.

**File F: Tabella 1** - Codici sostanza di farmaci forniti ai sensi della legge 648/96 e non ancora registrati e commercializzati in Italia (per compilazione campo 28.0). La tabella è pubblicata in extranet.

**File F: Tabella 2** - Tabella delle tipologie di erogazione del farmaco (per compilazione campo 58.0). La tabella è pubblicata in extranet.

**File F: Tabella 3** - Unità Misura per tracciato F (per compilazione campo 56.0) La tabella è pubblicata in extranet.

**File F: Tabella 4** – Codici prestazioni per Farmaci somministrati in regime ambulatoriale (per compilazione campo 17.0). La tabella è pubblicata in extranet.

**File F: Tabella 5** - Codici prodotto per Emocomponenti connessi alla prestazione di trasfusione (per compilazione campo 28.0). La tabella è pubblicata in extranet.

**File C – Tabella 1** - Codici esenzione, abbinate alle Posizioni Utente nei confronti del Ticket. La tabella è pubblicata in extranet.

**Tutti i flussi – Tabella 1** – Tabella codici stati esteri. La tabella è pubblicata in extranet.

## 11 TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

La seguente sezione riporta delle tabelle a supporto della costruzione di controlli logici che coinvolgono più campi

**Controllo L89 - Congruenza informazioni assistito e Tipo Ricetta;** il controllo mette in relazione i seguenti campi

- **71.0 Tipo Ricetta:** nella scheda di riferimento è presente la legenda dei valori applicabili
- **72.0 Regime di erogazione della prestazione:** nella scheda di riferimento è presente la legenda dei valori applicabili
- **63.0 ID cittadino**
- **08.0 Codice fiscale** (CF indica codice fiscale italiano, 9 indica un codice fiscale composto dalla stringa “9999999999999999”, 0 indica un codice fiscale composto dalla stringa “0000000000000000”, STP deve essere utilizzato per i cittadini stranieri temporaneamente residenti in Italia si utilizzano “STP9999999999999999” oppure il codice ISI avente la seguente struttura: “STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche” )
- **11.0 Provincia e comune o stato estero di Residenza** (COMUNE indica un codice comune italiano; 999EEE indica una stringa con codice 999 seguita da un codice stato; STPEEE indica una stringa con codice STP seguita da un codice stato)
- **62.0 Regione o stato estero di residenza** (REG indica una regione / provincia autonoma italiana / stato estero)
- **12.0 ASL di residenza** (ASL indica una ASL italiana/999 indica stato estero)
- **61.0 Cittadinanza** (solo Europa: sono ammessi solo codici di stati appartenenti alla UE; extra Europa: sono ammessi tutti i codici eccetto quelli della UE)
- **93.0 Onere spesa** ( a partire dall’elaborazione del 8 marzo 2010 )

Le colonne Tipologia Utente, Modulistica di Riferimento, Mobilità e Modalità di addebito non fanno riferimento a campi del tracciato e sono da considerarsi accessorie per la corretta compilazione del tracciato





La seguente tabella valida fino all'elaborazione del 5 marzo 2010

TR	TIPOLOGIA UTENTE	ID CITTADINO	COD FISCALE	COMUNE STATO RESIDENZA	REGIONE RESIDENZA	ASL RESIDENZA	CITTADINANZA	MODULISTICA DI RIFERIMENTO	MOBILITA'	MODALITA' DI ADDEBITO
RE	assistiti a carico SSN (residenti o domiciliati*)	nullo	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	qualsiasi eccetto 999		Nazionale	a carico SSN
EE	assicurati extra-europei di paesi in convenzione in temporaneo soggiorno	nullo	tutti 9	999 + codice stato estero paesi in convenzione esclusi UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
UE	Assicurati europei in temporaneo soggiorno	ID CITTADINO	tutti 9	999 + codice stato estero UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
IS	Cittadini italiani residenti all'estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996), temporaneamente presenti in Italia, titolari di pensione corrisposta da enti previdenziali italiani o di coloro che abbiano lo status di emigrato.	nullo o ID CITTADINO	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100		no	a carico SSN
IM	Cittadini italiani residenti all'estero temporaneamente presenti in Italia (ai sensi delle circolari ministeriali 1000/III/20268 del 20/06/96, DPS/IX/2616 del 21/05/99 e DG RUERI/95777/I.3.b del 02/12/04).	nullo o ID CITTADINO	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
NA	Assistiti italiani SASN con visita ambulatoriale	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta
ND	Assistiti italiani SASN con visita domiciliare	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta

NE	Assistiti stranieri SASN da istituzioni estere europee	ID CITTADINO	tutti 9	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
NX	Assistiti stranieri SASN da istituzioni estere extra-europee con convenzione	nessuno	tutti 9	999 + codice stato estero paesi in convenzione esclusi UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
S1	Stranieri in temporaneo soggiorno (STP) a carico Ministero dell'Interno (ai sensi della circolare ministeriale N5 del 20.03.2000)	nessuno	codice STP	STP + codice stato estero (escluso paesi UE o SEE o Svizzera )	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	Dichiarazione Indigenza	no	Fatturazione al Ministero Interno
	Stranieri comunitari sprovvisti di assicurazione sanitaria o tessera TEAM (ENI) rif. Nota regionale 7179 DA/2000 del 22/02/2008	nessuno	codice ENI	ENI + codice stato estero (paesi UE o SEE o Svizzera )	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999		Internazionale	???
S2	Stranieri in temporaneo soggiorno (STP) a carico SSN	nessuno	codice STP	STP + codice stato estero (escluso paesi UE o SEE o Svizzera )	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	Dichiarazione Indigenza	no	a carico SSN
AP	Apolide a carico SSN	nessuno	tutti 9	999999	999	999	999		no	a carico SSN
	Libera Professione (*)	nessuno o ID CITTADINO	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato o codice STP	Comune d'Italia o 999 + codice stato estero o STP + codice stato estero	Regione d'Italia o Codice stato estero	Asl d'Italia o 999	qualsiasi eccetto 999		no	a carico utente

(\*) Per Domiciliato si intende il caso di cittadino UE, SEE o Svizzera, non residente in Italia, ma in possesso di codice fiscale in quanto lavoratore regolare e pertanto iscritto al SSN. In questo caso i campi

11.0 – “Provincia/Comune di residenza”

12.0 - “ASL di residenza”

62.0 – “Regione di residenza”

dovranno esser compilati con i riferimenti del Comune/ASL/ Regione di domicilio;

il campo campo 80.0 – “Codice riferimento normativo” andrà compilato con il valore “221D”;

(\*\*) Nel caso di attività in libera professione, campo 41.0 – Libera professione valorizzato con ‘L’, il campo 71.0 – Tipo ricetta non è valorizzato con spazio

La seguente tabella valida a partire dall'elaborazione del 8 marzo 2010

N.	TIPOLOGIA UTENTE	TIPO RICETTA	ID CITTADINO	COD FISCALE	COMUNE STATO RESIDENZA	REGIONE RESIDENZA	ASL RESIDENZA	CITTADINANZA	ONERE SPESA	MODALITA' CA DI RIFERIMENTO	MOBILITA'	MODALITA' DI ADDEBITO
1	<b>Residenti o domiciliati,</b> assistiti a carico SSN	nullo	nullo	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	qualsiasi eccetto 999	S		Nazionale	a carico SSN
2	<b>Stranieri assicurati extra-europei di paesi in convenzione</b> in temporaneo soggiorno	EE	nullo	tutti 9	999 + codice stato estero paesi in convenzione esclusi UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
3	<b>Stranieri assicurati europei</b> in temporaneo soggiorno	UE	ID CITTADINO	tutti 9	999 + codice stato estero UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
4	<b>Cittadini italiani residenti all'estero</b> (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996), temporaneamente presenti in Italia, titolari di pensione corrisposta da enti previdenziali italiani o di coloro che abbiano lo status di emigrato.	nullo	nullo	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100	S		no	a carico SSN
5	<b>Cittadini italiani residenti all'estero</b> temporaneamente presenti in Italia (ai sensi delle circolari ministeriali 1000/III/20268 del 20/06/96, DPS/IX/2616 del 21/05/99 e DG RUERI/95777/I.3.b del 02/12/04).	nullo	ID CITTADINO	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute

6	<b>Assistiti italiani SASN</b> con visita ambulatoriale	NA	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100	A		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta
7	<b>Assistiti italiani SASN</b> con visita domiciliare	ND	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100	A		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta
8	<b>Assistiti stranieri SASN</b> da istituzioni estere europee	NE	ID CITTADI NO	tutti 9	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internaziona le	Fatturazione al Ministero Salute
9	<b>Assistiti stranieri SASN</b> da istituzioni estere extra- europee con convenzione	NX	nullo	tutti 9	999 + codice stato estero paesi in convenzione esclusi UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internaziona le	Fatturazione al Ministero Salute
10	<b>Stranieri comunitari sprovvisti di assicurazione sanitaria o tessera TEAM (ENI) rif.</b> Nota regionale 7179 DA/2000 del 22/02/2008	ST	nullo	codice ENI	ENI + codice stato estero (paesi UE o SEE o Svizzera )	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	M		Internaziona le	Carico del SSR
11	<b>Stranieri in temporaneo soggiorno (STP) a carico SSN</b>	ST	nullo	codice STP	STP + codice stato estero (escluso paesi UE o SEE o Svizzera )	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	S	Dichiarazion e Indigenza	no	a carico SSN
12	<b>Stranieri in temporaneo soggiorno (STP) a carico Ministero dell'Interno (ai sensi della circolare ministeriale N5 del 20.03.2000)</b>	ST	nullo	codice STP	STP + codice stato estero (escluso paesi UE o SEE o Svizzera )	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	I	Dichiarazion e Indigenza	no	Fatturazione al Ministero Interno
13	<b>Apolide a carico SSN</b>	nullo	nullo	tutti 9	999999	999	999	999	S		no	a carico SSN
14	<b>Libera Professione (*)</b>	nullo	nullo o ID CITTADI NO	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato o codice STP	Comune d'Italia o 999 + codice stato estero o STP + codice stato estero	Regione d'Italia o Codice stato estero	Asl d'Italia o 999	qualsiasi eccetto 999	nullo		no	a carico utente

(\*) Per Domiciliato si intende il caso di cittadino UE, SEE o Svizzera, non residente in Italia, ma in possesso di codice fiscale in quanto lavoratore regolare e pertanto iscritto al SSN. In questo caso i campi

11.0 – “Provincia/Comune di residenza”

12.0 - “ASL di residenza”

62.0 – “Regione di residenza”

dovranno esser compilati con i riferimenti del Comune/ASL/ Regione di domicilio;

il campo campo 80.0 – “Codice riferimento normativo” andrà compilato con il valore “221D”;

(\*\*) Nel caso di attività in libera professione, campo 41.0 – Libera professione valorizzato con ‘L’, il campo 71.0 – Tipo ricetta non è valorizzato

**Controllo L93 - Congruenza tra codice istituto provenienza, tipo flusso, provenienza assistito**

Codice flusso	Codice Provenienza Assistito	Istituto Provenienza
C2	1 : accesso diretto dell'assistito	Nulla
C2	2 : inviato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta	Nulla
C2	4 : trasferito da istituto pubblico	Codice HSP11-BIS
C2	5 : trasferito da privato accreditato o provvisoriamente accreditato	Codice HSP11-BIS
C2	6 : trasferito da privato non accreditato	Codice HSP11-BIS
C2	8 : pervenuto tramite 118	Nulla
C2	9 : trasferito da RSA-RAF – Ospedale di comunità ecc.	Codice STS11

**Controllo L97 - Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione – eccetto file F**

Codice Flusso	Controllo applicato
C	<p>Per invii con Ricetta Rossa sono accettate matricole di unità produttiva il cui codice attività sia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2.05.01 – Attività clinica</li> <li>- 2.05.02 – Attività di laboratorio</li> <li>- 2.05.03 – Attività di diagnostica strumentale e per immagini</li> </ul> <p>Per invii con “nr. ricetta” compilato con la numerazione della Libera Professione sono accettate matricole di unità produttiva il cui codice attività sia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2.05.11 – Attività clinica libera professione</li> <li>- 2.05.12 – Attività di laboratorio libera professione</li> <li>- 2.05.13 – Attività di diagnostica strumentale e per immagini libera professione.</li> </ul> <p>Per invii con “nr. ricetta” compilato con la numerazione di Impegnativa Interna sono accettate matricole di unità produttiva il cui codice attività non sia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2.05.11 – Attività clinica libera professione</li> <li>- 2.05.12 – Attività di laboratorio libera professione</li> <li>- 2.05.13 – Attività di diagnostica strumentale e per immagini libera professione</li> </ul>
C2	<p>Sono accettate matricole abbinate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unità produttive delle strutture HSP11-BIS associate all'area “04 – Area Urgenze” e specialità “51 – Pronto soccorso”. Si considerano matricole valide sono quelle definite a livello di “Specialità/Branca” poiché sono le uniche che permettono di determinare l'effettiva disciplina di erogazione.</li> <li>- all'area 07 – specialità 18 con i seguenti codici attività e non viene eseguito il controllo di esistenza di disciplina alla matricola.</li> <li>- 2.02.00 Centrale operativa 118 ed emergenza territoriale</li> <li>- 1.04.00 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (SPRESAL)</li> </ul>
C4	<p>Sono accettate le matricole:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- al codice attività “3.20.00 - interni C4”</li> <li>- al codice attività “3.10.00 - pronto soccorso e DEA”</li> <li>- relative all'area 09 specialità 01 ( solo per gli STS11)</li> <li>- all'area 07 – specialità 18 con i seguenti codici attività e non viene eseguito il controllo di esistenza di disciplina alla matricola.</li> <li>- 2.02.00 Centrale operativa 118 ed emergenza territoriale</li> <li>- 1.04.00 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (SPRESAL)</li> </ul>
C5	<p>Sono accettate le matricole abbinate a codici STS11 aventi codice attività “3.30.00 – attività per altri erogatori C5”</p>

--	--

**Controllo L99 - Congruenza tra Numero Ricetta e Tipo Record**


<b>Codice flusso</b>	<b>Controllo</b>
C e D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lunghezza massima 15</li> <li>- Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio</li> <li>- Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette</li> <li>- Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione e le cifre in posizione 4 e 5 appartengono all'anno di competenza o all'anno precedente</li> </ul> <p><b>Il controllo nell'ambito del R.U.R., verrà applicato nel corso del 2007; in assenza di tale controllo la verifica si esplica sulla composizione formale del nr. di ricetta.</b></p>
C Impegnativa Interna o Accesso diretto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lunghezza massima 16</li> <li>- Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere "A"</li> </ul> <p>Il numero ricetta deve avere il seguente formato</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza)</li> <li>- Codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre)</li> <li>- Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (9 cifre completato a sinistra con zeri)</li> <li>- Carattere A</li> </ul> <p>Oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza)</li> <li>- Codice azienda (3 cifre)</li> <li>- Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (10 cifre completato a sinistra con zeri)</li> </ul> <p>Carattere A</p>
C Libera Professione o solvente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lunghezza massima 16</li> <li>- Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere "L"</li> </ul> <p>Il numero ricetta deve avere il seguente formato</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza)</li> <li>- Codice azienda (3 cifre)</li> <li>- Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (10 cifre completato a sinistra con zeri)</li> <li>- Carattere L</li> </ul>






## FAC SIMILE TESSERA SANITARIA



 REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**


Codice Fiscale  
 Data di scadenza  
 Cognome  
 Nome  
 Sesso  
 Luogo di nascita  
 Provincia  
 Data di nascita  

 Dati sanitari regionali

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

3 Cognome  
 4 Nome  
 5 Data di nascita  
 6 Numero di identificazione personale  
 7 Numero di identificazione dell'istituzione  
 8 Numero di identificazione della tessera  
 9 Scadenza