REGIONE PIEMONTE

FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI

TRACCIATI RECORD B, C, C2, C4, C5

DISCIPLINARE TECNICO

STRUTTURE PUBBLICHE DEL SSR, PRESIDI EX. ART. 41 E 43 L.833/1978 E IRCCS EX. ART. 42 L.833/1978

1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO 3
1.1 CRONOLOGIA DEL DOCUMENTO 3
1.2 OBIETTIVI 5
1.3 STRUTTURA DEL DOCUMENTO 5
1.4 CONCETTI PRINCIPALI 5
2 REGOLE DI COMPILAZIONE 7
3 TIPO DI CONTROLLI 8
3.1 CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD 8
3.2 CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE 8
3.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA 8
4 Note di COMPILAZIONE 9
4.1 CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE 9
4.1.1 CANCELLAZIONE 9
4.1.1.1 FLUSSO “B” 9
4.1.1.2 FLUSSI “C4”, “C5” 9
4.1.1.3 FLUSSI “C2” E COMPONENTE ANAG 9
4.1.1.4 FLUSSO “C” E COMPONENTE ANAG 10
4.1.2 SOSTITUZIONE 10
4.1.2.1 FLUSSO “B” 10
4.1.2.2 FLUSSO “C4”, “C5” 10
4.1.2.3 FLUSSI “C2” E COMPONENTE ANAG 11
4.1.2.4 FLUSSO “C” E COMPONENTE ANAG 11
4.1.2.5 SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA 11
4.2 FLUSSO “C” – BRANCA DI EROGAZIONE 12
4.3 FLUSSO “C” – LIBERA PROFESSIONE 12
4.4 NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA 12
4.5 FILE C2 – PRECISAZIONI 14
4.6 FLUSSO B – PRECISAZIONI 14
4.7 RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE 14
4.8 TRACCIATI RECORD 15
4.9 Tracciato anagrafico 17
4.10 Tracciato B 19
4.11 Tracciato C 20
4.12 Tracciato C2 22
4.13 Tracciato C4 24
4.14 Tracciato C5 25
5 SCHEDE ANALITICHE 26
6 SCHEDE DEI CONTROLLI 134
6.1 Controlli Logici (tipo L) 134
6.2 Controlli Formali (tipo F) 147
6.3 Controlli Bloccanti (tipo N) 147
6.4 Segnalazioni (Warning) 148
Segnalazioni (Alert) 149
7 TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI 150
8 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI 151
9 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI 151
10 TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI 162

1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 CRONOLOGIA DEL DOCUMENTO

Versione	Variazioni
Agosto 2020	Flusso C: Campo 57.0 – Modalità di Erogazione per attività di telemedicina
Luglio 2020	Flusso C2 – Inserito nuovi campi obbligatori nel caso di paziente in osservazione breve ed intensiva: 123.0 – Problema clinico principale OBI, 124.0 – Prestazione principale erogata in OBI, 125.0 – Diagnosi principale uscita OBI. Flusso C5 – Inserito nuovo campo per indicare l'attività trasfusionale: 126.0 Tipo attività
Aprile 2020	Flusso C2 - Modificato controllo formale dei campi: 29.0 – Codice Diagnosi e 107.0, 108.0,109.0,110.0 Codice Diagnosi Secondarie, viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19 (rif. Nota regionale n.10042 del 24/03/2020 tabella "Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)" Flusso C – in riferimento alla Nota regionale n.11115 del 01/04/2020, di istituzione del cod. esenzione 'E10': modificato i controlli L36, LB9. Implementato nuovo controllo LE7.
Dicembre 2019	Flussi C /C2 - Aggiornato controllo formale del campo 08.0 – Codice Fiscale, per verifica dei codici STP rispetto banca centrale centri ISI. Flussi C/C2 - implementato nuovo controllo LE6 e aggiornato controllo L13. Disattivato controllo LF4.
Luglio 2019	Flusso C2 - Aggiornato controllo formale del Campo 48.0 – Scheda Intervento del codice missione 118, adeguato a specifiche ministeriali
Agosto 2018	Flusso C - Nuovi controlli relativi alla verifica di coerenza del Numero NRE attribuito alla ricetta prescritta al cittadino: LX1, LX2, LX3 ed LX4. Flusso C - Nuove segnalazioni relative alla verifica di coerenza del Numero NRE attribuito alla ricetta prescritta al cittadino: SX1, SX2, SX3, SX4, SX5, SX6, SX7 Flussi C2 - Campo 48.0 – Scheda emergenza aggiornato controllo formale Flusso C2 - Aggiornati i controlli LG5 e LG6. I campi Data /Ora Inizio OBI e Data/Ora Indicazione al ricovero sono obbligatori nel caso di paziente in osservazione breve ed intensiva
Ottobre 2016	Flusso C2 - Aggiornato controllo formale campo 48.0 Flusso C2 - Inseriti nuovi campi "119.0 – Data Inizio OBI", "120.0 – Ora Inizio OBI", "121.0 - Data Indicazione al ricovero/dimissione", "122.0 – Ora Indicazione al ricovero". Flusso C2- Nuovi controlli LG5 e LG6 Flusso C - Aggiornato il controllo LF9 Flusso C - "Campo 118.0 – Codice Catalogo" aggiornato "Osservazioni e precisazioni" Flusso C - "Campo 17.0 – Codice prestazione" aggiornato "Osservazioni e precisazioni"

Luglio 2016	Flusso C - Aggiornato il controllo LF6 Flusso C - Aggiornato campo 118.0 Codice Catalogo Flusso C - Aggiornato il controllo LF9 Flusso C2 - Aggiornato controllo L92.

Versione	Variazioni
Luglio 2015	Flusso C - Rilevazione del codice fiscale Campo 04.0 - Medico Prescrittore proroga Flusso C - Rilevazione del Campo 115.0 - Ricetta Precedente proroga Flusso C - Nuovo Campo 117.0 - Flag Ricetta Interna Flusso C - Modifica Campo 57.0 – Modalità di Erogazione, previste nuove codifiche Flusso C - Nuovo Campo 118.0 – Codice Catalogo Prestazione Flusso C4 - Istituito Calendario Invii con scadenza Trimestrale a partire dalla competenza 2016 Flusso C4 - Rilevazione obbligatoria Codice Fiscale assistito campo 08.0
Dicembre 2014	Flusso C - Modifica Campo 04.0 Medico Prescrittore e controllo LF5 Flusso C - Modifica Campo 115.0 - Ricetta Precedente e controllo LF6 Flusso C4 - Nuovo Campo 116.0 - N. Scheda Ricetta e controllo LF7 Implementazione Nuove Segnalazioni S13, S14 Implementazione Nuova Segnalazione S16 Implementazione Segnalazione SA1 Implementazione Segnalazione SA2
Maggio 2014	Flusso C - Aggiornamento Campo 57.0 “Modalità di erogazione” e controllo LF5 Flusso C - Nuovo campo 115.0 – Ricetta “Madre” Flusso C – Modifica campo 13.0 – Numero Ricetta per acquisizione del NRE

1.2 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.

1.3 STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Nella prima parte del documento (capitoli 2, 3 e 4) sono state riportate informazioni di carattere generale quali le regole di compilazione dei campi, le tipologie di controlli applicati, nonché i meccanismi di cancellazione e sostituzione dei record già inviati e presenti in archivio.
I capitoli 4.8, 5 e 6 contengono rispettivamente i tracciati record, le schede analitiche di compilazione dei campi e l'elenco dettagliato dei controlli di congruenza logica applicati.

1.4 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);

- 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) il blocco di informazioni individua l'insieme di righe che compongono la ricetta (dati anagrafici e dati sanitari); per i tracciati (B, C4, C5) il blocco di informazioni coincide con un singolo record;

- gestione del tipo movimento per consentire la cancellazione e/o sostituzione di blocchi di informazioni;

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

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

Per una corretta gestione è necessario che l'IDENTIFICATIVO ESTERNO sia unico nell'ambito dell'azienda, dell'ente inviante e del tracciato a prescindere dall'anno di erogazione della prestazione. Pertanto lo stesso IDENTIFICATIVO ESTERNO non deve essere ripetuto per anni diversi.

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

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

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

- il dato anagrafico e le informazioni salienti della ricetta sono inviati una sola volta per singola ricetta

- i dati relativi al dettaglio delle ricette non comprendono le informazioni anagrafiche, ma sono riconducibili alle stesse mediante il campo IDENTIFICATIVO ESTERNO

- la ricostruzione della ricetta nel sistema centrale avviene in base all'IDENTIFICATIVO ESTERNO generato dai sistemi informativi degli utenti, che è presente sia nel tracciato anagrafico sia nel tracciato delle righe ricetta.

2 REGOLE DI COMPILAZIONE

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

OBBLIGATORIO – codice OBB
Sono i campi che devono necessariamente essere compilati. La non compilazione di un campo obbligatorio comporta lo scarto del record (per i tracciati B, C4 e C5) oppure del blocco di record che fanno riferimento alla stessa ricetta (per i tracciati C e C2).
Il valore da inserire nel campo deve essere scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede di riferimento, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE".

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

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

NON VALORIZZARE – codice NV
Questi campi devono essere impostati nel seguente modo:

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

CONDIZIONATO – codice CON
Il campo deve essere compilato in combinazione con gli altri campi del tracciato.

Relativamente alle regole di compilazione si ricorda inoltre che:

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

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

3 TIPO DI CONTROLLI

Possiamo distinguere tre differenti tipologie di controlli effettuati sui dati:

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

3.1 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.

3.2 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.

3.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA

I campi formalmente corretti vengono confrontati tra di loro al fine di individuare eventuali incongruenze.
Tutti i record o insieme di record che presentano errori logici vengono segnalati errati e non accettati.

4 NOTE DI COMPILAZIONE

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

4.1 CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE

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

4.1.1 CANCELLAZIONE

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

4.1.1.1 FLUSSO "B"

L'operazione di cancellazione avviene inviando un unico record avente 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.

4.1.1.2 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.

4.1.1.3 FLUSSI "C2" E COMPONENTE ANAG

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

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

I campi da valorizzare sono i seguenti:

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

4.1.1.4 FLUSSO "C" E COMPONENTE ANAG

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

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

I campi da valorizzare sono i seguenti:
- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a **'C'**
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

4.1.2 SOSTITUZIONE

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

4.1.2.1 FLUSSO "B"

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

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

4.1.2.2 FLUSSO "C4", "C5"

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

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

4.1.2.3 FLUSSI "C2" E COMPONENTE ANAG

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

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

I campi da valorizzare sono i seguenti:
- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a **'S'**
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

4.1.2.4 FLUSSO "C" E COMPONENTE ANAG

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

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

I 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), deve essere inviato tutto il blocco di informazioni calcolando nuovamente tutti gli importi.

4.1.2.5 SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA

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

Per i **FLUSSI C, C2** non è ammessa la sostituzione diretta del numero ricetta e del numero di accesso del pronto soccorso.

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

4.2 FLUSSO "C" – BRANCA DI EROGAZIONE

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

4.3 FLUSSO "C" – LIBERA PROFESSIONE

Nel flusso C a partire dalla competenza 2016 non viene rilevato il flusso della libera professione

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".

Con l'introduzione della ricetta dematerializzata, nel catalogo regionale è stato specificato il numero di sedute suggerito per la gestione delle prestazioni cicliche. Si precisa che in fase di prescrizione il ciclo deve essere prescritto come 1 prestazione (da indicare nel campo quantità della ricetta) e che possono essere prescritti fino ad un massimo di 3 cicli per ricetta. In base alla casistica del paziente trattato sarà possibile erogare parte delle sedute fino al massimo numero previste da catalogo regionale.

Il codice catalogo della 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 catalogo prestazione nell'ambito dello stesso blocco informativo viene segnalata come errore formale sul codice catalogo prestazione.

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

La DGR 42-941 del 3.11.2010 "Prestazioni specialistico-ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale: aggiornamento linee guida, percorsi terapeutici e nomenclatore tariffario regionale", riporta:

“la prescrivibilità per la branca 56 è limitata ad un massimo di tre tipologie di prestazioni per singola ricetta per non oltre 12 sedute ciascuna”.

Esistono inoltre le seguenti deroghe al numero massimo di prestazioni:

- Per la branca 98 il numero delle prestazioni può raggiungere il tetto di 16 se sono presenti i codici prestazioni relativi ai prelievi: 91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2. Possono essere presenti fino a 6 codici diversi di prelievo per una quantità massima complessiva di 8 ed un massimo di 8 altre prestazioni (non di prelievo e non 90.81.5 che segue le indicazioni di seguito riportate) fino al raggiungimento del totale di 16 prestazioni per ricetta (controllo L19).. Il controllo L19 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 i relazione codici di prestazioni di prelievo alle altre prestazioni della branca 98.

- Per la branca 98 in presenza del codice prestazione 90.81.5 il numero delle prestazioni può raggiungere il tetto massimo di 40 per ricetta. Oltre alla prestazione 90.81.5 possono essere presenti altre sette prestazioni (comprese le prestazioni di prelievo), fino al raggiungimento di un totale complessivo per ricetta di 40. Quindi ad esempio nel caso in cui siano presenti altre sette prestazioni, per rispettare il tetto della ricetta, la prestazione 90.81.5 potrà avere al massimo quantità 33.

- Per la branca 56 la quantità totale delle prestazioni presenti nella ricetta è pari a 36 su 3 righe di prestazioni prescrivibili distinte. Di seguito vengono riporta alcune eccezioni che incrementano ulteriormente il tetto massimo di prestazioni per ricetta ammesso.

  In presenza di prestazioni di valutazione, identificate dai codici 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5 e 93.01.6, il numero massimo di prestazioni consentito per ricetta è di 44 (36+8 valutazioni). Per le prestazioni di valutazione sono ammesse al massimo 4 distinte righe di prestazioni con ciascuna un massimo di quantità 2 per riga.

  Con la prescrizione dematerializzata decade l’eccezione costituita da “93.11.8 - Rieducazione strumentale dei disturbi motori sensitivi” che porta la quantità massima per ricetta da 44 a 56 (44+12) , in quanto è stata portata nel catalogo regionale. In dematerializzata possono essere prescritte le prestazioni 93117.0 e 93116.0 che poi a discrezione dello specialista possono essere sostituite dalle prestazioni 93116.1 e 93117.1 che inglobano la vecchia prestazione strumentale 93.11.8.

  Inoltre, in presenza delle prestazioni di counselling, identificate dai codici regionali 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, tale quantità può arrivare a 56 + 2 + 2 + 2 = 62 in caso di prescrizioni DPCM, autoimpegnative interne e ricette rosse, mentre per le DM 44 + 2 + 2 + 2 = 50, cioè con una quantità massima 2 per ogni distinto codice prestazione di counselling su 3 righe.

  Il totale massimo assoluto delle righe in ricetta è quindi 11, comprensiva del totale di tutte le casistiche sopra esposte (Controllo L18).

- Per la branca 70 è possibile indicare fino ad una quantità massima di 72 sempre nel rispetto delle 6 righe prestazione (Controllo L51)

- Per la branca 79 dell’Allegato 2 in presenza dei codici prestazione 96.61.1 o 99.15.1 è possibile indicare fino ad una quantità massima di 90 (Controllo L50)

- Per le prestazioni: 93.82.1, 93.82.2, 93.89.2, 93.89.3, 93.94, 93.99 è possibile raggiungere la quantità massima di 10, ma è necessario utilizzare un unico codice per ricetta (controllo L73).

4.5 FILE C2 – PRECISAZIONI

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

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

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

0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP) per la ticket di compartecipazione alla spesa non versata e quindi da registrare con importo ticket uguale a zero, ai sensi del D.P.R. 31.08.1999, nr. 394, articolo 43, comma 4.
1 – esente per categorie di soggetti di cui al D.M. 01/02/1991 art. 6 commi 1 e 2 e D.M. 10/09/98 (esenzione per maternità) e Legge 27 Art.4 Bis del 28/02/2001 (Monitoraggio Sanitario)
2 – non esente
3 – esente con autocertificazione rilasciata alla struttura che eroga la prestazione (esenzione per reddito di cui alla Legge Finanziaria 724/94) per assistiti in tutte le regioni compreso il Piemonte e esente per reddito ai fini del DM 11/12/2009 - Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del "Sistema Tessera Sanitaria" con autocertificazione rilasciata alla ASL di assistenza e codice di esenzione presente nella prescrizione per assistiti in tutte le regioni compreso il Piemonte.
5 – esente per patologia ai sensi del D.M. n. 329 del 28/05/1999 e del D.M. 279 del 18/05/01
17 – esente per traumatismi ed avvelenamenti acuti
18 – esente per assistito con età inferiore ai 14 anni
19 – esenti per codice colore verde, giallo, rosso
20 – esente per prestazione non erogata (solo accesso)

4.6 FLUSSO B – PRECISAZIONI

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

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

4.7 RILEVAZIONE FLUSSI E NUOVA ANAGRAFE DELLE STRUTTURE

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

Il campo “39.0 – Disciplina di erogazione” diventa un campo opzionale per indicare la disciplina e il progressivo di divisione nel caso di strutture afferenti l’area 09 – Area funzioni territoriali e codice specialità 01, mentre risulta essere un campo obbligatorio per rilevare le prestazioni svolte dagli psicologi (riferimento nota regionale prot. n. 38817/DB2006 del 17 ottobre 2009.

Il campo “82.0 - Matricola dell’unità produttiva” viene ricondotto dalla nuova anagrafe delle strutture; ad ogni unità produttiva viene quindi assegnato un codice unico, che deve essere utilizzato nell’ambito degli invii delle prestazioni erogate.

Per la natura gerarchica della Nuova Anagrafe delle Strutture Sanitarie tramite la Matricola associata all’Unità Produttiva o alla disciplina, nel caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica, è possibile determinare:
- l’“Unità Organizzativa Funzionale” alla quale afferisce l’unità produttiva
- il “Codice Attività” dell’unità produttiva
- il “Codice Progressivo di attività” dell’unità produttiva.

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

Il campo 03.0 Ente Erogatore (codice STS11 per il flusso C) viene scisso da un punto di vista logico:
- nella sezione anagrafica deve essere indicato il codice STS11 della struttura inviante, in quanto “detentore della ricetta”
- nella sezione prestazioni deve essere indicato il codice STS11 della struttura che eroga la prestazione

La distinzione dei codici ente implica:

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

4.8 TRACCIATI RECORD

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

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

L’invio dei flussi C, C2 è quindi costituito dall’invio di due file:
- dati anagrafici ed intestazione ricetta
- dati di carattere sanitario relativi alle righe ricetta

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

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

Le colonne delle tabelle contengono le seguenti informazioni:

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

Nome Campo*:*
è il nome del campo all'interno del tracciato record.

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

Lunghezza*:*
numero dei caratteri del campo.

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

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

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

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

4.9 Tracciato anagrafico

Il presente tracciato è comune ai flussi C, C2.
Il presente tracciato viene identificato con il codice **ANAG** nella trattazione delle schede

Scheda	**Nome Campo**	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	**C**	**C2**	Note
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	OBB	OBB	Codice dell'azienda sanitaria inviante
03.1	Ente inviante del flusso	AN	8	4	11	OBB	OBB	**C** Codice struttura erogatrice STS.11. **C2/** Codice HSP11BIS
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	OBB	OBB	Indica il tipo di tracciato record (C/C2)
04.0	Codice medico prescrittore	AN	16	14	29	OBB	CON	
05.0	Cognome	AN	30	30	59	OBB	OBB	
06.0	Nome	AN	20	60	79	OBB	OBB	
76.0	Istituto provenienza	AN	8	80	87	NV	CON	Indicare codice HSP11-BIS
77.0	Istituto destinazione	AN	8	88	95	NV	CON	Indicare codice HSP11-BIS
08.0	Cod. fiscale	AN	16	96	111	OBB	OBB	
09.0	Sesso	AN	1	112	112	OBB	OBB	
10.0	Data di nascita	AN	8	113	120	OBB	OBB	
11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza	AN	6	121	126	OBB	OBB	
12.0	ASL di residenza	AN	3	127	129	OBB	OBB	Codice dell'ASL di residenza dell'assistito.
13.0	Numero ricetta	AN	16	130	145	OBB	OBB	
20.0	Importo Ticket	N	7	146	152	OBB	OBB	Importo ticket pagato dall'assistito.
21.0	Importo totale	N	8	153	160	OBB	OBB	
40.0	Tipo movimento	AN	1	161	161	NOB	NOB	**S**: sostituzione, **C**: cancellazione, **SPAZIO**: primo invio
38.0	Identificativo esterno	AN	20	162	181	OBB	OBB	
47.0	Quantità totale prestazioni	N	3	182	184	OBB	OBB	
48.0	Scheda Intervento 118	AN	12	185	196	NV	OSP	
	Filler	AN	1	197	197	NV	NV	
52.0	Codice struttura progetto							Codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56.
52.1	Codice istituto	AN	6	198	203	CON	NV	Codice STS11
52.2	Codice disciplina	AN	2	204	205	CON	NV	
52.3	Progressivo divisione	AN	2	206	207	CON	NV	
61.0	Cittadinanza	AN	3	208	210	OBB	OBB	
62.0	Regione di residenza	AN	3	211	213	OBB	OBB	
63.0	ID Cittadino	AN	20	214	233	CON	CON	
64.0	Codice istituzione competente	AN	28	234	261	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
65.0	Nr. Identificativo	AN	20	262	281	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e

	tessera							Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
66.0	Tipo medico prescrittore	AN	2	282	283	OBB	CON	Non ancora attivo
67.0	Data prescrizione	AN	8	284	291	OBB	CON	
70.0	Priorità della prescrizione	AN	1	292	292	OBB	NV	
71.0	Tipo ricetta	AN	2	293	294	OBB	OBB	
69.0	Tipologia di prescrizione	AN	1	295	295	OBB	NV	
83.0	Codice Percorso paziente	AN	3	296	298	CON	NV	
78.0	Data scadenza TEAM	AN	8	299	306	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
79.0	Qualifica beneficiario	AN	1	307	307	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
80.0	Codice riferimento normativo	AN	4	308	311	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
81.0	Codice Attestato	AN	4	312	315	CON	CON	Per stranieri U.E., S.E.E. e Confederazione Svizzera (CH) non residenti in Italia
60.0	Provenienza assistito	AN	1	316	316	CON	OBB	
84.0	Stampa PC	AN	1	317	317	CON	NV	
	Filler	AN	3	318	320	NV	NV	
91.0	Flag ricetta non completa	AN	1	321	321	CON	NV	
93.0	Onere spesa	AN	1	322	322	OBB	OBB	
33.0	Scheda Nosologica	AN	10	323	332	NV	CON	
114.0	Data progetto riabilitativo	AN	8	333	340	CON	NV	
115.0	Ricetta Precedente	AN	16	341	356	NOB	NV	
117.0	Flag Ricetta Interna	AN	1	357	357	OBB	NV	
	Filler	AN	43	358	400	NV	NV	

Flussi C2 la chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:
- ASL inviante (02.0)
- Ente Erogatore (03.1)
- Identificativo Esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

Flusso C la chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:
- ASL inviante (02.0)
- Identificativo Esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

4.10 Tracciato B

Tracciato record file "B"
(Attività MEDICINA di BASE)

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

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

La chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:
- ASL inviante (02.0)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

4.11 Tracciato C

Tracciato record file "C"
Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE per residenti e non residenti

Scheda	**Nome Campo**	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice struttura erogatrice STS11	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (C)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data di effettuazione della prestazione	AN	8	36	43		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	44	50		OBB
18.0	Quantità	N	3	51	53	Indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB
21.0	Importo totale	N	8	54	61		OBB
24.0	Data inizio ciclo	AN	8	62	69	Da compilare solo nel caso in cui il codice prestazione individui un ciclo.	OSP
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	70	73		CON
25.0	Codice Branca	AN	2	74	75	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario.	OBB
	Filler	AN	1	76	76		NOB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	77	78		OBB
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	79	88		CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	89	89	**S**: sostituzione, **C**: Cancellazione, **SPAZIO**: primo invio	NOB
53.0	Codice disabilità	N	1	90	90	Codice di disabilità, del percorso/progetto descritto	CON
29.0	Codice diagnosi	AN	5	91	95	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	CON
59.0	Luogo di Erogazione	AN	1	96	96		OBB
68.0	Data prenotazione	AN	8	97	104		OBB
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	105	110		OBB
	Filler	AN	3	111	113		NV
92.0	Flag Positività esame batteriologico	AN	1	114	114		CON
112.0	Tipo Accesso	AN	1	115	115		OBB
113.0	Garanzia Tempi Massimi	AN	1	116	116		OBB
57.0	Modalità di erogazione	AN	1	117	117		CON
118.0	Codice Catalogo Prestazione	AN	10	118	127		CON
	Filler	AN	23	128	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 erogazione 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.
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 erogazione della prestazione è la data dell'ultima prestazione del ciclo, si conviene che i cicli di prestazioni a cavaliere dell'anno dovranno essere trasmessi nell'anno di competenza della data dell'ultima prestazione del ciclo.

4.12 Tracciato C2

Tracciato record file "C2"
Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Prestazioni in DEA o PRONTO SOCCORSO per residenti e per non residenti*

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice struttura erogatrice HSP11+BIS	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (C2)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data di erogazione della prestazione	AN	8	36	43		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	44	50		OBB
18.0	Quantità	N	3	51	53	Indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB
21.0	Importo totale	N	8	54	61		OBB
	Filler	AN	4	62	65		NV
25.0	Codice Branca	AN	2	66	67	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario.	OBB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	68	69		OBB
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	70	79		CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	80	80	**S**: sostituzione, **C**: Cancellazione, **SPAZIO**: primo invio	NOB
	Filler	N	1	81	81		NV
55.0	Osservazione Breve Intensiva	AN	1	82	82		OBB
29.0	Codice diagnosi	AN	5	83	87	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OBB
73.0	Modalità di dimissione	AN	1	88	88		OBB
74.0	Codice Colore	AN	1	89	89		OBB
	Filler	AN	1	90	90		OBB
59.0	Luogo di erogazione	AN	1	91	91		OBB
82.0	Matricola unità produttiva	AN	6	92	97		OBB
94.0	Data Entrata PS	AN	8	98	105		OBB
95.0	Ora Entrata PS	AN	4	106	109		OBB
96.0	Modalità arrivo	AN	1	110	110		OBB
97.0	Identificativo Centrale 118	AN	5	111	115		CON
98.0	Problema principale	AN	2	116	117		OBB
99.0	Triage Accesso PS	AN	1	118	118		OBB
100.0	Data presa in carico PS	AN	8	119	126		OBB
101.0	Ora Presa in carico PS	AN	4	127	130		OBB
102.0	Data dimissione PS	AN	8	131	138		OBB
103.0	Ora Dimissione PS	AN	4	139	142		OBB
104.0	Tipo Referto	AN	1	143	143		OSP
105.0	Codice reparto ricovero	AN	4	144	147		CON
106.0	Motivo trasferimento	AN	1	148	148		CON
107.0	Codice diagnosi secondaria 1	AN	5	149	153	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
108.0	Codice diagnosi secondaria 2	AN	5	154	158	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
109.0	Codice diagnosi secondaria 3	AN	5	159	163	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP

110.0	Codice diagnosi secondaria 4	AN	5	164	168	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	OSP
119.0	Data Inizio OBI	AN	8	169	176		CON
120.0	Ora Inizio OBI	AN	4	177	180		CON
121.0	Data Indicazione al ricovero/dimissione	AN	8	181	188		CON
122.0	Ora Indicazione al ricovero/dimissione	AN	4	189	192		CON
123.0	Problema clinico principale OBI	AN	5	193	197		CON
124.0	Prestazione principale erogata in OBI	AN	10	198	207		CON
125.0	Diagnosi principale uscita OBI	AN	5	208	212	Codice di diagnosi ICD-IX-CM	CON
	Filler	AN	38	213	250		NV

(*)

- Dovranno essere inviate tutte le prestazioni di pronto soccorso, **comprese quelle seguite da ricovero**; le prestazioni erogante per accessi seguiti di ricovero, devono comunque essere inviate anche nel flusso C4.

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

- Azienda sanitaria inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.2)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

4.13 Tracciato C4

Tracciato record file "C4"
Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

Scheda	**Nome Campo**	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice STS11	OBB
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	Indica il tipo di tracciato record (C4)	OBB
45.0	Istituto richiedente	AN	8	14	21	Codice HSP11+BIS in alternativa STS11	OBB
32.0	Codice reparto richiedente	AN	4	22	25		OBB
33.0	Scheda nosologica	AN	10	26	35		CON
	Filler	AN	1	36	36		CON
15.0	Data erogazione 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
57.0	Modalità di erogazione	AN	1	94	94		OBB
116.0	N. Scheda Ricetta	AN	16	95	110		CON
08.0	Codice fiscale	AN	16	111	126	A partire dalla rilevazione di gennaio 2016	NOB
	Filler	AN	24	127	150		NV

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

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

- ASL inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.2)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

4.14 Tracciato C5

Tracciato record file "C5"
Attività SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

Scheda	**Nome Campo**	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice STS11	OBB
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	Indica il tipo di tracciato record (C5)	OBB
08.0	Cod. fiscale	AN	16	14	29		NOB
42.0	Codice regione richiedente	AN	3	30	32		OBB
37.0	Codice Azienda richiedente	AN	3	33	35		OBB
45.0	Codice istituto richiedente	AN	8	36	43	Codice HSP11+BIS in alternativa STS11	OBB
15.0	Data erogazione prestazione	AN	8	44	51		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	52	58		OBB
18.0	Quantità	N	3	59	61		OBB
21.0	Importo totale	N	8	62	69		OBB
	Filler	AN	4	70	73		NV
25.0	Codice branca	AN	2	74	75	Codice della branca come indicato nel nomenclatore tariffario	CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	76	76	**S**: sostituzione, **C**: Cancellazione, **SPAZIO**: primo invio	NOB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	77	96		OBB
49.0	Tipo codice prestazione	AN	1	97	97	Codice per indicare prestazioni non presenti nel nomenclatore	CON
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	98	103	Indicare la matricola dell'unità produttiva erogante.	OBB
126.0	Tipo attività	AN	1	104	104		OBB
	Filler	AN	46	105	150		NV

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

- ASL inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.2)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

5 SCHEDE ANALITICHE

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

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

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

Tracciato Riporta l'elenco dei tracciati record a cui la scheda si riferisce

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

N° scheda Rif. Riporta il numero della scheda di riferimento contenuta nella prima colonna del tracciato record.

Nome del Campo Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.

Descrizione del campo Riporta una descrizione del campo.

Correttezza Formale Contiene cinque righe così articolate:

LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.

FORMATO: definisce il campo quale *alfanumerico* o *numerico.* Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.

VALORI AMMESSI: espone i soli valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella di riferimento.

TABELLE DI RIFERIMENTO: quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga.

Correttezza Logica Sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico. La descrizione dettagliata è accessibile nel capitolo 0 del documento.

Osservazioni e Precisazioni Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		02.0
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		

NOME CAMPO: Azienda sanitaria inviante

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'azienda sanitaria inviante il blocco di informazioni

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.

TABELLE DI RIFERIMENTO: La tabella delle Aziende Sanitarie regionali è reperibile http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione
Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli"

- Dati trasversali comuni e stati esteri

CONTROLLI APPLICATI
L03 – Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante **Per il tracciato B:** L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante **Per i tracciati C, C2:** L17 – La ricetta non deve essere già esistente

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Per tracciati C, C2.;. il valore deve essere uguale per l'intero blocco di informazione nel file dei dati di dettaglio.

Per il tracciato C:
In caso di autoimpegnative viene verificato che non sia già stata inviata da quell'Asl, mentre per DM e DPCM non viene controllato l'ente inviante ma solo se è presente negli archivi regionali dei flussi.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		03.1
NOME CAMPO: Ente inviante del flusso			

DESCRIZIONE CAMPO
Per Tracciati C: Codice struttura erogatrice STS11 **Per Tracciati C2:** Codice struttura HSP11-BIS

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis presente sul sistema PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Strutture	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati C, C2: L02 –Congruenza tra data di erogazione della prestazione, data di apertura e chiusura dell'ente inviante del flusso e dell'ente erogatore L03 – Congruenza tra codice ente e codice azienda inviante **Per i tracciati C, C2:** L17 – La ricetta non deve essere già esistente

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. 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		

NOME CAMPO: Ente erogatore

DESCRIZIONE CAMPO
Per Tracciati C, C4, C5: Codice struttura erogatrice STS11 **Per Tracciati C2:** Codice struttura HSP11-BIS

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis presente sul sistema PADDI, per cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile – Strutture	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati C, C2, C4, C5: L02 – Congruenza tra data di erogazione della prestazione, data di apertura e chiusura dell'ente inviante del flusso e dell'ente erogatore L03 – Congruenza tra codice ente e codice azienda inviante L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione **Per il tracciato C:** LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione **Per il tracciato C5:** L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda inviante **Per il tracciato C2:** LE2 - Congruenza tra codice reparto, modalità di dimissione ed ente erogante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se il valore è quello della tabella STS11 il campo sarà composto dal codice STS11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi. Per i tracciati C e C2 deve esistere corrispondenza tra il codice ente inviante e il codice erogatore tra flusso sezione anagrafica e sezione prestazioni, per cui il controllo L02 viene applicato sia sull'ente erogatore che sull'ente inviante. 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	CON		04.0
B	OBB		
NOME CAMPO: Codice medico prescrittore			

DESCRIZIONE CAMPO
Tracciato B: codice medico regionale **Tracciato ANAG**: codice regionale del medico, codice fiscale 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 medico, codice STS11, 099999R, E99999R, codice fiscale medico, AG99999 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei medici presente sul sistema PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella medici è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabelle istituti pubblici – Tabelle 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 LF5 - Congruenza tra il tipo di erogazione della ricetta e medico

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato B: sono ammessi solo i codici regionali. **Per il tracciato ANAG flussi C** **Ricette del SSN cartacee:** Per ricetta Regione Piemonte se la ricetta è presente nel sistema R.U.R. (registro unico delle ricette) il codice del medico viene individuato a livello centrale e pertanto il campo deve essere compilato a spazio. Nel caso di ricetta SSN altra regione indicare valore E99999R **Ricette cartacee AUTOIMPEGNATIVE e AGENDA GRAVIDANZA** • Ricette relative ad accessi diretto - Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio nel caso di accesso diretto - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto accesso diretto ospedaliero - "AD99999" per accesso diretto • Ricette relative ad impegnative interne ospedaliere : - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa del reparto a cui appartiene lo specialista - Codice STS11 se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all'accesso diretto - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione. - Codice fiscale del medico specialista prescrittore. Dalle prescrizioni del 01/10 accettato solo • Ricette prescritte da INPS e carceri è prevista la seguente codifica:"099999R" • Ricette relative all'agenda di gravidanza è prevista la seguente codifica: "AG99999"

- Ricetta autoimpegnativa sostitutiva di ricetta SSN non prescritta correttamente: Codice regionale J\.!lJ'vfG o PLS

Ricette Elettroniche DEMATERIALIZZATE : Codice Fiscale 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		05.0
B	OBB		

NOME CAMPO: Cognome

DESCRIZIONE CAMPO
Cognome del paziente a cui la prescrizione si riferisce

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 30	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Cognome dell'assistito (*) Per i tracciati **ANAG** è ammesso il valore "ANONIMO" per le normative che Prevedono l'anonimato. TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG: L13 – Congruenza anonimato **Per i tracciati ANAG C2 e B:** L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		06.0
B	OBB		

NOME CAMPO: Nome

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

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

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG: L13 – Congruenza anonimato **Per i tracciati ANAG C2 e B:** 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	OBB		08.0
B	OBB		
C5	NOB		
NOME CAMPO: Codice fiscale			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice fiscale o altro codice identificativo del paziente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice fiscale o altro codice identificativo specifico TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 10.	

CONTROLLI APPLICATI

Per tutti i tracciati ANAG:
L13 – Congruenza anonimato
L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza
L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa
SA1 – Codice fiscale non presente in archivio AURA.
LE6 – Congruenza tra data prescrizione/data erogazione (C2), codice STP/ENI e Banca Dati Centri ISI regionali
Per il tracciato ANAG C2:
L30 – Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione
Per il tracciato ANAG C:
SA2 – Congruenza tra posizione utente ticket, data prescrizione, codice esenzione e codice fiscale per esenzioni da reddito
LX4 – Congruenza tra numero ricetta NRE e codice fiscale del paziente
Per tutti i tracciati C2 e B
L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.
Per il tracciato 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 10.
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:
I codici STP/ENI emessi dalla regione Piemonte (identificabili dal codice regione "010" inserito dopo i caratteri STP o ENI) dovranno essere attivi alla data di prescrizione/erogazione nella Banca Dati Centri ISI regionale. Sui codici STP/ENI emessi da centri ISI fuori regione verrà effettuato solo un controllo formale che abbia la seguente struttura: "STP+ codice regione (non 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, So=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)

Accettato anche i codici fiscali non ancora definitivi con il, formato previsto di 11 cifre. Tale codice fiscale provvisorio deve essere registrato in AURA, in caso contrario non viene riconosciuto valido.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		09.0
NOME CAMPO: Sesso			

DESCRIZIONE CAMPO
Sesso dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1 (per maschio) o 2 (per femmina) TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori sono stati uniformati al flusso dei Dimessi; 1- Maschio 2- Femmina

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		10.0
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 C2 L30 – Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente **Per i tracciati ANAG C:** L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita **Per i tracciati ANAG:** L04 – Congruenza tra data di nascita e data erogazione della prestazione **Tracciato B** L46 – Congruenza tra data di nascita e inizio assistenza

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		11.0
B	OBB		

NOME CAMPO: Provincia e comune o stato estero di residenza

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 6	FORMATO: AN

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

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Tabella ISTAT dei Comuni italiani, Tabella stati esteri, reperibile al seguente link
http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione
Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli"
• Dati trasversali comuni e stati esteri
Tabella al paragrafo 10.

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
Per i tracciati ANAG:
L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa
L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza L90
- Congruenza informazioni tessera sanitaria europea
Per i tracciati B, ANAG C2:
L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome

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 Provincie 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		12.0
B	OBB		

NOME CAMPO: ASL di residenza

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'ASL in cui risiede l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella per i residenti in Italia. Per gli stranieri non residenti e apolidi indicare '999' TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ASL d'Italia, reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri Tabella al paragrafo 10.	

CONTROLLI APPLICATI
L06 – Congruenza tra Provincia e comune di residenza e ASL di residenza **Per il tracciato ANAG:** L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa **Per il tracciato B :** L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO
Per il tracciato C: Numero poligrafico riportato sul ricettario nazionale, oppure numero dell'impegnativa interna, oppure numero della ricetta Dematerializzata (NRE). **Per il tracciato C2:** numero di registrazione di accesso in pronto soccorso

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: **Per il tracciato C:** Numero poligrafico riportato sul ricettario nazionale, oppure numero dell'impegnativa interna, oppure numero della ricetta Dematerializzata (NRE). Tabella al paragrafo 10. **Per il tracciato C2:** numero di registrazione di accesso in pronto soccorso TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L17 – La ricetta non deve già essere esistente L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa **Per il tracciato ANAG flusso C:** L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore L94 – Congruenza tra numero ricetta e tipologia prescrizione S06 – Ricetta del SSN non ancora registrata in R.U.R. LX1 - Congruenza tra numero ricetta, flag ricetta interna per tipo di prescrizione DPCM LX2- Prescrizione DM annullata LX3 - Numero di ricetta NRE non presente in archivio: LX4 - Congruenza tra numero ricetta NRE e codice fiscale del paziente

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato ANAG C: 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 cartacee 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 impegnative prescritte in dematerializzata da MMG,PLS, medico ospedaliero (DM 2 novembre 2011) è previsto il seguente schema: codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e 7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo) Per prestazioni prescritte con l'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 cirfe 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 ANAG 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		

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		

NOME CAMPO: Data di erogazione della prestazione

DESCRIZIONE CAMPO
Per i tracciati C, C2, C4, C5: Data di erogazione della prestazione

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

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato C: L01 – Congruenza tra data inizio ciclo e data erogazione della prestazione L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo **Per il tracciato C2:** L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e età del paziente L30 – Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione **Per i tracciati C, C2:** L04 – Congruenza tra data di nascita e data erogazione della prestazione **Per i tracciati C, C2, C4, C5,:** L05 – Congruenza tra codice prestazione ed anno di erogazione L08 – Congruenza tra data erogazione della prestazione e data di trasmissione L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione L02 – Congruenza tra data di erogazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente inviante del flusso **Per i tracciati C, C2:** L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione

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		

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, vedi l'excel allegato i fogli denominati "TAB 01" e "TAB 02"
Per il tracciato C: Allegato "1"; Allegato "2" branca 79 per soli residenti e branche 08, 29, 58, 69, 70, 81 e 98 per tutte le tipologie di pazienti
Per il tracciato C2: Allegato "1"; Allegato "2" ; e valore '0000000'
Per i tracciati C4, C5: Allegato "1"; Allegato "2"
Per i tracciati C4,C5: inserire il codice procedura ICD IX-CM identificante la prestazione se e solo se il campo 49.0 è opportunamente valorizzato, la tabella di riferimento è reperibile al seguente link
http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo
Nella sezione "Materiali regionali"

- **Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)**

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 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
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
LD7 - Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico
LF9 - Congruenza tra codice catalogo e codice prestazione
LG3 – Congruenza tra codice della prestazione ed erogabilità della prestazione.
Per i tracciati C, C2, C4, C5:
L05 – Congruenza tra codice prestazione ed anno di erogazione
L16 – Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento.
L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca
Per tracciato C2:
LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso
Per tracciato C eC2:
L75 – Congruenza tra codice emocomponenti e flussi C e C2

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 le ricette dematerializzate prescritte dal 1 ottobre 2016 è obbligatorio il codice del catalogo campo 118.0, in questo caso si può omettere la compilazione del codice nomenclatore. Per le altre tipologie di prescrizioni successive al 01 ottobre sono ammessi o il codice catalogo, o il codice nomenclatore oppure entrambi. **Per il tracciato C2**: nell'ambito della rilevazione valorizzare '0000000' nel caso di accesso in pronto soccorso non seguito dall'erogazione della prestazione (modalità di dimissione A o M)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
B	OBB		18.0
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	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:** 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, C2, C5: L11 – Congruenza tra Importo totale, quantità **Per i tracciati C, C2:** L47 – Congruenza tra quantità totale del record anagrafico e la somma delle quantità dei record di 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 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 numero di mensilità di assistenza 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.
C	OBB		19.0
C2	OBB		

NOME CAMPO: Posizione utente nei confronti del Ticket

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 0,1, 2, 3, 4, 5, 17,18,19,20,NT	

CONTROLLI APPLICATI

Per i tracciati C e C2:

L07 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e codice identificativo esenzione.
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:

L56 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket ed età del paziente (modificato)
LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso
LE4 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket.

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 e Allegato 2 prestazioni di cui alla D.G.R. 61-13646 del 22.03.2010

Per il tracciato C2 (vedi paragrafo 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)
21 – titolare del codice Giubileo " valido dal 07/12/15-20/11/16.

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
L36 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e importo ticket **Per il tracciato C:** LB9 - Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Nomenclatore tariffario regionale **Per il tracciato C2:** L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso LE4 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere **NNNN,NN** **Per il tracciato C:** L'importo massimo è pari a 66,15 Euro rif DGR n°11-2490 del 29/07/2011 **Per il tracciato C2**: l'importo è pari a 25,0 Euro, in presenza di codice colore bianco alla dimissione, ad eccezione delle esenzioni previste.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		21.0
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C5	OBB		

NOME CAMPO: Importo totale

DESCRIZIONE CAMPO
Per il tracciato B: l'importo totale è uguale al prodotto tra il campo quantità e il valore fisso 11,00 Euro. **Per i tracciati C, C2:** l'importo totale della riga di dettaglio è ottenuto moltiplicando la quantità delle prestazioni per il prezzo unitario. Per la riga anagrafica indica la differenza tra la somma di tutti gli importi totali delle righe di dettaglio e l'importo del ticket a carico dell'utente. .

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Per le righe di dettaglio i valori previsti nelle tabelle di riferimento rapportate alla quantità. TABELLE DI RIFERIMENTO: nomenclatore tariffario regionale ove previsto. La tabella è presente sul sistema PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tariffario_Regionale_Prestazioni	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati B, C2, C5: L11 – Congruenza tra importo totale, quantità **Per il tracciato C2:** LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere **NNNNN,NN** In caso di importo negativo il segno meno deve essere il primo carattere (–NNNN,NN). **Per il tracciato C2:** la prestazione deve essere valorizzata secondo quanto previsto dal nomenclatore ambulatoriale. È 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 **oppure** dagli importi previsti dalle convenzioni tra le Aziende.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		23.0
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		

NOME CAMPO: Tipo record

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia del tracciato record

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:
Per il tracciato B: valore ammesso "B "
Per il tracciato C: valore ammesso "C "
Per il tracciato C2: valore ammesso "C2"
Per il tracciato C4: valore ammesso "C4"
Per il tracciato C5: valore ammesso "C5"
TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per i tracciati C, C2: Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di righe di dettaglio. Il campo deve essere obbligatoriamente compilato , in quanto identifica il tipo di flusso ed è necessario per discriminare i controlli da applicare

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

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

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

CONTROLLI APPLICATI
L01 – La data inizio ciclo minore o uguale alla data di erogazione 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 La tabella delle Branche specialistiche è presente nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 08".	

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 L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo **Per i tracciati C e C2:** L47 – Congruenza tra quantità totale del record anagrafico e la somma delle quantità dei record di dettaglio **Per i tracciati C, C2,C4,C5:** L10 - Congruenza tra codice prestazione e codice branca

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

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		**29.0**
C2	OBB		

NOME CAMPO: Codice Diagnosi

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD-IX-CM identificante la patologia.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle codici ICD-IX-CM 2007, reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione "Materiali regionali" • **Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)**	

CONTROLLI APPLICATI
Flusso C L49 - Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il solo tracciato C il campo deve essere compilato contemporaneamente ai campi 52.0 e 53.0 Per i tracciati C, C2 vengono verificati i primi tre caratteri del codice; **per il tracciato C2 viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19** (rif. Nota regionale n. 10042 del 24/03/2020 - tabella "Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)".

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

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'unità operativa che richiede la prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: i primi due caratteri sono valori presenti in tabella, i successivi due sono valori compresi tra 01 e 99 (*) TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella presente nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 07".	

CONTROLLI APPLICATI

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - C2	CON		33.0
C4	CON		
NOME CAMPO: Scheda nosologica			

DESCRIZIONE CAMPO
Numero della scheda nosologica dell'episodio di ricovero.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: (*) TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato C2 LE1 - Congruenza tra scheda di ricovero e modalità di dimissione

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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
B	OBB		35.0
NOME CAMPO: Data inizio assistenza			

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

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

CONTROLLI APPLICATI
L25 – Congruenza tra data di inizio assistenza, data di fine assistenza e data di trasmissione L26 – Congruenza tra quantità e numero di mensilità di assistenza erogate L46 – Congruenza tra data nascita e data di inizio assistenza L29 – Periodo di assistenza non sovrapponibile

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Vedi paragrafo 4.6 FLUSSO B – PRECISAZIONIFLUSSO B – PRECISAZIONI

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

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

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

CONTROLLI APPLICATI
L25 – Congruenza tra data di inizio assistenza, data di fine assistenza e data di trasmissione L26 – Congruenza tra quantità e numero di mensilità di assistenza erogate 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 4.6 FLUSSO B – PRECISAZIONI

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

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'azienda sanitaria che richiede la prestazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella oppure '999'. (*), LEA TABELLE DI RIFERIMENTO: La tabella delle Aziende Sanitarie regionali, che è reperibile al seguente link (*). http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri	

CONTROLLI APPLICATI
L33 – Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente

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'.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		38.0
B	OBB		
C	OBB		
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		

NOME CAMPO: Identificativo Esterno

DESCRIZIONE CAMPO
Identificativo univoco utilizzato per la gestione del movimento del record.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: una stringa di caratteri univoca nell'ambito dell'azienda sanitaria inviante, dell'ente erogatore e del tipo record TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Tracciati C/C2: Il codice deve essere univoco nell'ambito dell'azienda inviante e del tipo record. Il codice deve essere diverso anche per anni di competenza diversi; il campo deve essere compilato nella sua interezza Tale identificativo viene utilizzato nell'invio del flusso C/C2 al Ministero della Salute e pertanto si rende necessaria una un'uniformità di compilazione che si attiene alle seguenti regole: • primi 8 caratteri: codice struttura ministeriale inviante (campo 03.1) se STS11 completare a destra con carattere 00 • successivi 4 caratteri: anno competenza • successivi 8 caratteri: una qualsiasi combinazione di cifre numeriche e lettere dell'alfabeto (maiuscole) Non sono ammessi caratteri speciali, spazi, lettere minuscole, simboli; Tracciati B, C4, C5: Le modalità di compilazione sono libere ma sono ammessi solo lettere maiuscole, cifre numeriche.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		**39.0**
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 presente nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 07".	

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

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per deve essere compilato nei seguenti casi : - per strutture afferenti l'area "09 – Aree funzioni territoriali" e codice specialità 01 - **Tracciato C** - rilevare le prestazioni svolte dagli psicologi Rif Nota regionale n°38817/2006 del 17/10/2009 – **Tracciato C e C4** **Per i tracciati C:** nel caso di prestazioni erogate dal medico ospedaliero indicare il codice reparto (codice disciplina + progressivo divisione). Nel caso di prestazioni erogate da medici specialisti convenzionati interni indicare la disciplina ospedaliera.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	NOB		40.0
B	NOB		
C	NOB		
C2	NOB		
C4	NOB		
C5	NOB		

NOME CAMPO: Tipo movimento

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: spazio per inserimento "C" per cancellazione "S" per sostituzione TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzare il campo in funzione delle specifiche riportate nel capitolo 4.1CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE

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 reperibili al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri	

CONTROLLI APPLICATI
L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		43.0
C2	CON		

NOME CAMPO: Codice identificativo esenzione

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici esenzione reperibile sul sistema PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabella codici esenzione	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati C e C2: L07 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e codice identificativo esenzione. **Per il tracciato C** SA2 – Congruenza tra posizione utente ticket, data prescrizione, codice esenzione e codice fiscale per esenzioni da reddito **per cod. esenzione 'E10'**: LE7 – Congruenza tra codice esenzione, data prescrizione e codice fiscale per esenzione in Aura

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 STS11 e HSP11-bis presente sul sistema PADDI, per cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile – Strutture	

CONTROLLI APPLICATI
Flusso C5: L31 – Congruenza tra Azienda Sanitaria Inviante e Azienda richiedente L33 – Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto 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 totale del record anagrafico e la somma delle quantità dei record di 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 118			

DESCRIZIONE CAMPO
Numero scheda intervento di emergenza 118

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 12	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE3 - Congruenza tra modalità di arrivo in PS e scheda intervento 118 (controllo valido dalla competenza del 01.10.2010)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il dato deve essere rilevato solo per il tracciato C2 per i passaggi in pronto soccorso nel caso di pazienti transitati con mezzi di soccorso del sistema di Emergenza Sanitaria 118. I criteri di compilazione sono i seguenti: • Primi due caratteri sono numerici: identificano la Centrale Operativa 118. Nel caso di centrale 118 della Regione Piemonte valori ammessi da 01 a 04, per centrali operative fuori regione valore ammesso 99 • Due lettere maiuscole + quattro cifre, che rappresentano l'identificativo della richiesta di soccorso; • Due numeri che identificano il numero progressivo dei mezzi intervenuti nella specifica missione di soccorso. (es: 01, 02, 03 … con zero iniziale significativo e obbligatorio per le missioni inferiori alla decima) Alcuni esempi: 01BK597201 03HF634201 99RK243502

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: AN
VALORI AMMESSI: "E" TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

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.
ANAG-C	CON		52.1
NOME CAMPO: Codice struttura che redige il progetto			

DESCRIZIONE CAMPO
È 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 presente sul sistema PADDI, per cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile – Strutture	

CONTROLLI APPLICATI
L49 – Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo L57 – Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56, codice disciplina e progressivo divisione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura: • privata provvisoriamente o definitivamente accreditata, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con il codice "56" (codice di disciplina) ed il campo 52.3 deve essere omesso; • 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; • 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		52.2
NOME CAMPO: Codice disciplina			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice disciplina di riferimento della struttura che redige il progetto

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: codici discipline TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella delle discipline reperibile nell'excel allegato, nel foglio denominato "TAB 07".	

CONTROLLI APPLICATI
L49– Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo L57- Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56, codice disciplina e progressivo divisione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura: • privata provvisoriamente o definitivamente accreditata, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con il codice "56" (codice di disciplina) ed il campo 52.3 deve essere omesso; • 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; • 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 tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo L57 – Congruenza tra codice struttura che redige il progetto nell'ambito della BRANCA 56, codice disciplina e progressivo divisione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura privata provvisoriamente o definitivamente accreditata, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con il codice "56" (codice di disciplina) ed il campo 52.3 deve essere omesso. Se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo territoriale, oltre al codice STS11 deve essere compilato il campo 52.2 con la disciplina di riferimento e il campo 52.3 deve essere omesso; se la struttura che ha formulato il progetto è una struttura pubblica di tipo ospedaliero oltre al codice STS11 devono essere compilati i campi 52.2 e 52.3 rispettivamente con la disciplina e il progressivo di divisione di riferimento. Nel caso di struttura ambulatoriale interna ad istituto ospedaliero omettere il progressivo divisione

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		53.0
NOME CAMPO: Codice disabilità			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: N (ma se non presente valorizzare con 'spazio')
VALORI AMMESSI: valori da 2 a 6 TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L49 – Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il codice 1 è escluso perché il percorso di riabilitazione non è erogabile in regime ambulatoriale. Se il campo è valorizzato con il codice "6" allora i campi 52.1, 52.2 e 52.3 possono non essere compilati, solamente nel caso in cui venga reiterato il progetto riabilitativo di riferimento.

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

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: S, N TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo serve ad indicare l'osservazione di paziente instabile: riguarda i pazienti che necessitano di un periodo di osservazione per la definizione dell'iter diagnostico e/o terapeutico appropriato (regime di ricovero o rinvio al medico di base o al domicilio) I valori possibili hanno il seguente significato S – il paziente è stato sottoposto ad osservazione breve intensiva N – il paziente **non è** stato sottoposto ad osservazione breve intensiva Il campo va compilato nei due valori di riferimento (S/N) in conformità con la definizione di osservazione breve intensiva prevista con D.G.R. n. 15-12160 del 21 settembre 2009. Per i pazienti in età pediatrica e donne in stato di gravidanza il riferimento è la D.G.R. 21-7261 del 7 ottobre 2002.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		57.0
C4	OBB		

NOME CAMPO: Madalità d'erogazione

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il tipo di erogazione della ricetta

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Flusso C: A, G, D, M, Z, I, E, R, T Flusso C4: P, R, S TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Tracciato C: LF5 – Congruenza tra il tipo di erogazione della ricetta e il medico prescrittore nel caso di ricetta autoimpegnativa **Tracciato C4** LF8 - Congruenza tra Modalità di erogazione e Scheda nosologica

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Flusso C A: accesso diretto è consentito per le seguenti specialità: ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche), psichiatria e neuropsichiatria infantile G: ricetta specialistica relativa all'agenda gravidanza D: ricetta specialistica interna, elettronica dematerializzata o cartacea, ospedaliera M: Ricetta a correzione ricetta SSN non prescritta correttamente da parte di MMG, PLS o Convenzionato Z: altri tipi autoimpegnativa T: Telemedicina Dalle prescrizioni del 01/10/2015 per le ricette dematerializzate interne nuove codifiche: I: le ricette prescritte per iniziare un percorso al SERT, al DSM, nel CONSULTORIO e nel SIMT (attivo dal 01/10/2015 per ricette dematerializzate) E: ricette prescritte in Pronto Soccorso alla dimissione ed erogate successivamente da altre unità operative R: ricette prescritte durante prestazioni pre-post ricovero S: accesso diretto formalizzati per specifiche prestazioni di visita in ambito oculistico, odontoiatrico, ginecologico,pediatrico, neuropsichiatrico Flusso C4 P: prestazioni erogate prima del ricovero R:Prestazione erogate durante il ricovero S:Prestazioni erogate a seguito del ricovero

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		59.0
C2	OBB		

NOME CAMPO: Luogo di erogazione

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Flusso C: A, D, I Flusso C2: B,C,F,L,P,Q,S,Y,Z TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Flusso C indicare: "A" : prestazione erogata in modalità ambulatoriale "D" : prestazione erogata in modalità domiciliare "I" : prestazione erogata in modalità ADI Flusso C2 indicare: "B" : Aggressione "C" : Casa "F" : Autolesionismo "L" : Lavoro "P" : Esercizio pubblico "Q" : Scuola "S" : Strada "Y": Impianto sportivo "Z" : Altro

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la provenienza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Flusso C: M,C Flusso C2: A, B, C, D, E, F, G, H, Z TABALLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Flusso C L49 – Congruenza codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito e codice struttura che redige il progetto **Flusso C2** L53 – Congruenza tra provenienza assistito, medico proscrittore e data prescrizione. L93 – Congruenza tra codice istituto provenienza e provenienza assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Flusso C Se la branca è 56 (riabilitazione) ed è presente un progetto di riabilitazione il campo assume i valori: "M": la provenienza del paziente è determinata da una disciplina medica "C" : la provenienza del paziente è determinata da una disciplina chirurgica Il valore viene dedotto dalle informazioni rilevate dal progetto di riabilitazione **Flusso C2** A : medico di medicina generale/ pediatra libera scelta B : medico di continuità assistenziale C: specialista D: trasferito da istituto pubblico E: trasferito da privato accreditato o provvisoriamente accreditato F: trasferito da privato non accreditato G: Intervento C.O. 118 H: decisione propria Z: altro

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		61.0
NOME CAMPO: Cittadinanza			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la cittadinanza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici stati esteri reperibili al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri Tabella al paragrafo 10.	

CONTROLLI APPLICATI
L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Assume valore - 100 per la cittadinanza italiana - codice stato estero definito dal Ministero dell'Interno - 999 per apolide

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		62.0

NOME CAMPO: Regione Residenza

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la regione italiana cui appartiene il comune di residenza dell'assistito o lo stato estero di residenza

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 reperibili al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione Nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli" • Dati trasversali comuni e stati esteri Tabella al paragrafo 10	

CONTROLLI APPLICATI
L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa

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		63.0
NOME CAMPO: ID Cittadino			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il "Numero di identificazione personale" di cui al campo nr. 6 dalla Tessera Europea di Assicurazione di Malattia (TEAM)

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 10.	

CONTROLLI APPLICATI
L90 – Congruenza informazioni tessera sanitaria europea L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per i Cittadini di Stati appartenenti all'U.E., allo S.E.E. o alla Confederazione Svizzera (CH), non in possesso di Codice fiscale e dotati di Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM), con il Codice di identificazione personale del titolare TEAM a 20 caratteri alfanumerici di lunghezza massima – rilevato dallo spazio 6 della tessera.

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare “Il numero di identificazione dell’istituzione competente”, di cui al campo nr. 7 dalla tessera europea di assicurazione di malattia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 28	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE o nella Confederazione Svizzera).

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		65.0
NOME CAMPO: Nr. Identificativo tessera			

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 o nella Confederazione Svizzera).

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – C	OBB		66.0
ANAG – C2	CON		

NOME CAMPO: Tipo medico prescrittore - **Campo non attivo**

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice della tipologia del prescrittore

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 01, 02, 03, 04, 05, 99 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella tipologia prescrittore	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
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		

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, data di erogazione e data progetto riabilitativo 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, 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
NOME CAMPO: Data prenotazione			

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

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

CONTROLLI APPLICATI
L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo L82 – Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione

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

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

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia di indicazione della prescrizione della ricetta

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: S, A TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L94 – Congruenza tra numero ricetta e tipologia prescrizione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
"S" : suggerita; indica se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero. "A" : altro Tale informazione deve essere dedotta dalla biffatura dell'apposita casella della nuova ricetta. Per impegnative interne o accesso diretto del paziente indicare "A"

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

DESCRIZIONE CAMPO
Priorità della prescrizione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: U, B, D,P TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Indicare: "U" – per "urgente": da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore "B" – per "breve": da eseguire entro 10 giorni "D" – per "differita": da eseguire - entro 15 o 30 giorni per le visite - entro 30 o 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. 17-4817 del 27.03.2017 e successivi atti attuativi.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		71.0
NOME CAMPO: Tipo ricetta			

DESCRIZIONE CAMPO
Individua la tipologia di ricetta

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al paragrafo 10.	

CONTROLLI APPLICATI
L89 - Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa 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 L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa

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 ,5 ,6 , 7, 8, A, M TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L92 – Congruenza tra Modalità di dimissione e istituto di destinazione LA7 – Congruenza campi solo accesso in pronto soccorso LE1– Congruenza tra scheda di ricovero e modalità di dimissione LE2 – Congruenza tra codice reparto, modalità di dimissione ed ente erogante LE4 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket. LE5– Congruenza tra motivo trasferimento e modalità di dimissione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Codici ammessi 0 : ricoverato nella stessa struttura 1 : deceduto 2 : dimissione a domicilio 5: rifiuta il ricovero 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 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: 1,2,3,4,5 TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE4 - Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Codici ammessi 1 : Bianco – Non critico, paziente non urgente 2 : Verde – poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili 3 : Giallo – mediamente critico, priorità immediata 4 : Rosso – molto critico, priorità massima pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure. 5: Nero - deceduto Solo in caso di solo accesso al pronto soccorso (modalità di dimissione A o M), senza l'erogazione della prestazione, il campo dovrà riportare il codice colore codificato al triage.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-C2	CON		76.0

NOME CAMPO: Istituto di provenienza

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il codice HSP11 – BIS o STS11dell'istituto di provenienza

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella HSP11-BIS / STS11 è presente sul sistema PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Strutture La tabella degli istituti fuori Regione è presente sull'excel allegato	

CONTROLLI APPLICATI
L93 - Congruenza tra codice istituto provenienza e 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 è presente sul sistema PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Strutture La tabella degli istituti fuori Regione è presente sull'excel allegato	

CONTROLLI APPLICATI
L92 - Congruenza tra modalità di dimissione e istituto di destinazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		78.0
NOME CAMPO: Data scadenza TEAM			

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 o nella Confederazione 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 o nella Confederazione Svizzera). Legenda valori A : Lavoratore subordinato B : Lavoratore autonomo C : Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori subordinati D : Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori autonomi E : Altro

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		80.0
NOME CAMPO: Codice Riferimento Normativo			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il riferimento normativo per la gestione della mobilità internazionale

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

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE o nella Confederazione Svizzera). Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore “221A”.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		81.0
NOME CAMPO: Codice attestato			

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

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

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE o nella Confederazione 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		
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 Flusso C: LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione

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		83.0
NOME CAMPO: Codice percorso paziente			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare l'inserimento del paziente in un percorso oncologico CAS/GIC o diabetologico

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: "064", "085" TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Attualmente valorizzabile: • per soggetti inseriti in un percorso oncologico CAS/GIC: indicare il valore '064' • per soggetti inseriti in un percorso diabetologico: indicare il valore '085'

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – C	CON		84.0
NOME CAMPO: Stampa PC			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la modalità di prescrizione della ricetta

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 0,1,2, spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LB8 – Congruenza tra ricetta e Stampa PC

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per ricette S.S.N. sono ammessi i seguenti valori: • 0 – ricetta prescritta manualmente • 1 – ricetta informatizzata con presenza, della biffatura “Stampa PC” e del codice fiscale in modalità barcone • 2– ricetta informatizzata con presenza della biffatura “Stampa PC”, ma con assenza del codice fiscale in modalità barcode Per le ricette dematerializzate il campo deve essere valorizzato con spazio. Per autoimpegnative interne il campo deve essere valorizzato con spazio

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C - ANAG	CON		91.0
NOME CAMPO: Flag ricetta non completa			

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

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI spazio, 'N' TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LB9 – Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Nomenclatore tariffario regionale

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			
	Modalità		N° Scheda Rif.
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, 90.93.790.93.8, 90.93.9,90.94.1,90.94.2, 90.94.2, 90.94.3, 90.94.6, 90.94.7, 90.95.4, 90.96.6 Codici prestazioni che identificano l'antibiogramma: 90.84.1, 90.84.4, 90.84.5, 90.85.1, 90.85.2, 90.88.3, 90.84.2, 90.86.1, 90.86.2, 90.88.4, 90.90.4, 90.91.5, 90.92.1, 91.04.2, 91.04.3, 91.07.4, 91.07.4, 91.07.5, 91.08.3

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		93.0
NOME CAMPO: Onere Spesa			

DESCRIZIONE CAMPO
Informazione relativa all'onere della spesa.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: S, M, A, I e spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L89 – Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed 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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		94.0
NOME CAMPO: Data Entrata PS			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il giorno di arrivo al PS

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

CONTROLLI APPLICATI
LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		95.0
NOME CAMPO: Ora Entrata PS			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il momento di arrivo al PS e di presa in carico infermieristica o del momento del triage ove attivato

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

CONTROLLI APPLICATI
LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		96.0
NOME CAMPO: Modalità arrivo			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la modalità di arrivo “fisica” in PS

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1,2,3,4,5,6,7,9 TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE0 - Congruenza tra modalità di arrivo in PS e identificativo centrale operativa 118 LE3 - Congruenza tra modalità di arrivo in PS ed scheda intervento

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Codici ammessi • 1: Ambulanza 118 • 2: Altra Ambulanza • 3: Autonomo (arrivato con mezzi propri) • 4: Elicottero 118 • 5: Altro Elicottero • 6: Mezzo di soccorso 118 di altre regioni • 7: Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Polizia, ecc.) • 9: Non rilevato

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		97.0
NOME CAMPO: Identificativo Centrale 118			

DESCRIZIONE CAMPO
Identifica la centrale operativa 118 che ha attivato la missione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE0 - Congruenza tra modalità di arrivo in PS e identificativo centrale operativa 118

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I primi tre caratteri del campo devono essere valorizzati con il codice regione di riferimento della centrale operativa 118

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		98.0
NOME CAMPO: Problema principale			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il problema principale riscontrato al momento del triage

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella 'Problemi principali' reperibile nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 06".	

CONTROLLI APPLICATI
LE4 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		99.0
NOME CAMPO: Triage Accesso PS			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice colore assegnato per la visita medica all'assisto

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1,2,3,4 TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi • 1 : Bianco – Non critico, paziente non urgente • 2: Verde – poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili • 3: Giallo – mediamente critico, priorità immediata • 4: Rosso – molto critico, priorità massima pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		100.0
NOME CAMPO: Data presa in carico PS			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il giorno della presa in carico del paziente da parte del medico

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

CONTROLLI APPLICATI
LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		101.0
NOME CAMPO: Ora presa in carico PS			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il momento della presa in carico del paziente da parte del medico

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

CONTROLLI APPLICATI
LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		102.0
NOME CAMPO: Data dimissione PS			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la data dimissione dal PS dell'assistito

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

CONTROLLI APPLICATI
LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OBB		103.0
NOME CAMPO: Ora dimissione PS			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il momento della dimissione dal PS dell'assistito

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

CONTROLLI APPLICATI
LD9 - Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OSP		104.0
NOME CAMPO: Tipo Referto			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'eventuale compilazione dei referti

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1,2,3,9 TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi • 1: Inali • 2: Autorità giudiziaria • 3: ASL per morso di animale (cane e canidi) • 9: Altro

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		105.0
NOME CAMPO: Codice reparto ricovero			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il reparto in cui il paziente è stato ricoverato alla dimissione dal pronto soccorso

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: i primi due caratteri sono valori presenti in tabella, i successivi due sono compresi tra 01 e 99(*) TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Discipline ospedaliere presente nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 07".	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato C2: LE2 - Congruenza tra codice reparto, modalità di dimissione ed ente erogante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		106.0
NOME CAMPO: Motivo trasferimento			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il motivo che ha spinto il PS al trasferimento del paziente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1,2,3 TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE5 - Congruenza tra motivo trasferimento e modalità di dimissione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi • 1: In continuità di soccorso • 2: Per mancanza di posto letto • 3: Ritorno all'ospedale che ha richiesto la consulenza

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OSP		107.0
NOME CAMPO: Codice diagnosi secondaria 1			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD – IX –CM identificante la patologia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle codici ICD – IX –CM,, reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione "Materiali regionali" • **Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)**	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il controllo formale verifica i primi 3 caratteri del codice; **viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19** (rif. Nota regionale n. 10042 del 24/03/2020 - tabella "Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)")

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OSP		108.0
NOME CAMPO: Codice diagnosi secondaria 2			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD – IX –CM identificante la patologia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle codici ICD – IX –CM, , reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione "Materiali regionali" • **Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)**	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il controllo formale verifica i primi 3 caratteri del codice; **viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19** (rif. Nota regionale n. 10042 del 24/03/2020 - tabella "Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)")

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OSP		109.0
NOME CAMPO: Codice diagnosi secondaria 3			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD – IX –CM identificante la patologia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle codici ICD – IX –CM, reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione "Materiali regionali" • **Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)**	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il controllo formale verifica i primi 3 caratteri del codice; **viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19** (rif. Nota regionale n. 10042 del 24/03/2020 - tabella "Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)")

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	OSP		110.0
NOME CAMPO: Codice diagnosi secondaria 4			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD – IX –CM identificante la patologia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabelle codici ICD – IX –CM, reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione "Materiali regionali" • **Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)**	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il controllo formale verifica i primi 3 caratteri del codice; **viene verificato per la totalità dei caratteri nei casi riferiti a COVID-19** (rif. Nota regionale n. 10042 del 24/03/2020 - tabella "Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2(PS)")

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		112.0
NOME CAMPO: Tipo accesso			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se la prestazione viene effettuata come primo accesso o meno

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 0,1 TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi: • 0: indica altro accesso • 1: indica primo accesso

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	OBB		113.0
NOME CAMPO: Garanzia Tempi Massimi			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicazione della garanzia dei tempi massimi di attesa

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 0,1 TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi: • 1: utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi d'attesa • 0: utente che non rientra nella categoria precedente

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		114.0
NOME CAMPO: Data progetto riabilitativo			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la data del Progetto Riabilitativo Individuale

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

CONTROLLI APPLICATI
L05 – Codice di prestazione esistente nell'anno di erogazione L49 - Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo L80 – Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		115.0
NOME CAMPO: Ricetta Precedente			

DESCRIZIONE CAMPO
Riportare l'indicazione del numero ricetta precedente con la quale è stata prescritta l'attuale erogazione di prestazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA:16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Da applicarsi alle sole ricette impegnative ospedaliere prescritte in dematerializzata. Valido uno dei seguenti formati: - Ricetta Poligrafico: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) - 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) - (Ricetta DM 2011 – Dematerializzata) codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo)

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C4	CON		116.0

NOME CAMPO: N. Scheda Ricetta

DESCRIZIONE CAMPO
Identifica il numero della ricetta con il quale è stato identificato sul flusso C l'intervento in Day – Hospital ambulatoriale (prestazioni a pacchetto).

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA:16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LF7 – Congruenza tra modalità di erogazione, Scheda Nosologia o N. scheda Ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valido uno dei seguenti formati: • Ricetta Poligrafico: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) • 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) • (Ricetta DM 2011 – Dematerializzata) codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo)

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		117.0

NOME CAMPO: Flag Ricetta Interna

DESCRIZIONE CAMPO
Il campo indica, per le ricette elettroniche dematerializzate, se la ricetta è stata prescritta internamente ad una struttura pubblica.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA:16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1, spazio TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LF8 – Congruenza flag ricetta interna e numero ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C	CON		118.0

NOME CAMPO: Codice Catalogo Prestazione

DESCRIZIONE CAMPO
Il campo riporta il la codifica come da catalogo prestazioni rif.to DD 561 del 15/09/2016

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA:10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella del catalogo prestazioni	

CONTROLLI APPLICATI
LF9 – Congruenza tra codice catalogo e codice prestazione
LG3 – Congruenza tra codice della prestazione ed erogabilità della prestazione.
L10 – Congruenza tra codice prestazione e codice branca

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo sarà rilevato dalle prescrizioni a partire dalle prescrizioni del 01 Ottobre 2016. Per le prescrizioni antecedenti al 01 ottobre 2016 è obbligatorio la compilazione del campo 17.0 codice prestazione per tutte le tipologie di ricette. Per le ricette dematerializzate prescritte dal 1 ottobre 2016 è obbligatorio il codice del catalogo campo 118.0, in questo caso si può omettere la compilazione del codice nomenclatore. Per le altre tipologie di prescrizioni successive al 01 ottobre 2016, in questa fase transitoria sono ammessi: il codice catalogo, o il codice nomenclatore oppure entrambi

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		119.0
NOME CAMPO: Data Inizio OBI			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il giorno in cui ha inizio l'OBI

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

CONTROLLI APPLICATI
LG5 - Congruenza tra data/ora inizio OBI e data/ora presa in carico PS,data ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		120.0
NOME CAMPO: Ora Inizio OBI			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica ora di inizio dell'OBI

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

CONTROLLI APPLICATI
LG5 - Congruenza tra data/ora inizio OBI e data/ora presa in carico PS,data ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		121.0

NOME CAMPO: Data Indicazione al ricovero/dimissione

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il giorno in cui si da indicazione per il ricovero o la dimissione dal pronto soccorso

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

CONTROLLI APPLICATI
LG6 - Congruenza tra data/ora Indicazione al ricovero/dimissione e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato se è presente la data/ora inizio OBI.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		122.0
NOME CAMPO: Ora Indicazione al ricovero/dimissione			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'ora in cui si da indicazione per il ricovero o la dimissione dal pronto soccorso

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

CONTROLLI APPLICATI
LG6 - Congruenza tra data/ora Indicazione al ricovero/dimissione e data/ora dimissione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato se è presente la data/ora inizio OBI.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		123.0
NOME CAMPO: Problema clinico principale			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il problema clinico che ha motivato il ricovero in OBI

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: il codice Diagnosi ICD–IX–CM come indicato nelle Tabelle di riferimento, senza il carattere '.' TABELLE DI RIFERIMENTO: **Tabella A-"Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti adulti"** e **Tabella B-"Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti pediatrici"** riportate nel capitolo 9 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato se è presente la data/ora inizio OBI.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		124.0
NOME CAMPO: Prestazione principale erogata in OBI			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice catalogo della prestazione principale erogata in OBI (la più importante per gravità clinica e impegno di risorse)

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella del Catalogo prestazioni	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato se è presente la data/ora inizio OBI.

TRACCIATO	Modalità		N° Scheda Rif.
C2	CON		125.0

NOME CAMPO: Diagnosi principale di uscita dall'OBI

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice della diagnosi principale (la più importante per gravità clinica e impegno di risorse) assegnata alla dimissione dall'OBI

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella codici ICD-IX-CM 2007, reperibile al seguente link reperibile al seguente link http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo Nella sezione "Materiali regionali" • **Diagnosi/procedure ICD – 9 – CM 2007 (file excel)**	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato se è presente la data/ora inizio OBI.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
C5	OBB		126.0
NOME CAMPO: Tipo attività			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia di attività rendicontata nel flusso C5.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 'T', spazio TABELLE DI RIFERIMENTO	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Indicare : 'T' – attività Trasfusionale spazio – per le altre tipologie

'

6 SCHEDE DEI CONTROLLI

Il seguente paragrafo riporta i controlli logici, formali e bloccanti per i tracciati.
Il primo carattere del codice individua la classe di appartenenza del codice:

L logico
F formale
N bloccante

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

6.1 Controlli Logici (tipo L)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L01	**Congruenza tra data inizio ciclo e data erogazione della prestazione** La data di inizio ciclo deve essere minore o uguale alla data di erogazione	SI	24.0	Data inizio ciclo
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L02	**Congruenza tra data di erogazione della prestazione, data di apertura e chiusura dell'ente inviante del flusso e dell'ente erogatore** I codici dell'ente inviante (per il flusso ANAG C e C2) e dell'ente erogatore devono esistere alla data di erogazione della prestazione. Quindi la data di erogazione della prestazione deve essere compresa tra la data di apertura e chiusura dell'ente .	SI	03.1	Ente inviante del flusso
			03.2	Ente erogatore
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L03	**Congruenza tra codice ente e codice azienda inviante** Il codice deve essere attivo presso l'Azienda sanitaria inviante. Per i flussi ANAG il controllo viene effettuato sul campo" 03.1 Ente inviante de flusso", mentre per i flussi C4 e C5 viene preso in considerazione il campo "03.2 Ente erogatore"	SI	03.1	Ente inviante del flusso
			03.2	Ente erogatore
			02.0	Codice Azienda Inviante
L04	**Congruenza tra data di nascita e data erogazione della prestazione** La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione.		10.0	Data di nascita
			15.0	Data di erogazione della prestazione
L05	**Congruenza tra codice prestazione ed anno di erogazione** Il codice prestazione indicato deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione. Per il flusso C, nel caso di prestazione relativa alla branca 56 (RRF), a partire dalla data di prescrizione del 03/11/2010 il codice di prestazione deve esistere rispetto alla data del progetto riabilitativo (riferimento DGR 42-941 del 03/11/2010).	SI	15.0	Data di erogazione della prestazione
			17.0	Codice prestazione
L06	**Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e ASL di residenza** Se il Comune di residenza è un Comune italiano allora l'azienda sanitaria di residenza deve appartenere a tale Comune. Se il Comune di residenza contiene "999999" oppure "999EEE"	SI	11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	Asl residenza
			15.0	Data di erogazione della

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	oppure “STPEEE” allora l’Asl di residenza deve contenere “999”			prestazione
L07	**Congruenza tra i campi posizione utente nei confronti del ticket e 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 presente sul sistema PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell’area “Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabella codici esenzione	SI	19.0	Posizione utente nei confronti ticket
			43.0	Codice identificativo esenzione
L08	**Congruenza tra data erogazione della prestazione e data di trasmissione.** La data di erogazione/data inizio assistenza (flusso B) non deve essere maggiore della data di trasmissione del flusso	SI	15.0	Data di erogazione della prestazione
			35.0	Data inizio assistenza
				Data trasmissione
L10	**Congruenza tra codice prestazione e codice branca** Per il flusso C viene verificata anche la congruenza tra branca e codice catalogo	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca
			118.0	Codice Catalogo Prestazione
L11	**Congruenza tra importo totale, quantità** (per le sole righe dettaglio) 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. 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.	SI	21.0	Importo totale
			18.0	Quantità
L12	**Congruenza tra l’importo totale anagrafico, importi totali righe di dettaglio e ticket.** L’importo totale presente sulla riga del record anagrafico deve essere uguale alla sommatoria degli importi totali delle singole righe di dettaglio meno l’importo ticket presente sulla riga del record anagrafico. Controllo valido solo per il flusso C2	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
L13	**Congruenza anonimato** Nel caso di cittadini residenti in Italia, cittadini italiani all’estero e assistiti italiani SASN ed in presenza di ricette autoimpegnative vengono effettuate le seguenti verifiche: • se il codice fiscale uguale a sedici ‘9’ allora il Cognome dovrà essere valorizzato ad “ANONIMO” ed il Nome dovrà essere “ANONIMO” • nel caso di cittadini stranieri STP ed ENI, allora il Cognome dovrà essere valorizzato ad “ANONIMO” ed il Nome dovrà essere “ANONIMO” e il campo del codice fiscale dovrà riportare il codice STP /ENI indicato nel	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante
			13.0	Numero Ricetta

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	tesserino. Per le ricette poligrafico, DM e DPCM l'anonimato segue le regole del MEF, per cui il nome dovrà essere indicato come "ANONIMO" ed il cognome "ANONIMO", mentre il codice fiscale dovrà essere indicato in chiaro. Per il tracciato C2 se il Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO il codice fiscale dovrà essere uguale a sedici '9' oppure STP9999999999999 o ENI9999999999999			
L15	**Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione** Per residenti in Italia: il codice della Provincia e del Comune di residenza deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione. Per residenti all'estero: il codice dello Stato estero deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.	SI	11.0 15.0	Data di erogazione della prestazione Data di erogazione della prestazione
L16	**Codice prestazione esistente nel nomenclatore tariffario di riferimento** Il codice prestazione deve essere presente nel nomenclatore tariffario di riferimento. Le prestazioni della branca 79 dell'allegato "2" possono essere erogate solo a pazienti residenti con esclusione delle prestazioni riferite alla NAD (nutrizione artificiale domiciliare) erogabili anche dai centri di riferimento della Rete regionale- individuati con appositi atti di Giunta. Per il flusso C e C2 il controllo verifica anche l'Asl di residenza e l'Azienda sanitaria inviante per identificare i pazienti residenti, mentre per i C4 e C5 non vengono effettuate verifiche sui campi 2.0 e 12.0 Le prestazioni delle altre branche dell'allegato "2" possono essere erogate a tutte le tipologie di pazienti.	SI	17.0 25.0 12.0 2.0	Codice prestazione Codice Branca ASL di residenza Azienda sanitaria inviante
L17	**La ricetta non deve essere già esistente** Per il flusso C2 il numero scheda pronto soccorso non deve esistere per l'ente erogatore Per il flusso C, in caso di auto impegnativa cartacea la ricetta non deve esistere per l'azienda inviante. Per DM e DPCM viene verificato che non esista negli archivi regionali Segnalato in caso di ricetta corretta inviata con un identificativo esterno differente da quello originale.	SI	03.0 13.0	Ente erogatore Numero ricetta
L18	**Congruenza tra campi quantità e branca 56 e codice prestazione** Per la branca 56 la quantità totale delle prestazioni presenti nella ricetta è pari a 36 su 3 righe di prestazioni prescrivibili distinte. Tale limite standard massimo di quantità delle prestazioni totali per ricetta, può arrivare a 36 + 8 = 44 in presenza di prestazioni di valutazione, identificate con i codici regionali 93.04.3, 93.04.4, 93.05.6, 93.05.7, 93.05.9, 93.01.5 e 93.01.6. Per tali codici sono infatti ammesse al massimo 4 distinte righe di prestazioni con ciascuna un massimo di quantità 2 per riga.. Inoltre, in presenza delle prestazioni di counselling, identificate dai codici regionali 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, tale quantità può		17.0 18.0 25.0	Codice prestazione Quantità Codice Branca

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	arrivare a 56 + 2 + 2 + 2 = 62 in caso di prescrizioni DPCM, autoimpegnative interne e ricette rosse, mentre per le DM 44 + 2 + 2 + 2 = 50, cioè con una quantità massima 2 per ogni distinto codice prestazione di counselling su 3 righe. Il totale massimo assoluto delle righe in ricetta è quindi 11, comprensiva del totale di tutte le casistiche sopra esposte.			
L19	Congruenza tra campi quantità e branca 98 e codice prestazione Per la branca 98 il campo quantità della riga del record anagrafico può essere superiore ad 8: • in presenza dei codici prelievo 91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4, in questo caso il numero massimo di prestazioni può essere 16. Sono ammessi fino a 6 codici diversi di prelievo per una quantità massima di 8 e fino ad 8 altre prestazioni. • in presenza del codice 90.81.5 il numero massimo di prestazioni può essere 40 (per ulteriori dettagli si veda il paragrafo 4.4)	SI	25.0	Codice Branca
			17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
L20	**Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome** Se i primi tre caratteri del codice fiscale sono STP e ENI, i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a STP e ENI.. Se codice fiscale è pari a sedici nove i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a 999 oppure il Nome = 'ANONIMO' e Cognome ='ANONIMO'.	SI	05.0	Nome
			06.0	Cognome
			08.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	ASL di residenza
L21	**Congruenza tra campi branca 56 e codice prestazione** Per la branca 56, la prestazione 93.16 può comparire se nella ricetta è presente il codice prestazione 93.11.6.	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branca
L25	**Congruenza tra data di inizio assistenza, data di fine assistenza e data di trasmissione** La data di Cessazione Assistenza non deve essere maggiore della data di trasmissione (data di elaborazione) e deve essere uguale o superiore alla Data di Inizio Assistenza	SI	35.0	Data inizio Assistenza
			36.0	Data Fine Assistenza
L26	**Congruenza tra quantità e numero di mensilità di assistenza erogate** La quantità deve essere uguale al numero di mensilità di assistenza erogate come indicato al paragrafo 4.7 FLUSSO B – PRECISAZIONI	SI	18.0	Quantità
			35.0	Data Inizio Assistenza
			36.0	Data Fine Assistenza
L27	**ASL di residenza deve essere diversa dal codice Azienda Inviante**	SI	02.0	Codice Azienda Inviante
			12.0	ASL di residenza
L29	**Periodo di assistenza non sovrapponibile** Viene controllato che per il periodo compreso tra le date di inizio e cessazione assistenza, deve esistere un solo record con la stessa Asl di residenza e lo stesso Codice Fiscale.	SI	08.0	Codice fiscale
			12.0	ASL di residenza
			35.0	Data Inizio Assistenza
			36.0	Data Fine Assistenza
L30	**Congruenza tra codice fiscale neonati, data di nascita e data erogazione della prestazione** Se il codice fiscale contiene tutti zero (Neonati) la differenza fra data erogazione e data nascita non deve superare i 30 giorni	SI	08.0	Codice fiscale
			15.0	Data erogazione prestazione
			10.0	Data di nascita
L31	**Congruenza tra Codice Azienda Inviante e Azienda richiedente** la struttura richiedente deve essere diversa da quella di erogazione.	SI	2.0	Azienda sanitaria inviante
			42.0	Codice regione richiedente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	Il codice dell'azienda sanitaria inviante deve essere diverso dal codice dell'azienda sanitaria richiedente		45.0	Azienda richiedente
L33	**Congruenza tra Azienda richiedente e codice istituto richiedente** L'istituto richiedente deve appartenere all'Azienda richiedente	SI	45.0	Codice istituto richiedente
			37.0	Codice azienda richiedente
L36	**Congruenza tra posizione utente ticket e importo ticket** Se il campo posizione utente nei confronti del ticket assume i valori "2" o "4" l'importo deve essere maggiore di zero; se il campo posizione utente nei confronti del ticket assume valori "0","1","5" l'importo deve essere uguale a zero; se il campo posizione utente nei confronti del ticket è uguale a "3" l'importo deve essere uguale a zero tranne che con cod. esenzione "E10" (esenzione relativa alla quota fissa)	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
L46	**Congruenza tra data nascita e data inizio assistenza** La data di nascita deve essere minore o uguale alla data inizio assistenza	SI	10.0	Data di nascita
			35.0	Data inizio assistenza
L47	**Congruenza tra quantità totale del record anagrafico e la somma delle quantità dei record di dettaglio** La somma del campo quantità righe dettaglio deve essere uguale al campo quantità del record anagrafico **Per il flusso C:** la quantità delle prestazione deve essere inferiore o uguale 8 per tutte le branche con eccezioni si rimanda a specifici controlli come da 4.4NUMERO PRESTAZIONI PER RICETTA **Per il flusso C2:** la quantità delle prestazioni deve essere inferiore a 100.	SI	18.0	Quantità (riga dettaglio)
			47.0	Quantità totale prestazioni
			25.0	Codice branca
L48	**Sostituzione numero ricetta non ammessa** Per sostituire un numero di ricetta occorre inviare il record con lo stesso ID Esterno e numero ricetta assegnando al Tipo movimento il valore 'C', successivamente inviare il record con il numero ricetta corretto e il tipo movimento 'S' oppure spazio.	SI	13.0	Numero ricetta
			38.0	Identificativo esterno
			40.0	Tipo movimento
L49	**Congruenza tra codice disabilità, codice diagnosi, codice provenienza assistito, codice struttura che redige il progetto e data progetto riabilitativo.** Per le ricette relative alla branca 56, a partire dalla data di prescrizione del 03/11/2010, vengono verificate le seguenti condizioni: − in presenza di prestazioni visita (codice 89.01 e codice 89.7) , il campo codice diagnosi e il campo codice disabilità non sono obbligatori; − in tutti gli altri casi è obbligatoria la compilazione di tutti campi relativi al progetto riabilitativo, ovvero Codice Diagnosi, Codice Disabilità, Data Progetto, Codice Struttura Progetto e Provenienza Assistito. Esclusivamente nel caso in cui nella ricetta sia presente la sola	SI	17.0	Codice prestazione
			29.0	Codice diagnosi
			52.0	Codice struttura progetto
			53.0	Codice disabilità
			60.0	Provenienza assistito
			114.0	Data progetto riabilitativo

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	prestazione 93.03- "Valutazione protesica", il controllo L49 non viene applicato in quanto non rientra in un progetto riabilitativo.			
L50	**Congruenza tra campi quantità, codice branca 79 e codice prestazione** Le prestazioni 96.61.1 o 99.15.1 di branca 79 dell'allegato 2 del nomenclatore tariffario possono avere quantità massima 90	SI	17.0 18.0 25.0	Codice prestazione Quantità Codice branca
L51	**Congruenza tra campi quantità, codice branca 70 e codice prestazione** (Il controllo non viene applicato per la libera professione) Per la branca 70 il campo quantità della riga del record anagrafico deve essere minore o uguale a 72 e si accettano fino a 6 diversi codici di prestazione.	SI	17.0 18.0 25.0	Codice prestazione Quantità Codice branca
L53	**Congruenza tra provenienza assistito, medico prescrittore e data prescrizione.** Se provenienza assistito è valorizzato con codice "A" deve essere compilato il campo medico prescrittore con un codice medico e il campo data prescrizione.	SI	04.0 60.0 67.0	Codice medico Provenienza assistito Data prescrizione
L56	**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 19.0 15.0	Data nascita Posizione utente nei confronti del ticket Data di erogazione della prestazione
L57	**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 52.2 52.3	Codice istituto Codice disciplina Progressivo divisione
L73	**Congruenza tra 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 arrivare ad un massimo di 10. Si ricorda che tali prestazioni, se presenti in ricetta, devo essere rendicontate singolarmente (unica riga, unica prestazione)	SI	17.0 18.0	Codice prestazione Quantità
L75	**Congruenza tra codice emocomponenti e flussi C e C2** I codici elencati degli emocomponenti, NON possono essere inviate con i flussi "C" e "C2" La "Tabella codici per emocomponenti" è presente sul sistema PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali. La tabella è disponibile nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabella codici per emocomponenti	SI	17.0	Codice prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L76	**Congruenza tra codice prestazione e struttura erogante** Le prestazioni 14.29.1 e 93.95 sono erogate solo da strutture abilitate mediante D.G.R.	SI	17.0	Codice prestazione
			03.0	Ente erogante
L77	**Congruenza tra codici prestazioni 89.7.1 e 89.7** La prestazione 89.7.1 può essere inviata solo in presenza della prestazione 89.7	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branca
L80	**Congruenza tra data prescrizione, data prenotazione, data inizio ciclo, data di erogazione e data progetto riabilitativo** Il controllo è valido solo per la branca 56. La data di prenotazione, la data di prescrizione ed eventualmente la data del progetto riabilitativo devono essere minori o uguali alla data di inizio ciclo (se presente) e minori o uguali alla data di erogazione della prestazione	SI	15.0	Data di erogazione della prestazione
			24.0	Data inizio ciclo
			25.0	Codice Branca
			67.0	Data di prescrizione
			68.0	Data di prenotazione
L81	**Congruenza tra data prescrizione e data di nascita** La data di prescrizione non deve essere inferiore alla data di nascita	SI	10.0	Data di nascita
			67.0	Data di prescrizione
L82	**Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione** La data di prescrizione deve essere antecedente o uguale alla data di prenotazione. Inoltre la differenza tra la data di competenza del flusso e la data di prescrizione non deve essere superiore ai tre anni.	SI	67.0	Data di prescrizione
			68.0	Data prenotazione
L83	**Congruenza tra data inizio ciclo e quantità prestazioni erogate** Se il campo quantità vale 1 la data di inizio ciclo deve essere nulla.	SI	24.0	Data inizio ciclo
			18.0	Quantità prestazioni
L84	**Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza** Se il codice cittadinanza vale 100 (cittadino italiano) il codice fiscale non può essere un codice STP e viceversa	SI	08.0	Codice fiscale
			61.0	Cittadinanza
L85	**Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza** Il comune di residenza deve esistere nella regione indicata	SI	11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			62.0	Regione di residenza
			23.0	Tipo record
L87	**Congruenza tra data prestazione e data nascita** La differenza in anni tra la data di prestazione e la data di nascita non può essere superiore a 110 anni. (Viene utilizzata la massima data prestazione della sezione prestazioni)	SI	10.0	Data di nascita
			15.0	Data prestazione
L89	**Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa** Devono essere rispettate le regole di congruenza tra campi definiti dalla tabella riportata a paragrafo 09	SI	08.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	ASL di residenza
			15.0	Data erogazione prestazione
			61.0	Cittadinanza
			62.0	Regione o stato estero di residenza
			63.0	ID cittadino
			71.0	Tipo ricetta
			93.0	Onere spesa
L90	**Congruenza informazioni tessera sanitaria europea**	SI	63.0	ID Cittadino
			65.0	Nr. Identificativo tessera

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE o con Confederazione Svizzera (CH), i campi relativi alla tessera TEAM devono essere tutti compilati ed il tipo ricetta deve essere valorizzato con un dei seguenti valori "UE", "IM" ,"NE". Per i cittadini italiani residenti all'estero (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) è necessario valorizzare tutti i campi relativi alla tessera team e compilare l'onere spesa ad "M". Le informazioni della tessera TEAM non sono necessarie per i 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 è valorizzato ad 'S' quindi sono a carico SSN.		64.0	Codice istituzione competente
			78.0	Data scadenza TEAM
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			93.0	Onere Spesa
L91	**Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore** Il codice medico prescrittore può essere inviato compilandolo con spazi in caso di: - ricette rosse in quanto l'informazione è contenuta nell'archivio regionale RUR. - DM e DPCM poiché il codice medico è presente negli archivi regionali delle ricette dematerializzate		04.0	Codice medico prescrittore
			13.0	Numero ricetta
L92	**Congruenza tra modalità di dimissione e istituto di destinazione** Se modalità di dimissione è valorizzato con codice 6, 7 allora il campo istituto di destinazione deve essere compilato, e viceversa	SI	73.0	Modalità di dimissione
			77.0	Istituto di destinazione
L93	**Congruenza tra codice istituto provenienza e provenienza assistito**. Deve essere rispettata la tabella al paragrafo 10 relativa al controllo in oggetto	SI	60.0	Provenienza assistito
			76.0	Istituto di provenienza
L94	**Congruenza tra numero 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	Numero ricetta
			69.0	Tipologia di prescrizione
L95	**Congruenza informazioni mobilità internazionale**. Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE o con Confederazione Svizzera (CH), i campi "Qualifica Beneficiario", "Codice Riferimento Normativo", "Codice Attestato" devono essere tutti valorizzati Ad eccezione dei cittadini italiani residenti all'estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996) dove onere spesa valorizzato ad 'S'	SI	79.0	Qualifica beneficiario
			80.0	Codice riferimento normativo
			81.0	Codice attestato
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			93.0	Onere Spesa
L96	**Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità produttiva** Se la branca di erogazione è 64 e il codice prestazione è 89.07	SI	17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice branca

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	allora la disciplina dell'unità produttiva deve essere il codice 64 – Oncologia		82.0	Matricola unità produttiva
L97	**Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione**. L' unita 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 10.	SI	03.2	Ente erogatore
			15.0	Data erogazione prestazione
			82.0	Matricola unità produttiva
LA3	**Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione** Se l'istituto di erogazione e matricola dell'unità produttiva individuano una struttura dell'area 09 e codice specialità 01 deve essere compilato il campo disciplina di erogazione.	SI	03.2	Istituto erogatore
			39.0	Disciplina di erogazione
			82.0	Matricola unità produttiva
LA4	**Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket – stranieri** Se tipo ricetta è valorizzato con ST con codice fiscale STP la posizione utente nei confronti del ticket può assumere valori 0,1,2,5 (C e C2), 17, 18, 19, 20 (C2), NT (C). Se tipo ricetta è valorizzato con ST con codice fiscale ENI la posizione utente nei confronti del ticket può assumere valori 1,2,4,5 (C e C2), 17, 18, 19, 20 (C2), NT (C) Se tipo ricetta è valorizzato con EE,UE ,NE,NX oppure cittadino italiano residente all'estero o cittadino apolide la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori 1,2,3,5 (C e C2), 17,18,19,20 (C2) NT (C)	SI	71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			61.0	Cittadinanza
			62.0	Codice regione o stato residenza
LA6	**Congruenza tra tipo ricetta e posizione utente nei confronti del ticket** Se il campo tipo ricetta è valorizzato con NA o ND la posizione utente nei confronti del ticket può assumere i valori: • 1,2,3,5, NT per il flusso C • 1,2,3,5, 17,18,19,20 per il flusso C2	SI	71.0	Tipo ricetta
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
LA7	**Congruenza tra campi solo accesso in pronto soccorso.** In caso di posizione utente nei confronti del ticket valorizzato a "20" i campi quantità, importo ticket e importo totale andranno valorizzati a 0, il codice prestazione valorizzato a "0000000" e la modalità di dimissione uguale a A oppure M.	SI	17.0	Codice prestazione
			18.0	Quantità
			19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
			73.0	Modalità di dimissione
LB8	**Congruenza tra ricetta e Stampa PC** Se la ricetta è del tipo SSN allora il campo Stampa PC deve assumere uno dei seguenti valori: 0,1 o 2; se la ricetta è una autoimpegnativa allora il campo deve essere compilato a spazio.	SI	13.0	Numero ricetta
			84.0	Stampa PC

LB9	**Congruenza tra importo ticket e importi prestazioni da Nomenclatore tariffario regionale** (D.G.R. 73-13176 del 26.07.2004, D.G.R. 49-12479 del 2.11.2009 e s.m.i.) Per le prestazioni prescritte prima del 5 agosto 2011: Se l'importo ticket è inferiore a Euro 36,15 allora l'importo ticket riscosso deve essere congruente alternativamente con il valore riportato nell'Allegato 4 del Nomenclatore tariffario regionale nell'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011. Per le prestazioni prescritte a partire dal 5 agosto 2011: l'importo ticket deve essere calcolato come la somma tra il ticket calcolato in riferimento all'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011 fino a un massimo di 36,15 e la quota fissa per ricetta rimodulata in rapporto a valore della singola ricetta **(in presenza del cod. esenzione 'E10' la quota fissa sarà uguale a zero**). Il valore della singola ricetta è determinato dalla somma dei valori delle singole prestazioni presenti nell'allegato 4 della D.D. 49 del 25/01/2011 fino a un massimo di 30,00€ ; ne consegue che il totale della quota a carico del cittadino dovrà avere un tetto massimo complessivo di 66,15€. In tutti i casi, qualora il flag ricetta non completa sia valorizzato ad 'N' il ticket puo' essere superiore al ticket secondo le regole cui sopra"	SI	20.0	Importo ticket
			91.0	Flag ricetta non completa
			15.0	Data erogazione prestazione
			68.0	Data prenotazione
LC0	**Congruenza tra tipo prestazione ed ente richiedente, regione richiedente, azienda richiedente** Per il flusso C5 in caso di prestazioni staminali l'istituto richiedente deve essere valorizzato a "07002500", la regione richiedente deve essere valorizzata a "070" e l'azienda richiedente deve essere valorizzata a "103".	SI	42.0	Codice regione richiedente
			37.0	Codice Azienda richiedente
			45.0	Codice istituto richiedente
LD0	**Congruenza tra i campi posizione utente nei confronti del ticket NT e codice prestazione** Le prestazioni soggette al controllo LD0, sono state raccolte nell'excel allegato nel foglio denominato "TAB 01". Se la Posizione utente nei confronti del ticket è uguale a 'NT' allora il codice prestazione deve essere una di quelle individuate dalla D.G.R. 84 –10526 del 29/12/2009, oppure una delle analisi riflesse individuate dalla D.G.R. 21-9688 del 30.092008, se la struttura appartiene all'ASL TO4 o CN1, oppure una prestazione di cui all' Allegato 2 D.G.R. 61-13646 del 22.03.2010 Il controllo deve verificare la condizione viceversa, ad eccezione delle prestazioni individuate dalla D.G.R. 21-9688 del 30.092008	SI	19.0	Posizione utente nei confronti ticket
			17.0	Codice prestazione
			25.0	Codice Branca
LD1	**Congruenza tra codice prestazione e matricola unità produttiva per le prestazioni di DH** Per le prestazioni individuate dalla D.G.R. 84 –10526 del 29/12/2009, la matricola UP deve fare riferimento ad attività ambulatoriale ospedaliera erogata all'interno di una struttura dove sia presente un reparto con attività di ricovero corrispondente alla branca della prestazione DH.	SI	17.0	Codice prestazione
			82.0	Matricola Unità Produttiva
			25.0	Codice Branca
LD5	**Congruenza tra codice prestazione, codice esenzione**		17.0	Codice Prestazione

	Come definito nella DRG 46-10149 per la prestazione 89.61.A il codice esenzione deve essere uguale a '020'.		43.0	Codice identificativo esenzione
LD7	**Congruenza tra codice prestazione e flag positività esame batteriologico** Nel caso di prestazione di laboratorio la cui tariffa comprende l'antibiogramma, il Flag Positività esame batteriologico deve essere valorizzato (S / N). Inoltre è esclusa la compresenza delle prestazioni singole di identificazione batteriologica ed antibiogramma.	SI	17.0	Codice Prestazione
			92.0	Flag Positività esame batteriologico
LD9	**Congruenza tra data/ora ingresso PS, data/ora presa in carico e data/ora dimissione.** La presa in carico deve essere compresa tra l'ingresso in pronto soccorso e la dimissione dal pronto soccorso.	SI	94.0	Data Entrata PS
			95.0	Ora Entrata PS
			100.0	Data Presa in carico PS
			101.0	Ora Presa in carico PS
			102.0	Data Dimissione PS
			103.0	Ora Dimissione PS
LE0	**Congruenza tra modalità di arrivo in PS e identificativo centrale operativa 118.** In caso di modalità di arrivo in PS valorizzata con: 1 – ambulanza 118, 4 – Elicottero 118, 6 – Mezzo soccorso 118 di altre regioni, l'identificativo della centrale operativa 118, deve essere valorizzato. Vale anche il viceversa	SI	96.0	Modalità arrivo PS
			97.0	ID Centrale operativa 118
LE1	**Congruenza tra scheda di ricovero e modalità di dimissione.** In caso di modalità di dimissione "ricovero nella stessa struttura", deve essere compilato il campo relativo alla scheda nosologica.	SI	33.0	Scheda Nosologica
			73.0	Modalità di dimissione
LE2	**Congruenza tra codice reparto, modalità di dimissione ed ente erogante.** In caso di modalità di dimissione "ricovero nella stessa struttura", deve essere compilato il campo relativo alla codice reparto. Inoltre il reparto di ricovero deve esistere in anagrafe delle strutture con attività di ricovero. (ordinario o day hospital)	SI	03.2	Ente erogatore
			15.0	Data erogazione prestazione
			73.0	Modalità di dimissione
			105.0	Codice reparto ricovero
LE3	**Congruenza tra modalità di arrivo in PS e scheda intervento 118**. In caso di modalità di arrivo in PS valorizzata con: 1 – ambulanza 118, 4 – Elicottero 118, 6 – Mezzo soccorso 118 di altre regioni, il campo scheda intervento deve essere valorizzata.	SI	96.0	Modalità arrivo PS
			48.0	Scheda intervento 118
LE4	**Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket, codice colore, problema principale, modalità dimissione e importo ticket.** Nel caso di modalità dimissione valorizzata a '0', il campo importo ticket deve essere valorizzato a '0'. In caso di campo codice colore valorizzato a 1: se problema principale diverso da 10 e 26 e posizione ticket 2 allora l'importo	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			73.0	Modalità di dimissione
			74.0	Codice colore
			98.0	Problema principale

	ticket dovrà essere uguale a 25 euro; se macropatologia uguale a 10 2 26 allora la posizione utente dovrà essere uguale a 17 e l'importo ticket a 0 euro; In caso di campo codice colore valorizzato a 2,3,4 la posizione utente dovrà essere valorizzata a 19, l'importo ticket dovrà essere uguale a 0. Per il periodo dal 07/12/2015 al 20/11/2016, se posizione utente nei confronti del ticket valorizzata con 21, allora se codice colore valorizzato 1 e problema principale diverso da 10 e 26, allora l'importo ticket dovrà essere maggiore di zero, pari al valore tariffario delle prestazioni erogate durante il pronto soccorso. Negli altri casi l'importo ticket dovrà essere valorizzato a zero			
LE5	**Congruenza tra motivo trasferimento e modalità di dimissione.** Nel caso di modalità dimissione 'trasferimento in altro istituto', allora il motivo del trasferimento deve essere compilato. Vale anche il viceversa	SI	73.0 106.0	Modalità di dimissione Motivo Trasferimento
LE6	**Congruenza tra data prescrizione/data erogazione (C2), codice STP/ENI e Banca Dati Centri ISI regionali** Gli identificativi pazienti ENI/STP rilasciati dalle ASL della Regione Piemonte dovranno essere validi alla prescrizione della prestazione ambulatoriale (Flusso C) o erogazione (Flusso C2) della prestazione di pronto soccorso Nel controllo viene verificato che la data prescrizione/erogazione della prestazione sia compresa tra data inizio e fine validità del codice presente sulla Banca Dati Centri ISI regionale.		08.0 67.0 15.0	Codice fiscale Data prescrizione Data erogazione
LE7	**Congruenza tra codice esenzione, data prescrizione e codice fiscale per esenzione in Aura** Nel caso di cod. esenzione 'E10' viene verificata la presenza in Aura di tale esenzione per codice fiscale del paziente, con validità alla data della prescrizione.		43.0 08.0 67.0	Codice identificativo esenzione Codice fiscale Data prescrizione
LF5	**Congruenza tra modalita' erogazione e codice medico** Il controllo verifica la congruenza tra la modalità di erogazione, il medico prescritto ed il tipo di ricetta. La tabella contenente tutte le possibili casistiche inerenti il controllo è riportata nel paragrafo 10	SI	13.0 57.0 04.0	Numero Ricetta Modalità di erogazione Codice Medico Prescrittore
LF7	**Congruenza tra Modalità di Erogazione, Scheda Nosologica o N Scheda Ricetta** Nel caso di prestazione erogate durante il ricovero, deve essere indicato il numero di scheda nosologica, per ricovero ordinario o Day Hospital, oppure il numero della ricetta riferita all'intervento ambulatoriale	SI	33.0 116.0 57.0	Scheda nosologica N. Scheda Ricetta Modalità di erogazione
LF8	**Congruenza tra numero ricetta, flag ricetta interna e modalità di erogazione** Il campo flag ricetta interna potrà assumere valorizzato ad 1, ricetta interna (autoimpegnativa dematerializzata) solo per le ricette elettroniche dematerializzate. Nel caso in cui il flag ricetta interna	SI	13.0 117.0 57.0	Numero Ricetta Flag ricetta Interna Modalità di erogazione

	sia valorizzato ad 1 il campo modalità di erogazione potrà assumere uno dei seguenti valori: D: ricetta specialistica interna ospedaliera, I diretto formalizzati per specifiche prestazioni di visita in ambito oculistico, odontoiatrico, ginecologico, pediatrico neuropsichiatrico.			
LF9	**Congruenza tra codice catalogo e codice prestazione** Il codice catalogo indicato in ricetta deve essere congruente al codice prestazione da nomenclatore indicato, come DD 561 del 15/09/2016 e s.m.i. a partire dalla prescrizioni del 01 Ottobre 2016		17.0	Codice prestazione
			118.0	Codice catalogo prestazione
			67.0	Data prescrizione
LG3	**Congruenza tra codice della prestazione ed erogabilità della prestazione.** Con riferimento al catalogo delle prestazioni, come DD 561 del 15/09/2016 e s.m.i., sono ammesse solo le prestazioni indicate come erogabili, ovvero quelle con campo "Prestazione Erogabile" valorizzata ad "S"		17.0	Codice prestazione
			118.0	Codice catalogo prestazione
LG5	**Congruenza tra data/ora inizio OBI ,data/ora presa in carico PS, data/ora dimissione.** Nel caso di osservazione breve intensiva, la data/ora inizio OBI deve essere compresa tra la data/ora di presa in carico dal PS e la data/ora di dimissione.		100.0	Data Presa in carico PS
			101.0	Ora Presa in carico PS
			102.0	Data dimissione PS
			103.0	Ora Dimissione PS
			119.0	Data Inizio OBI
			120.0	Ora Inizio OBI
			55.0	Osservazione Breve Intensiva
LG6	**Congruenza tra data/ora indicazione al ricovero/dimissione data/ora presa in carico PS, data/ora dimissione.** La data/ora di indicazione al ricovero o alla dimissione, deve essere compresa tra la data/ora di presa in carico dal PS e data/ora di dimissione.		100.0	Data Presa in carico PS
			101.0	Ora Presa in carico PS
			102.0	Data Dimissione PS
			103.0	Ora Dimissione PS
			121.0	Data Indicazione al ricovero/dimissione
			122.0	Ora Indicazione al ricovero/dimissione
LX1	**Congruenza tra numero ricetta, flag ricetta interna per tipo di prescrizione DPCM** Numero di ricetta NRE indicato per prescrizione DPCM senza la valorizzazione del campo FLAG_RICETTA INTERNA. Si ricorda che in caso di prescrizioni DPCM di «ricetta rossa» nel campo 13.0 occorre indicare il numero di ricetta del poligrafico.		08.0	Codice Fiscale
			13.0	Numero Ricetta
			117.0	Flag Ricetta Interna
LX2	**Prescrizione DM annullata** Numero di ricetta NRE afferente ad una prescrizione annullata		13.0	Numero Ricetta
			08.0	Codice Fiscale
LX3	**Numero di ricetta NRE non presente in archivio** Numero di ricetta NRE per prescrizioni regionali DM di tipo specialistica non presente in archivio SAR/SAC. Vengono scartati anche invii relativi a NRE di tipo farmaceutico.		13.0	Numero Ricetta
			08.0	Codice Fiscale
LX4	**Congruenza tra numero ricetta NRE e codice fiscale del paziente** Nell'archivio SAR/SAC il numero ricetta NRE risulta attribuito ad un codice fiscale diverso da quello inviato		13.0	Numero Ricetta
			08.0	Codice Fiscale

6.2 Controlli Formali (tipo F)

I controlli formali vengono applicati a tutti i campi; nel caso di errata compilazione del campo l'errore restituito è il codice del campo in errore.
Per esempio se il campo 25.0 Codice Branca, obbligatorio, non viene compilato viene restituito tramite il gestore flussi il codice: "250 – errore formale sul campo codice branca"

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

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

6.3 Controlli Bloccanti (tipo N)

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

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
N09	Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto	SI	Lo stesso blocco informazioni è presente più volte nello stesso supporto
N10	Cambio anno di competenza dopo la chiusura contabile	SI	
N11	Cancellazione/sostituzione di ricetta anno contabile chiuso non ammessa	SI	Non sono ammesse sostituzioni o cancellazioni di ricette ad anno contabile chiuso.
N12	Blocco informazioni esistente per tipo movimento spazio.	SI	Nell'archivio esiste già un blocco con la stessa chiave logica; il blocco informazione deve essere inviato con tipo movimento a "S"

6.4 Segnalazioni (Warning)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S06	Ricetta del S.S.N. non ancora registrata in RUR	NO
S13	Ricetta inviata oltre la data prevista come "Primo Invio" del flusso, riferimento calendario regionale DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, la segnalazione è verificata sulla base della data di invio del supporto della ricetta	NO
S14	Ricetta inviata oltre la data prevista come "Consolidamento" del flusso, riferimento calendario regionale DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, la segnalazione è verificata sulla base della data di invio del supporto della ricetta	NO

SEGNALAZIONI (ALERT)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
SA1	**Codice fiscale non presente nell'archivio AURA**	I record inerenti a questa segnalazione verrarnno acquisiti a fini statici, mentre per quanto concerne l'eventuale valorizzazione si procederà secondo le indicazioni che verranno fornite dal competente Settore della Direzione Sanità
SA2	**Congruenza tra posizione utente ticket, data prescrizione, codice esenzione e codice fiscale per esenzioni da reddito** Il codice fiscale del paziente non risulta attribuito in Aura al codice esenzione per reddito indicato nella ricetta alla data della prescrizione.	I record inerenti a questa segnalazione verrarnno acquisiti a fini statici, mentre per quanto concerne l'eventuale valorizzazione si procederà secondo le indicazioni che verranno fornite dal competente Settore della Direzione Sanità
SX1	**Ricetta DM in stato prescritto**	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE presente in archivio SAR/SAC con ultimo stato "prescritto"; il processo di dematerializzazione non risulta completato.
SX2	**Prescrizione regionale tipo DPCM- Numero ricetta non presente in archivio**	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, per prescrizioni regionali (010), sia indicato un numero poligrafico DPCM non presente nell'archivio del SAR.
SX3	**Numero ricetta NRE fuori regione non presente in archivio**	Per le prescrizioni fuori regioni di ricette dematerializzate, il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE non presente nell'archivio del SAR. La ricetta fuori regione non è stata presa in carico correttamente dall'erogante.
SX4	**Ricetta DM in stato presa in carico**	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE presente in archivio con ultimo stato "presa in carico"; il processo di dematerializzazione non risulta completato.
SX5	**Ricetta DM in stato Annullamento ricetta erogata**	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE presente in archivio con ultimo stato "annullamento ricetta erogata"; il processo di dematerializzazione non risulta completato.
SX6	**Ricetta DM in stato sospeso**	Il record viene segnalato nel caso in cui nel campo 13.0 – numero ricetta, sia indicato un numero NRE presente in archivio con ultimo stato "ricetta sospesa"; il processo di dematerializzazione non risulta completato.
SX7	**Ricetta Autoimpegnativa Cartacea**	Utilizzo improprio della ricetta autoimpegnativa cartacea non coerente con le indicazioni regionali.

7 TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI

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

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

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

- N08 record di dettaglio inesistente a fronte del record anagrafico presente

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

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

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

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

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

8 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI

Far Riferimento al manuale di MOBS – Gestore Flussi

9 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

Le tabelle di supporto alla compilazione dei flussi prestazioni, vengono pubblicate su una apposita sezione nell'ambito Sistema Piemonte – PADDI – Cartella Flussi SDO e Prestazioni.

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

Per agevolare la consultazione del disciplinare e la verifica degli errori, sono state numerate e raccolte alcune tabelle di riferimento nel file alle excel "Disciplinare Prest_Pubb_Tabelle_Allegati_V01.xls" da considerarsi come parte integrante di questo documento. Per le tabelle di riferimento soggette a frequenti aggiornamenti da parte delle ASR sono stati inseriti nelle schede dei campi i link per poterle consultare su PADDI, a cui per poter accedere è necessario avere le credenziali.

La tabella di riferimento per :

- i codici delle aziende sanitarie regionali, ISTAT dei comuni italiani e stati esteri è reperibile al link sotto riportato nella sezione "Documentazione dati di riferimento per i controlli - Dati trasversali comuni e stati esteri"
  http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione

- dei medici è presente sul sistema PADDI nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabelle istituti pubblici – Tabelle medici" al link
  http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita

- codici STS11 e HSP11-bis sono presenti sul sistema PADDI nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Strutture
  http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita

- Tabelle codici ICD – IX –CM è reperibile al link sotto riportato nella sezione "Materiale regionale"
  http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali/3038-sdo

- Del tariffario regionale è presente sul sistema nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabelle istituti pubblici – Tariffario_Regionale_Prestazioni" al link
  http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita

- Tabella codici per emocomponenti è presente sul sistema PADDI nell'area "Reportistica (Regione, Asl, Aso, Presidi) – Tabella codici per emocomponenti al link
  http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita

Indicazioni MdS sulla codifica delle diagnosi in caso di infezione da covid-19 nel flusso C2 (PS)

Infezione Covid -19	Quadro clinico	Diagnosi principale	Diagnosi secondaria
Confermata	Polmonite	484.8 Polmonite in altre malattie infettive classificate altrove	078.89 Altre malattie da virus specificate
	Bronchite acuta	466.0 Bronchite acuta oppure 490 Bronchite, non specificata se acuta o cronica	078.89 Altre malattie da virus specificate
	Altra infezione acuta vie aeree	519.8 Altre malattie dell'apparato respiratorio, non classificate altrove	078.89 Altre malattie da virus specificate
	ARDS	518.82 Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove	078.89 Altre malattie da virus specificate
	Sintomi scarsi o assenti ma l'accesso al PS è legato al covid-19	078.89 Altre malattie da virus specificate	
	Sintomi scarsi o assenti ma l'accesso al PS non è legato al covid-19	Codice patologia motivo dell'accesso al PS	078.89 Altre malattie da virus specificate
Non confermata ma contatti positivi	Patologia respiratoria	Codice patologia motivo dell'accesso al PS	V01.79 Contatto con o esposizione ad altre malattie virali **oppure** V71.83 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici
	Nessuna patologia	V01.79 Contatto con o esposizione ad altre malattie virali **oppure** V71.83 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici	

Tabella A - Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti adulti

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	**4270** tachicardia parossistica sopraventricolare **4273**1 fibrillazione atriale **42789** altre aritmie cardiache	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio. Terapia farmacologica e/o elettrio e monitoraggio successiv cardioversione elettrica Esclusione di recidive	TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica FA o Flutter ad elevata rispost ventricolare e necessità d riduzione della FC	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso Scompenso cardiaco e SCA Eventi acuti	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG Consulenza cardiologica
ASMA	**493.92** asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico-strumentale Controllo farmacologico di sintomi Approfondimento diagnostico Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successiva della risposta alla terapia	Paziente stabile con broncospasm e dispnea (grado medio), no risolta al primo trattamento in PS (≥ 3 aereosol) Sp O2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90% Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio parametri vitali O2-terapia Somministrazione di farmac corticosteroidi e broncodilatator (salbutamolo o ipratropium mediante distanziatore nebulizzatore EGA
CEFALEA	**7840** cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici Monitoraggio paramentri: PA, fundus, TC, RMN; Consulenza neurologica Trattamento sintomatico	Cefalea con obiettività neurologic negativa e con TC negativa pe cause secondarie o senz miglioramento dopo prim approccio farmacologico	Instabilità emodinamica Eventi acuti concomitanti	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI	**780.39** Crisi convulsiva SAI	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico e strumentale Approfondimento diagnostico e differenziale Trattamento farmacologico	Anamnesi positiva di cris convulsiva con stato post critic prolungato, con accertament negativi o con crisi convulsiva d sostanze tossiche o d sospensione di alcool o con elevat rischio di ricorrenza della crisi	Primo episodio Condizioni cliniche instabili Eventi acuti concomitanti	Monitoraggio parametri vitali somministrazione farmacologica esami ematologici

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
DIARREA	**787.91** Diarrea SAI	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali. Monitoraggio clinico. Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Controllo farmacologico dei sintomi. Terapia con fluidi	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazion idroelettrolitiche, associata o men a vomito.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di dolore addominali intenso, febbre e immunodepressione. Presenza di comorbidità e/o eventi acuti con indicazione ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG Esami: routine Rx torace Emoculture Coproculture
DISIDRATAZIONE	**276.51** Disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato d disidratazione lieve-medio e/o co alterazione dell'equilibri idroelettrolitico, in particolar anziani	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi, disturbi della deglutizione, comorbilità	Monitoraggio Introdotti/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	**786.50** Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico –strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriati. Approfondimento diagnostico - strumentale	Pazienti con ECG normale o no diagnostico con markers di necros al tempo zero negativi e co probabilità alta o intermedia d sindrome coronarica acuta (SCA).	I Pazienti con probabilità bassa d SCA, abuso di droghe, instabilit clinica. Presenza dei criteri per ricover urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG: 0-4/6-12 h; Esami: routine + TN a 3-6h Rx torace eco cuore test da sforzo o eco stress
GESTIONE DEL DOLORE	**3380** Sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico. Controllo farmacologico dei sintomi. Analgesia loco-regionale.	Pazienti con dolore medio- grave (VAS >7) che non cede ad u trattamento appropriato eseguito i Pronto Soccorso, o in cui necessario stabilire un'analgesi continua o locoregionale (es analgesia epidurale)	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.	Esami: routine Accesso venoso periferico/centrale Infusione ev di terapia Blocco loco-regionale

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
INTOSSICAZIONI	**960 - 979** (avvelenamento da farmaci, medicamenti e prodotti biologici) **305** abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) **980-989** effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e di laboratorio. Terapia generale e specifica Decontaminazione o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci sostanze psicotrope o altr sostanze tossiche con latenza d effetti < 24H o con clearanc completa del farmaco < 30 H o co risposta efficace e complet dell'antidoto aspecifico e/ specifico in paziente stabile	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Comorbilità e/o presenza di eventi acuti. Stato di agitazione non controllabile	Monitoraggio parametri vitali Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti Monitoraggio ECG EGA Esami di routine Doppio accesso venoso ev CVC Gastrolusi Catarsi salina Ev EGDS Rx torace
REAZIONI ANAFILATTICHE	**995.2** effetti avversi non specificati di farmaci, medicamenti e prodotti biologici	Monitoraggio clinico strumentale. Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche co manifestazioni cutanee no risolvibili con terapia entro 6 ore i PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri vitali Somministrazione farmaci
SCOMPENSO CARDIACO	**4280** Insufficienza cardiaca congestizia non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti che hanno i criteri pe essere definiti a basso rischio Classe NYHA I II	Primo episodio. Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente. Classe NYHA III e IV	Monitoraggio multiparametrico EGA Esami: routine + a12 H Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev
SINCOPE	**780.2** Sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione e monitoraggio ECG consulenza cardiologica e neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici : TC, RMN	Ad etiologia indeterminata o inspiegata a rischio intermedio-alto	Condizioni cliniche instabili Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	EGA ECG consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali
SINDROME VERTIGINOSA	**7804** Stordimento e capogiro	Inquadramento clinico, strumenta e di laboratorio: esami ematici, vis ORL, vis. neurologica, TC Controllo farmacologico dei sintomi	Paziente con vertigine in atto che non consente dimissione	Deficit neurologico cerebellare o insufficienza vertebro-basilare. Instabilità clinica Comorbilità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI…)	**7865** dolore toracico **788.0** colica renale **789.0** dolore addominale **338.11** dolore acuto da trauma	Inquadramento ed approfondiment diagnostico strumentale dell'etiologi del dolore mediante esami mirati Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	Ipotesi diagnostiche co prevedibile dimissibilità entro le 3 ore. Dolore di recente insorgenza, i paziente stabile e che non necessiti di procedur chirurgica	Presenza di patologie sottostar e/o necessità di inquadramen che prevedibilmente richiede p di 36 ore POLITRAUMA o condizioni cliniche instabili o in deterioramento	Valutazione mediante scale Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali
TIA	**4359** Ischemia cerebrale transitoria non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti con TC negativa deglutizione normale, livell normale di coscienza, assenza d crisi ipertensiva o comiziale, in cu sia stata esclusa l'origin cardioembolica e con un ABCD score <4.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	ECG Esami: routine TC encefalo Eco doppler TSA
TRAUMA CRANICO MINORE	**850.0** concussione con nessuna perdita di coscienza **8501** concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo cranico Approfondimento diagnostico-strumentale	GCS $\geq$14, senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia antiaggregazione Dinamica a bassa energia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbilità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti ch rendono improbabile conclusione dell'iter diagnostico terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

Tabella B - Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti pediatrici

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	**4270** tachicardia parossistica sopraventricolare **42731** fibrillazione atriale	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con mezzi fisici farmacologici per normalizzazion del ritmo; monitoraggio pazienti dop cardioversione elettrica Esclusione nelle ore successive d comparsa di recidive	TPS in paziente con precedenti crisi Fibrillazione atriale già in trattamento Previsione di dimissibilità entro le 36 ore	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono u approfondimento diagnostic complesso	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG consulenza cardiologica
ASMA	**493.92** asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali esami ematologici e radiologici Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successiva della risposta alla terapia	Broncospasmo e dispnea grad medio, non risolta al prim trattamento in PS SpO2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico grave SaO2 < 90% (Livello grave second classificazione GINA per grad delle riacutizzazioni asmatiche)	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Somministrazione broncodilatator (salbutamolo o ipratropium) mediant distanziatore o nebulizzatore EGA
BRONCHIOLITE	**4661** bronchiolite acuta	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Ricerca VRS su aspirato nasale Terapia 166farmacologia e somministrazione ossigeno Valutazione nelle ore successiva della risposta alla terapia	Forme di media entità con SaO2 > 90% e età > 1 mesi	Associazione con fattori di rischi (prematurità, cardiopatia, bass livello socio-economico) condizioni che ne consigliano u ricovero ordinario	Monitoraggio Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2 terapia Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica Idratazione ev EGA ricerca RSV
CEFALEA	**7840** cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN); Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia antalgica	Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme Gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI	**780.31** convulsioni febbrili (semplici), non specificate	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali accertamenti ematochimici, Esclusione infezioni SNC. Trattamento patologia febbrile	Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici	Convulsioni febbrili complesse Stato di male febbrile	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC somministrazione benzodiazepine esami ematologici per definire la natura della febbre
DISIDRATAZIONE	**276.51** disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio non migliorati con reidratazione per os e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi	Monitoraggio Introdotti/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
EPILESSIA	**345.90** epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	Monitoraggio parametri vitali e trattamento crisi, se in atto Esecuzione esami specifici (EEG RMN), dosaggio ematico farmac utilizzato, Consulenz neurologica, Valutazion trattamento	Epilessia già nota Paziente con crisi responsiva al trattamento e che necessita di osservazione o approfondimento diagnostico	Stato di male Crisi subentranti	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC EEG consulenza NPI dosaggio farmaci anticomiziali somministrazione farmaci anticomiziali
FEBBRE	**780.6** febbre	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS Eventuale inizio terapia specifica	Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese	< 1 mese, fontanella an bombata, rigidità nucale, cefale intensa, cond. generali scadenti, quadro di shock settico	Monitoraggio FC Indici di flogosi Esami colturali Somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO	**934** corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Studio radiologico Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo Valutazione nelle ore successive	Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo	Distress respiratorio grave Indisponibilità anestesiologica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
INFEZIONE DELLE VIE URINARIE	**599.0** infezione del sistema urinario, sito non specificato	Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici e urinari, Ecografia apparat urinario, Inizio terapia co valutazione risposta	Età > 3 mesi	Età < 3 mesi, aspetto settico	Esame urine Urinocoltura indici di flogosi monitoraggio T° somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI	**9330** c. e. nel faringe **9351** c. e. nell'esofago **9352** c. e. nello stomaco **936** c. e. nell'intestino tenue e nel colon	Rimozione in endoscopia del corpo estraneo Osservazione transito se arresto nello stomaco del corpo estraneo	Ingestione di sostanze estrane che per forma, dimensioni composizione possano arrecar lesioni alle mucose	Indisponibilità anestesiologica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
INTOSSICAZIONI	**960-979** (avvelenamento da farmaci, medicamenti e prodotti biologici) **305** abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) **980-989** effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio parametri vitali e trattamento del sintomo Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Monitoraggio clinica e valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmac sostanze psicotrope, alt sostanze tossiche Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantit di sostanza assunta ed alla su emivita	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Patologie internistiche concomitanti o preminenti. Pazienti con evidente volontà autolesiva Stato di agitazione PGCS <= 11	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti ECG
LARINGITE	**4640** laringite acuta	Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone pe aerosol e/o cortisone per v sistemica Monitoraggio nelle o successive della risposta al terapia.	Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 6)	Forma lieve e forme di gravit estrema che ne consigliano i ricovero ordinario	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Aerosolterapia con adrenalina e budesonide Somministrazione cortisone per os

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
LINFOADENOPATIA	**7856** linfoadenomegalia	Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con esami ematochimici ecografia Eventuale inizio terapia specifica	ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	Forte sospetto di malattia oncologica Quadro con chiara indicazione chirurgica	Indici di flogosi sierologia per EBV Ecografia Consulenza ORL Somministrazione farmaci
POLMONITE	**486** polmonite, agente non specificato	Esecuzione accertamer ematologici e radiologici p inquadramento diagnostico Inizio terapia antibiotica co valutazione risposta	Di media entità, in relazione all stato generale del bambino, all saturazione, all'aspett radiografico	Cianosi a riposo, distress grave	Monitoriaggio parametri: FR-SatO2, FC Indici di flogosi Sierologia Mycoplasma Rx torace ecografia torace Somministrazione antibiotici ev/os
REAZIONI ANAFILATTICHE	**995.2** effetti avversi non specificati di farmaci, medicamenti e prodotti biologici	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con adrenalina, cortisonici, antistaminici ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche co manifestazioni respiratorie no risolvibili con terapia entro 6 or in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Somministrazione farmaci (antistaminici, cortisone)
SINCOPE	**780.2** sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione ECG e consulenza cardiologica, neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici (visita neurologica, TC, RMN)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	EGA ECG consulenze specialistiche (cardiologica/NPI)
SINDROME VERTIGINOSA	**7804** stordimento e capogiro	Inquadramento clinico esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TCc	Paziente con vertigine in atto	Deficit neurologico, compromissione della coscienza	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL/NPI
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI…)	**7865** dolore toracico **788.0** colica renale **789.0** dolore addominale **33811** dolore acuto da trauma	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Presenza di patologie sottostant e/o necessità di inquadrament che prevedibilmente richiede pi di 36 ore	Valutazione mediante scale adeguate all'età Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali per definire la causa

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TRAUMA ADDOMINO-PELVICO CHIUSO	**922.2** contusione della parete addominale **843** distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia **846** regione sacro-iliaca **847.2** lombare **847.3** del sacro **847.4** del coccige **911** traumatismi superficiali tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore chiuso con valutazione inizia negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Esami radiologici/ecografici Terapia antalgica
TRAUMA CRANICO MINORE	**850.0** concussione con nessuna perdita di coscienza **850.1** concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS ≥14, sintomatico (cefalea vomito, amnesia, sonnolenza cefaloematoma molle con E neurologico negativo) Dinamica del trauma banale	Fattori di rischio concomitanti ch rendono improbabile conclusione dell'iter diagnostico terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica
TRAUMA TORACICO CHIUSO	**922.1** contusione della parete toracica, **847.1** distorsioni e distrazioni del torace **911** traumatismi superficiali del tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chius con valutazione iniziale negativ per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Esami radiologici Terapia antalgica

10 TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

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

Controllo L89 - Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta ed onere spesa; 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 il codice ISI avente la seguente struttura: "STP+ codice regione+ codice ASL + 7 cifre numeriche")
- **11.0 Provincia e comune o stato estero di Residenza** (COMUNE indica un codice comune italiano; 999EEE indica una stringa con codice 999 seguita da un codice stato; STPEEE indica una stringa con codice STP seguita da un codice Stato)
- **62.0 Regione o stato estero di residenza** (REG indica una regione / provincia autonoma italiana / stato estero)
- **12.0 ASL di residenza** (ASL indica una ASL italiana/999 indica stato estero)
- **61.0 Cittadinanza** (solo Europa: sono ammessi solo codici di stati appartenenti alla UE; extra Europa: sono ammessi tutti i codici eccetto quelli della UE)
- **93.0 Onere spesa** (a partire dall'elaborazione del 15 marzo 2010)

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

Al fine di semplificarne la fruizione, sono state prodotte in formato Excel, numerate e raccolte nel documento "Disciplinare Prest Pubb Tabelle Allegati" che costituisce parte integrante del presente disciplinare.
Per continuità con il passato alcune di esse vengono comunque replicate su questo documento.
Si precisa che le variazioni alle tabelle, contenenti codici HSP11, HSP11-BIS sono il risultato delle attività di aggiornamento effettuato dalle ASR all'interno dell'Anagrafe Regionale dei Punti di Erogazione (ARPE) sulla base degli atti regionali di accreditamento emessi dai settori competenti.

N.	TIPOLOGIA UTENTE	TIPO RICETTA	ID CITTADINO	COD FISCALE	COMUNE STATO RESIDENZA	REGIONE RESIDENZA	ASL RESIDENZA	CITTADINANZA	ONE
1	**Residenti o domiciliati,** assistiti a carico SSN	nullo	nullo	Effettivo o provvisorio o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	qualsiasi eccetto 999	
2	**Stranieri assicurati extra-europei di paesi in convenzione** in temporaneo soggiorno	EE	nullo	tutti 9	999 + codice stato estero paesi in convenzione esclusi UE o SEE o Confederazione Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	
3	**Stranieri assicurati europei** in temporaneo soggiorno	UE	ID CITTADINO	tutti 9	999 + codice stato estero UE o SEE o Confederazione Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	
4	**Cittadini italiani residenti all'estero** (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996), temporaneamente presenti in Italia, titolari di pensione corrisposta da enti previdenziali italiani o di coloro che abbiano lo status di emigrato.	nullo	nullo	Effettivo o provvisorio o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100	
5	**Cittadini italiani residenti all'estero** temporaneamente presenti in Italia (ai sensi delle circolari ministeriali 1000/III/20268 del 20/06/96, DPS/IX/2616 del 21/05/99 e DG RUERI/95777/I.3.b del 02/12/04).	nullo	ID CITTADINO	Effettivo o provvisorio o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100	
6	**Assistiti italiani SASN** con visita ambulatoriale	NA	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100	

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

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

11.0 – "Provincia/Comune di residenza"
12.0 - "ASL di residenza"
62.0 – "Regione di residenza"

dovranno esser compilati con i riferimenti del Comune/ASL/ Regione di domicilio;
il campo 80.0 – "Codice riferimento normativo" andrà compilato con il valore "221D";

Controllo L93 - Congruenza tra codice istituto provenienza e provenienza assistito

Codice flusso	Codice Provenienza Assistito	Istituto Provenienza
C2	A : medico di medicina generale/ pediatra libera scelta	Nullo
C2	B : medico di continuità assistenziale	Nullo
C2	C: specialista	Nullo
C2	D: trasferito da istituto pubblico	Codice HSP11-BIS
C2	E: trasferito da privato accreditato o provvisoriamente accreditato	Codice HSP11-BIS
C2	F: trasferito da privato non accreditato	Codice HSP11-BIS
C2	G: Intervento C.O. 118	Nullo
C2	H: decisione propria	Nullo
C2	Z: altro	Nullo

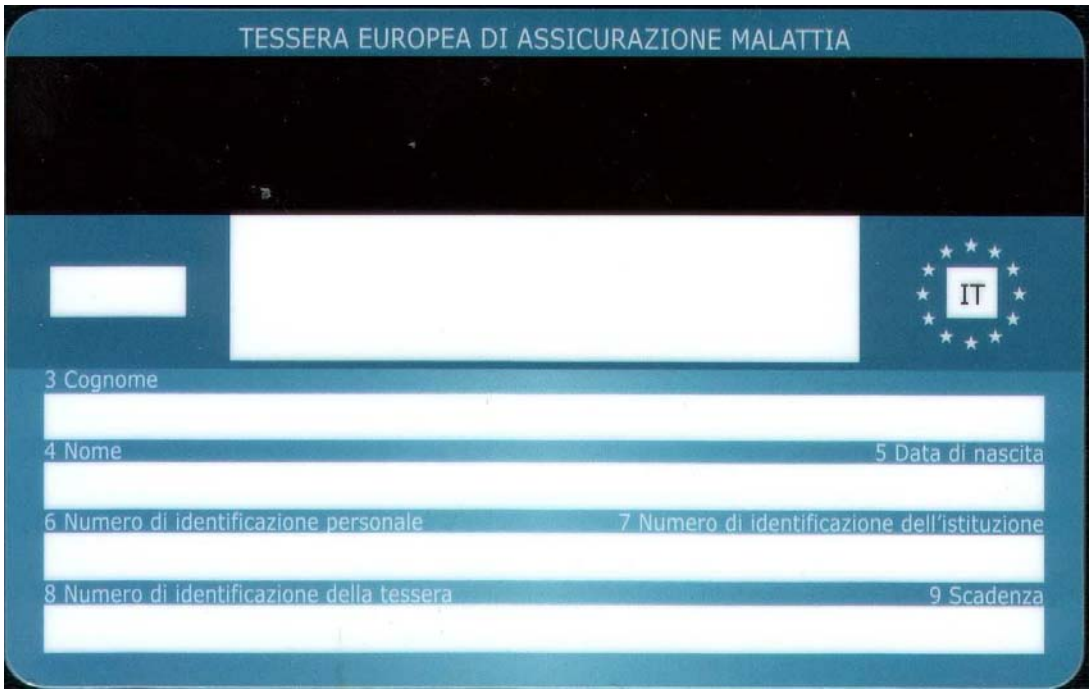
Controllo L97 - Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione

Codice Flusso	Controllo applicato
C	Per invii con Ricetta Rossa, DM e DPCM (non autoimpegnative) sono accettate matricole di unità produttiva il cui codice attività sia - 2.05.01 – Attività clinica - 2.05.02 – Attività di laboratorio - 2.05.03 – Attività di diagnostica strumentale e per immagini Per invii con "nr. ricetta" compilato con la numerazione diversa da poligrafico o NRE sono accettate matricole di unità produttiva il cui codice attività non sia - 2.05.11 – Attività clinica libera professione - 2.05.12 – Attività di laboratorio libera professione - 2.05.13 – Attività di diagnostica strumentale e per immagini libera professione -
C2	Sono accettate matricole abbinate : - unita produttive delle strutture HSP11-BIS associate all'area "04 – Area Urgenze" e specialità "51 – Pronto soccorso". Si considerano matricole valide sono quelle definite a livello di "Specialità/Branca" poiché sono le uniche che permettono di determinare l'effettiva disciplina di erogazione. - all'area 07 – specialità 18 con i seguenti codici attività e non viene eseguito il controllo di esistenza di disciplina alla matricola. - 2.02.00 Centrale operativa 118 ed emergenza territoriale - 1.04.00 Prevenzione e sicurazza degli ambienti di lavoro (SPRESAL)
C4	Sono accettate le matricole: - al codice attività "3.20.00 - interni C4" - al codice attività "3.10.00 - pronto soccorso e DEA" - relative all'area 09 specialità 01 (solo per gli STS11) - all'area 07 – specialità 18 con i seguenti codici attività e non viene eseguito il controllo di esistenza di disciplina alla matricola. - 2.02.00 Centrale opeartiva 118 ed emergenza territoriale - 1.04.00 Prevenzione e sicurazza degli ambienti di lavoro (SPRESAL)
C5	Sono accettate le matricole abbinate a codici STS11 aventi codice attività "3.30.00 – attività per altri erogatori C5"

Controlli formali sul Numero Ricetta

Codice flusso	Controllo
C Poligrafico	- Lunghezza massima 15 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio - Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette - Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione **IL controllo è applicato nell'applicativo di registrazione di assegnazione dei ricettari SSN ai Medci Prescrittori (RUR).**
C Impegnativa Interna o Accesso diretto cartacea	- Lunghezza massima 16 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere "A" Il numero ricetta deve avere il seguente formato - Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza) - Codice disciplina + Progressivo Unità Operativa (4 cifre) - Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (9 cifre completato a sinistra con zeri) - Carattere A Oppure - Anno in formato AA (2 cifre pari all'anno di competenza) - Codice azienda (3 cifre) - Progressivo numerico unico nell'ambito dell'azienda (10 cifre completato a sinistra con zeri) - Carattere A
C dematerializzata	Lunghezza massima 15 Cifre alfanumeriche con il seguente formato: - Codice regione (3 cifre) - Codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) - Identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e 7 - Codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo)

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

Codice Flusso	Controllo applicato
C	Ricette vecchio modello AUTOIMPEGNATIVE e AGENDA GRAVIDANZA "Tipo di Erogazione" valorizzato con 'A' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore: - Codice STS11 per accesso diretto a Consultorio, SerT, DSM, SIMT - - Valore "AD99999" per accesso diretto - - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa per accesso diretto ospedaliero - - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione dell'accesso diretto - Nel caso in cui Campo "Tipo di Erogazione" valorizzato con 'D' sono ammesse le seguenti tipologie di medico prescrittore: - Codice STS11: se il prescrittore è un consultorio, SERT, DSM, SIMT per esami successivi all'accesso diretto - - Codice Disciplina + Progressivo Unità Operativa: del reparto cui appartiene lo specialista prescrittore - - Matricola Unità Produttiva: relativa al punto di erogazione del reparto in cui è avvenuta la prescrizione - -Codice fiscale del medico specialista prescrittore Dalle prescrizioni del 01 ottobre 2015 sarà ammissibile soltanto la tipologia: Codice fiscale del medico prescrittore Nel caso in cui il campo 57.0 è valorizzato con 'M' ovvero "ricette autoimpegnative in sostituzione di una ricetta SSN non prescritta correttamente" è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore - Codice regionale MMG - Codice regionale PLS Nel caso in cui il campo 57.0 è valorizzato con 'Z', ovvero altre tipologie non precedentemente segnalate, è ammessa la seguente valorizzazione del campo medico prescrittore (campo 0.4): - "099999R": in caso di ricette prescritte da medici inps o da quelli operanti nelle carceri; - Codice fiscale del medico: in caso di ricette prescritte in libera professione. - "AG99999": in caso dir ricette relative all'agenda di gravidanza Ricette DEMATERIALIZZATE (autoimpegnative o SSN) Codice fiscale medico prescrittore

FAC SIMILE TESSERA SANITARIA