

Titolo	Specifiche tecniche del tracciato record SIAS XL della Regione Lazio
Versione	1.8.0
Data	26/10/2021

Sommario

Storia delle versioni	4
Introduzione	7
Modalità di acquisizione dati tramite piattaforma ReCUP	7
Modalità di acquisizione dati tramite upload di file	7
Obiettivo del documento.....	8
Tracciati dei file	9
Tracciato file anagrafico	9
Identificativo Record	9
Codice identificativo assistito	10
Cognome assistito	11
Nome assistito	11
Sesso	11
Comune di nascita	12
Data di nascita	12
Comune di residenza.....	12
Municipalità di residenza	13
ASL di Residenza.....	13
Cittadinanza	13
Codice Presidio.....	14
Tracciato file sanitario	15
Identificativo Record	15
ASL	15
Presidio principale	16
Primo accesso.....	16
Garanzia tempi di attesa	16
Presidio Secondario/Codice HUB Laboratorio Analisi	16
Tipologia soggetto erogatore principale.....	17
Tipo soggetto prescrittore	17
Codice soggetto prescrittore	19
Livello di priorità della richiesta.....	20
Prescrizione Suggerita da Specialista	20

Determinante clinico	21
Data di richiesta della prestazione	21
Data di inizio ciclo	22
Regime	22
Numero ricetta.....	23
Progressivo riga	24
Data effettuazione	25
Codice prestazione.....	25
Numero di prestazioni per codice	27
Esenzione	27
Codice di Esenzione	28
Tipologia di pagamento	29
Ticket	30
Importo	31
Posizione contabile	31
Branca specialistica	32
Codice di Ambulatorio	33
Data di Compilazione.....	33
Referto	33
Codice CUR	34
Stampa PC	34
Codice esenzione ministeriale.....	34
Tracciato file C	35
Numero Ricetta	35
Tipo Attestato.....	35
Codice istituzione competente.....	35
Stato Estero.....	35
Numero di identificazione personale	35
Numero identificativo della tessera	36
Data di scadenza dell'attestato	36
Codice attestato	36
Modalità di compilazione dei pacchetti di prestazioni.....	37
Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali APA	37

Pacchetti di prestazioni ambulatoriali PAC / PDTA.....	38
Pacchetto Terapia Retinica (Cod. 14.36).....	39
Pacchetto Medicina Sportiva.....	40
Pacchetti V70.31 (sport di tabella "A", soggetti ≥ 18 anni), V70.32 (sport di tabella "B", soggetti ≥ 18 anni), V70.35 (accertamento idoneità non agonistica).....	40
Pacchetti V70.33 (sport di tabella "A", soggetti < 18 anni), V70.34 (sport di tabella "B", soggetti < 18 anni), V70.36 (Certificazione sportiva per portatori di handicap)	40
Pacchetto Prestazioni di Dialisi (Cod. V56.A-V.56.B)	42
Pacchetto V56.A.....	42
Pacchetto V56.B [erogabili esclusivamente dai centri di dialisi pubblici ed equiparati]	43
Allegato A	45
Allegato B.....	57
Allegato C	63

Storia delle versioni

Versione	Data	Descrizione / Modifiche apportate
1.0.0	30/11/2020	Prima stesura
1.1.1	07/12/2020	- <u>Primo Accesso</u>, modificato criterio di obbligatorietà - <u>Garanzia tempi di attesa</u>, modificato criterio di obbligatorietà - <u>Codice CUR</u>, modificato criterio di obbligatorietà
1.2.0	15/01/2021	- <u>Codice Prestazione</u>, modificata pertinenza - <u>Codice CUR</u>, modificato criterio di obbligatorietà - <u>Codice Soggetto Prescrittore</u>, modificato controllo di validità
1.3.0	11/03/2021	- <u>Esenzione</u>, modificato controllo di obbligatorietà - <u>Codice esenzione</u>, modificato controllo di obbligatorietà - <u>Data effettuazione</u>, modificato controllo di obbligatorietà - <u>Primo Accesso</u>, modificato controllo di obbligatorietà - <u>Comune di nascita</u>, modificato il controllo di obbligatorietà e validità - <u>Comune di residenza</u>, modificato il controllo di obbligatorietà e validità - <u>ASL di Residenza</u>, modificato il controllo di obbligatorietà e validità - <u>Cittadinanza</u>, modificato il controllo di obbligatorietà e validità - <u>Municipalità di residenza</u>, modificato il controllo di obbligatorietà, validità e congruità - <u>Determinante clinico</u>, modificato il controllo di obbligatorietà e validità - <u>Prescrizione suggerita da specialista</u>, modificato il controllo di obbligatorietà e congruità

		- <u>Codice prestazione</u>, modificato il controllo di congruità e validità - <u>Numero di prestazione per codice</u>, modificato il controllo di validità - <u>Importo</u>, modificato il controllo di validità - <u>Branca specialistica</u>, modificato il controllo di obbligatorietà e validità - <u>Posizione contabile</u>, modificato il controllo di obbligatorietà e congruità - <u>Codice Presidio</u>, modificata la lunghezza del campo - <u>Data di richiesta della prestazione</u>, modificata la pertinenza - <u>Ticket</u>, modificata la pertinenza - <u>Codice CUR</u>, modificata la pertinenza - <u>Numero ricetta</u>, modificato il controllo formale e congruità - <u>Data di nascita</u>, modificate le note di compilazione - <u>Sesso</u>, eliminato il controllo di congruità - <u>Codice ambulatorio</u>, eliminato il controllo di congruità
1.4.0	25/03/2021	- <u>Data di effettuazione</u>, modificato controllo di congruità - <u>Posizione contabile</u>, modificato dominio e controllo di congruità - <u>Numero Ricetta</u>, modificato controllo formale del campo - <u>ASL di residenza</u>, modificato controllo congruità - <u>Esenzione</u>, modificato controllo congruità - <u>Branca specialistica</u>, aggiunto controllo dominio e modificato controllo validità - <u>Progressivo Riga</u>, modificato controllo di congruità - <u>Codice prestazione</u>, modificata descrizione, controllo di validità e controllo di congruità - <u>Codice esenzione</u>, modificato criterio di congruità - <u>Allegato A</u>, aggiunti codici PAC non conclusi
1.5.0	12/04/2021	- <u>Codice Soggetto Prescrittore</u>, modificato controllo di validità e controllo formale - <u>Codice ambulatorio</u>, inserito il controllo formale

		- <u>Presidio Secondario/Codice HUB Laboratorio Analisi</u>, inserito il controllo formale e modificato il controllo di validità - <u>Primo Accesso</u>, modificato controllo di obbligatorietà - <u>Garanzia tempi di attesa</u>, modificato controllo di obbligatorietà - <u>Livello di priorità della richiesta</u>, modificato controllo di obbligatorietà - <u>Numero di prestazione per codice</u>, modificato il controllo di congruità - <u>Esenzione</u>, modificato controllo congruità - <u>Codice esenzione</u>, modificato controllo di obbligatorietà - <u>Posizione contabile</u>, modificato dominio - <u>Tipo soggetto prescrittore</u>, modificato controllo congruità
1.6.0	06/05/2021	- <u>Primo Accesso</u>, modificato controllo di obbligatorietà
1.7.0	12/10/2021	- <u>Esenzione</u>, modificato controllo congruità - <u>Codice esenzione</u>, modificato controllo di obbligatorietà
1.8.0	26/10/2021	- <u>Codice esenzione</u>, modificato controllo di obbligatorietà

Introduzione

La necessità di integrazione dei sistemi di prescrizione, prenotazione ed accettazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con la piattaforma ReCUP ha determinato il rinnovamento ed una evoluzione dell'intero sistema di acquisizione dati attraverso lo sviluppo di un nuovo motore di acquisizione e controllo delle informazioni relative all'assistenza specialistica raccolte e documentate con il flusso regionale SIAS.

Con l'adozione del nuovo sistema di rilevazione SIAS XL il debito informativo nei confronti della Regione Lazio, relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, viene assolto in due differenti modalità:

1. Acquisizione dei dati direttamente dalla piattaforma ReCUP
2. Acquisizione dei dati tramite upload di file su una interfaccia web appositamente sviluppata

Le informazioni acquisite sono soggette ai medesimi controlli per entrambe le modalità di invio.

Modalità di acquisizione dati tramite piattaforma ReCUP

Tutti i dati di attività presenti sulla piattaforma ReCUP sono acquisiti direttamente dal sistema SIAS XL tramite una funzionalità disponibile sulla medesima piattaforma.

Modalità di acquisizione dati tramite upload di file

Per le strutture non integrate con il ReCUP e per tutti i dati di attività non registrati sulla piattaforma ReCUP, l'invio dei dati avviene con upload di file tramite interfaccia web. I dati da inviare devono essere suddivisi in tre flussi separati, ovvero in tre file di testo (TXT) a larghezza fissa:

1. Flusso dati anagrafici
2. Flusso dati sanitari
3. Flusso dati file C (mobilità internazionale)

Per la codifica della ricetta viene utilizzato un record del tracciato per inserire i dati di riepilogo. Questa riga, di seguito chiamata **Riga Ricetta**, viene identificata tramite il valore "99" del campo "Progressivo Riga". Nei record successivi, di seguito denominati **Righe Prestazione**, devono essere inserite le prestazioni erogate. Le Righe Prestazione sono identificate dal campo "Progressivo Riga" con valori progressivi ("01", "02", "03" ecc).

Obiettivo del documento

Il documento illustra le regole di funzionamento del nuovo motore di acquisizione dei dati di attività del flusso SIAS della Regione Lazio, definisce le specifiche tecniche e i controlli in fase di acquisizione dei dati di attività, stabilisce i tracciati record del flusso, fornisce le indicazioni necessarie per la corretta valorizzazione dei campi.

Le informazioni relative alla struttura dei tracciati record, alle regole di compilazione e ai controlli applicati ai singoli campi, sono descritte nel documento mediante tabelle. Queste consentono di identificare il dato, ne descrivono il formato, il dominio, i criteri di compilazione, i controlli di coerenza e di congruità applicati dal sistema e i vincoli ad esso associati.

Legenda delle informazioni

Informazione	Descrizione
Descrizione	Descrive il campo e definisce l'informazione da inserire
Pertinenza	Indica la posizione in cui codificare l'informazione (record "Riga Ricetta", o "Riga Prestazione" o entrambe)
Lunghezza (inizio-fine)	Indica i caratteri del tracciato dedicati alla codifica del campo e la posizione del primo e dell'ultimo carattere all'interno del tracciato
Controllo Formale	Indica il formato del campo e ne descrive il controllo
OBB	Indica l'obbligatorietà del campo anche quando condizionata dal valore che assumono altri campi del tracciato
Dominio	Indica i valori ammessi per i campi che prevedono una serie di valori o range specifici di valori
Congruità	Descrive i controlli incrociati e le interdipendenze con altri campi del tracciato
Validità	Indica la correttezza del valore inserito in coerenza con dati esterni al tracciato generalmente definiti da altri enti o da elenchi specifici (ad es. con i codici ISTAT per il campo Comune di Nascita)

Tracciati dei file

Tracciato file anagrafico

Nome Campo	Definizioni e controlli		Codice Errore
Identificativo Record	Descrizione	Numero progressivo che identifica univocamente ciascun record. Tale campo è necessario per riunire il file Anagrafico a quello Sanitario, separati per il trasferimento dei dati in ottemperanza alla normativa sulla privacy. Il file Sanitario deve avere lo stesso numero di record del file Anagrafico.	
	Pertinenza	Record ricetta e record prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	7 (1-7)	
	Controllo Formale	7 caratteri numerici	
	OBBL	Obbligatorio	
	Congruità	- Univocità dell'id record all'interno del file - Corrispondenza per numerosità e valore con il campo Identificativo Record del file sanitario	

Codice identificativo assistito	Descrizione	Codice identificativo dell'assistito. • Per la codifica dei codici fiscali si fa riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte. • Per gli Stranieri Temporaneamente Presenti, il codice identificativo deve essere composto dall'acronimo 'STP' seguito dal Codice ISTAT della Regione e dal codice numerico di 10 caratteri. • Per gli assistiti dei Centri di Riferimento Aids, il codice identificativo deve essere composto dall'acronimo 'CRA' seguito dal codice del tesserino in uso, quale identificativo dell'utente in carico, allineato a destra e preceduto da '0' sino al completamento dei 16 caratteri del campo Codice identificativo assistito (es: CRA0000000001746). • Per gli assistiti ENI (Europeo Non Iscritto) il codice identificativo assistito deve essere composto dall'acronimo 'ENI' seguito dal codice numerico di 13 caratteri (allineato a destra e completato con gli zero a sinistra) • Per i richiedenti protezione internazionale il campo deve essere composto dal codice numerico provvisorio di undici cifre, allineato a destra e preceduto da blank sino al completamento dei 16 caratteri • Per gli assistiti in possesso di tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) o altro attestato che consente l'accesso al SSR utilizzare il codice 'ALTROATT' seguito da un progressivo numerico di 8 caratteri (allineato a destra e completato con gli zero a sinistra) • Nei casi in cui sia impossibile risalire alle generalità del paziente viene considerato valido il codice "IGNOTO" seguito da un progressivo numerico di 10 caratteri allineato a destra e completato con gli zero a sinistra • Per i pazienti cui è riconosciuto il diritto all'anonimato si considera valido il codice "ANONIMO" seguito da un progressivo numerico di 9 caratteri allineato a destra e completato con gli zero a sinistra	E002
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	16 (8-23)	
	Controllo Formale	16 caratteri alfanumerici in maiuscolo	
	OBBL	Obbligatorio	E001
	Congruità	Per la codifica 'ALTROATT' il campo <i>Tipo Soggetto Prescrittore</i> deve essere 6 (Addebito ad istituzioni estere)	E003
	Validità	Il codice viene controllato con le anagrafiche regionali e nazionali per verificarne l'esistenza (ASUR e MEF) tranne che per i codici CRA, ANONIMO, IGNOTO o <i>Tipo soggetto prescrittore</i> = 6	

Cognome assistito	Descrizione	Cognome dell'assistito Se composto da più parti, queste dovranno essere inserite per esteso separate da blank (ad esempio DE ROSSI). Sono consentiti solo caratteri come lettere, apostrofo e blank. Non potranno essere accettati cognomi composti da un unico carattere e abbreviati con punteggiatura. Riempire con spazi a sinistra fino al raggiungimento della lunghezza totale di 30 caratteri	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	30 (24-53)	
	Controllo formale	- Ammessi soltanto caratteri alfabetici apostrofo e spazio - Minimo 2 caratteri alfabetici	E006
	OBBL	Obbligatorio	E005
Nome assistito	Descrizione	Nome dell'assistito Se composto da più parti queste dovranno essere inserite per esteso separate da blank (ad esempio MARIA LUISA), sono consentiti solo caratteri come lettere, apostrofo e blank. Non potranno essere accettati nomi composti da un unico carattere e abbreviati con punteggiatura. Riempire con spazi a sinistra fino al raggiungimento della lunghezza totale di 20 caratteri	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	20 (54-73)	
	Controllo formale	- Ammessi soltanto caratteri alfabetici e spazi - Minimo 2 caratteri alfabetici	E008
	OBBL	Obbligatorio	E007
Sesso	Descrizione	Sesso dell'assistito	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (74-74)	
	OBBL	Obbligatorio	E009
	Dominio	1 = Maschio 2 = Femmina	E010

Comune di nascita	Descrizione	Codice ISTAT del comune di nascita dell'assistito Per Comune italiano di nascita dell'assistito, inserire il codice definito dall'ISTAT, in cui i primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi tre un progressivo che specifica il singolo comune. Per i nati all'estero il campo dovrà essere valorizzato concatenando il codice delle unità territoriali estere come definito dall'ISTAT con la stringa "999" (es: Francia = 215999). Poiché potranno essere inseriti codici che individuano comuni non più esistenti, dovrà essere utilizzata una tabella di codifica che comprenda i codici storici dei comuni ISTAT.	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	6 (75-80)	
	OBB	Obbligatorio per Regime = 1, 2 o 3 e se il <i>Codice identificativo assistito</i> identifica paziente diverso da ANONIMO o IGNOTO	E011
	Validità	Controllo con codici di riferimento ISTAT per Regime = 1, 2 o 3	E012
Data di nascita	Descrizione	Data di nascita dell'assistito	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	8 (81-88)	
	Controllo Formale	8 caratteri numerici nel formato GGMMAAAA	
	OBB	Obbligatorio	E013
	Congruità	L'età calcolata alla " <i>Data richiesta prestazione</i> " deve essere <= di 120 anni	E015
	Note di compilazione	- Se il <i>Codice identificativo assistito</i> identifica paziente ANONIMO comporre la data di nascita con l'anno effettivo di nascita del paziente e per il mese e giorno utilizzare il valore convenzionale "0101" - Se il <i>Codice identificativo assistito</i> identifica paziente IGNOTO qualora la data di nascita non sia rilevabile indicare l'anno di nascita desunto approssimativamente dall'età seguito dal valore convenzionale "0101"	
Comune di residenza	Descrizione	Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale l'assistito risulta legalmente residente. In caso di residenti all'estero il campo dovrà essere valorizzato concatenando il codice delle unità territoriali estere come definito dall'ISTAT con la stringa "999" (es: Francia = 215999). Per i cittadini "Stranieri Temporaneamente Presenti" (STP) inserire il codice ISTAT '999999'. Saranno considerati validi i soli codici di comuni esistenti nell'anno di riferimento.	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	6 (89-94)	

	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	E018
	<i>Validità</i>	Controllo con codici di riferimento ISTAT per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	E019
Municipalità di residenza	<i>Pertinenza</i>	Record ricetta	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	2 (95-96)	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Comune di residenza</i> = 058091 e per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	
	<i>Dominio</i>	01-15 o due spazi vuoti nel caso di comune differente da 058091	
	<i>Congruità</i>	Per <i>Comune di residenza</i> = 058091 e <i>Regime</i> = 1, 2 o 3 il campo deve assumere un valore valido	E020
ASL di Residenza	<i>Descrizione</i>	Azienda Sanitaria Locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui risiede l'assistito Il campo va compilato anche per assistiti residenti in altre regioni, poiché risulta necessario nei flussi di mobilità interregionale. Per i residenti all'estero va indicato 199. Per i cittadini "Stranieri Temporaneamente Presenti" (STP) va indicato 900 oppure la Asl dove risiedono temporaneamente.	
	<i>Pertinenza</i>	Record ricetta	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	3 (97-99)	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2	E021
	<i>Validità</i>	Elenchi NSIS delle ASL italiane per <i>Regime</i> = 1, 2	E022
	<i>Congruità</i>	Controllo con <i>Comune di Residenza</i> e <i>Municipalità di Residenza</i> per <i>Regime</i> = 1, 2 quando <i>Comune di Residenza</i> è un comune della Regione Lazio	
Cittadinanza	<i>Descrizione</i>	Cittadinanza dell'assistito	
	<i>Pertinenza</i>	Record ricetta	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	3 (100-102)	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	E016
	<i>Validità</i>	Codice dello stato estero come da codifica ISTAT per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	E017
	<i>Note di compilazione</i>	Per cittadini italiani inserire il codice "100"	

Codice Presidio	Descrizione	Campo utilizzato per l'accettazione unificata delle strutture Pubbliche. È necessario registrare il codice della struttura per il corretto link tra anagrafica e sanitaria. Attenzione: <i>Con l'acquisizione dei dati delle strutture pubbliche dal sistema RECUP il campo non è più utilizzato</i>	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	6 (103-108)	
	OBB	Non obbligatorio	

Tracciato file sanitario

Nome Campo	Definizioni e controlli		Codice Errore
Identificativo Record	Descrizione	Numero progressivo che identifica univocamente ciascun record Tale campo è necessario per riunire il file Anagrafico a quello Sanitario, separati per il trasferimento dei dati in ottemperanza alla normativa sulla privacy. Il file Sanitario deve avere lo stesso numero di record del file Anagrafico.	
	Pertinenza	Record ricetta e record prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	7 (1-7)	
	Controllo Formale	7 caratteri numerici	
	OBB	Obbligatorio	
	Congruità	- Univocità dell'id record all'interno del file - Corrispondenza per numerosità e valore con il campo Identificativo Record del file sanitario	
ASL	Descrizione	Codice dell'Azienda Sanitaria di pertinenza Deve essere indicato il codice regionale dell'Azienda Sanitaria Locale nella quale è ubicato il presidio principale di erogazione; per le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e Policlinici Universitari dovrà essere inserito il codice Azienda (da 901=San Camillo – Forlanini a 920=Tor Vergata) e non il codice dell'ASL di ubicazione della struttura stessa.	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	3 (8-10)	
	OBB	Obbligatorio	E081
	Validità	Controllo con elenco codici ASL del Lazio e delle Aziende Ospedaliere (201,202,203,204,205,206,109,110,111,112,9xx)	E082

Presidio principale	Descrizione	Deve essere indicato il codice identificativo del soggetto erogatore che gestisce il primo contatto con il paziente.	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	6 (11-16)	
	OBB	Obbligatorio	E023
	Validità	Controllo codice presidio con dati NSIS	E024
Primo accesso	Descrizione	Deve essere indicato se si tratta di una prima visita o di una prima prestazione diagnostica/terapeutica, che rappresenta il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al problema di salute posto.	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (17-17)	
	OBB	Obbligatorio per ricette Dematerializzate, <i>Regime</i> = 1, se presente almeno una prestazione "critica" e data compilazione >= 01/04/2021	E088
	Dominio	1 = Sì 0 = No	E089
Garanzia tempi di attesa	Descrizione	Deve essere indicato se il cittadino accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la classe di priorità indicata in ricetta.	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (18-18)	
	OBB	Obbligatorio se <i>Primo Accesso</i> = 1 e se presente almeno una prestazione "critica" dal 1° Aprile 2021	E090
	Dominio	1 = Sì 0 = No	E091
Presidio Secondario/ Codice HUB Laboratorio Analisi	Descrizione	Deve essere indicato il codice identificativo del soggetto erogatore che materialmente esegue la prestazione. Per le prestazioni eseguite presso il presidio principale il campo deve essere compilato ripetendo il codice presidio.	
	Pertinenza	Record prestazione	
	Lunghezza	6 (19-24)	

	(inizio-fine)		
	OB	Il campo è obbligatorio solo per le strutture che fanno parte delle reti di laboratorio analisi come definito dal DPCA 115/2017 e ss.mm.	
	Controllo Formale	6 caratteri numerici	
	Validità	Se Codice Branca = '00' e il Presidio Principale fa parte delle reti di laboratorio allora il Presidio Secondario deve essere contenuto nella tabella di riferimento delle reti di laboratorio	E025
Tipologia soggetto erogatore principale	Descrizione	Tipologia del soggetto erogatore principale	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (25-25)	
	OB	Obbligatorio	E098
	Dominio	1 = pubblico 2 = privato accreditato 3 = classificato 4 = IRCCS pubblico 5 = Policlinico Universitario pubblico 6 = Azienda Ospedaliera 7 = IRCCS privato 8 = Policlinico Universitario privato 9 = Extraterritoriali	
	Validità	Controllo con informazioni di accreditamento delle anagrafiche strutture	E099
Tipo soggetto prescrittore	Descrizione	Tipologia del soggetto prescrittore	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (26-26)	
	OB	Obbligatorio per Regime = 1, 2, 3	E071
	Dominio	1 = Medico di medicina generale/ pediatra di libera scelta/ guardia medica/guardia turistica; 2 = Medico specialista dipendente di struttura pubblica;	E072

		3 = Medico specialista SUMAI; 4 = Accesso Diretto (quando non occorre l'apposita prescrizione su ricettario regionale, redatta dal medico curante, limitatamente a visita pediatrica, visita di ostetricia/ginecologia, visita oculistica per esame del visus, visita odontoiatrica e visita psichiatrica); 5 = Altro (Medico INPS, INAIL, Polizia...); 6 = Addebito ad istituzioni estere (Ex Carnet della salute "E111")	
	<i>Congruità</i>	Per <i>Tipo soggetto prescrittore</i> = 6 dovranno essere presenti nel tracciato FileC le informazioni della ricetta relative alla tessera TEAM o altro attestato Se <i>Tipo soggetto prescrittore</i> = 4 allora <i>Regime</i>=2 e <i>Tipologia soggetto erogatore principale</i> <>2	

Codice soggetto prescrittore	Descrizione	Codice Fiscale del medico prescrittore 1. Nel caso di ricetta dematerializzata è il codice fiscale del medico che ha emesso la ricetta come dato dal sistema 2. Nel caso di prescrizioni effettuate su ricetta cartacea "rossa" utilizzare il codice fiscale del medico, se presente nel timbro. In caso contrario: - Per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e la guardia medica o turistica, corrisponde al codice regionale, riportando solo la parte numerica a 6 cifre allineata a destra e preceduta da zeri, (es. B123456/RM1 = 0000000000123456) - Nel caso di specialista dipendente di struttura pubblica o medici SUMAI, il codice sarà individuale e dovrà essere composto da: codice ASL + Codice Presidio di appartenenza dello specialista + Codice di specialità + Progressivo, costruito, preferibilmente, utilizzando la matricola di azienda del professionista, per un totale complessivo di 16 caratteri. - Es. Un pediatra dipendente di un presidio pubblico (100100), afferente alla ASL RM1 e con matricola 54672, sarà codificato nel seguente modo: 201 + 100100 + 39 + 54672. - Nel caso in cui lo specialista lavori in più strutture, si chiede di inserire il codice della struttura principale, in modo da garantire l'univocità del codice del prescrittore. - Per i medici dirigenti, con funzioni organizzativo-gestionali e igienistiche, abilitati alla prescrizione, dovrà essere utilizzato il codice di specialità non clinico identificato con 98 ed il codice di struttura (laddove non sia individuabile utilizzare un codice costituito da 999999). - Es: 1) Un medico di direzione sanitaria del presidio 100100 della ASL RM1 e con matricola 54472, sarà così codificato: 201 + 100100 + 98 + 54472. - 2) Un medico di direzione sanitaria generale della ASL RM1 e con matricola 54472, sarà così codificato: 201 + 999999 + 98 + 54472. - Nel caso il medico prescrittore sia di altre regioni, il codice identificativo da registrare dovrà fare riferimento ai dati relativi alla struttura che eroga la prestazione, come di seguito specificato: Codice ASL/AO + Codice Presidio + Codice di Specialità o Branch della ricetta + 99999 - Nel caso di accesso diretto (<i>Tipo soggetto prescrittore</i> = 4) il codice sarà composto da: Codice ASL/AO + Codice Presidio + Codice di Specialità o Branch della ricetta + progressivo	E067
	Pertinenza	Record Ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	16 (27-42)	
	OBB	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2, 3	E066
	Controllo Formale	Codice Fiscale, 16 caratteri numerici	

	<i>Validità</i>	Il codice del medico prescrittore dovrà essere controllato con l'anagrafe dei medici, nel caso di ricetta dematerializzata sia per la tipologia di prescrittore 1 (MMG/PLS) che 2 (Specialista dipendente da struttura pubblica). In questo caso verrà controllato il codice fiscale che dovrà esistere nella base dati dei medici prescrittori Nel caso di ricetta non NRE, se il codice è numerico deve essere verificato che gli ultimi sei caratteri siano contenuti nell'anagrafica dei medici, altrimenti se è un codice fiscale dovrà essere contenuto nella base dati dei medici prescrittori. Nel caso in cui il codice del medico riportato sulla prescrizione sia illeggibile è ammesso il codice "8888888888888888".	E068
Livello di priorità della richiesta	<i>Descrizione</i>	Descrive il livello di priorità della richiesta di prestazione desumibile dalle condizioni cliniche del paziente L'informazione è a cura del soggetto prescrittore, limitatamente alle specifiche prestazioni critiche definite a livello regionale.	
	<i>Pertinenza</i>	Record ricetta	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	1 (43-43)	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2, 3 se presente almeno una prestazione "critica"	E027
	<i>Dominio</i>	1 = U (Urgente): prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; 2 = B (Breve): prestazione da eseguire entro 10 giorni; 3 = D (Differibile): prestazione da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; 4 = P (Programmata): prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità.	E087
Prescrizione Suggesta da Specialista	<i>Descrizione</i>	Prescrizione suggestita da specialista	
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	1 (44-44)	
	<i>Dominio</i>	1 = In caso di prescrizione NON suggestita 2 = In caso di prescrizione suggestita	

	<i>OBB</i>	Va compilato solo per le ricette prescritte dai medici di base ovvero per <i>Tipo Soggetto Prescrittore</i> = 1 e <i>Regime</i> = 1, 2, 3	E026
	<i>Congruità</i>	Se valorizzato allora <i>Tipo Soggetto Prescrittore</i> deve essere uguale a 1 (MMG/PLS)	
Determinante clinico	<i>Descrizione</i>	Descrive il problema di salute che motiva l'effettuazione di prestazioni secondo la classificazione internazionale delle malattie (ICD9CM) con codifica a sei cifre (compreso il punto di separazione). Nel caso di APA e PAC e prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione, è obbligatoria l'indicazione del determinante clinico.	
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	6 (45-50)	
	<i>Dominio</i>	Codici ICD9CM	E028
	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3 e solo nei seguenti casi: 1. <i>Codice Prestazione</i> del Record Ricetta appartenga ad una prestazione degli elenchi APA o PAC (Allegato A) 2. <i>Branca specialistica</i>=56	E029
	<i>Validità</i>	Codice esistente della diagnosi ICD9CM per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	
Data di richiesta della prestazione	<i>Descrizione</i>	Indicare la data nella quale la struttura ha ricevuto la richiesta di effettuazione della prestazione. Nel caso in cui non vi sia stata prenotazione, ma la prestazione sia stata erogata direttamente, all'accesso, riportare la data di effettuazione.	
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta o Record Prestazione	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	8 (51-58)	
	<i>Controllo Formale</i>	8 caratteri numerici nel formato GGMMAAAA	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2, 3	E033
	<i>Congruità</i>	<i>Data di compilazione ricetta</i> <= <i>data di richiesta</i> <= <i>data inizio ciclo</i> <= <i>data di effettuazione</i>	E034 E036

Data di inizio ciclo	Descrizione	Indicare la data nella quale hanno inizio i cicli per le prestazioni cicliche (Allegato B) Compilare anche nel caso di singola prestazione con la data di effettuazione.	
	Pertinenza	Record prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	8 (59-66)	
	Controllo Formale	8 caratteri numerici nel formato GGMMAAAA	
	OBB	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2, 3	E039
	Congruità	<i>Data di richiesta</i> <= <i>Data inizio ciclo</i> <= <i>Data di effettuazione</i>	E040 E041
Regime	Descrizione	Regime di erogazione della ricetta	
	Pertinenza	Record ricetta e record prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	1(67-67)	
	Dominio	1 = SSR 2 = SSR, con accesso diretto 3 = SASN 4 = Intramoenia 5 = Pagante in proprio 6 = Terzo pagante diverso da SSR	
	OBB	Obbligatorio	E092
	Congruità	Se 2 allora <i>Tipo soggetto prescrittore</i> = 4 Se 3 allora <i>Tipo soggetto prescrittore</i> = 5 e <i>Tipologia Pagamento</i> = 7	E093

Numero ricetta	Descrizione	Numero identificativo della ricetta (NRE) Nel caso di prescrizioni effettuate su ricetta cartacea (ricetta rossa) il numero di ricetta dovrà essere composto dalla sola parte numerica del codice a barre, situato in alto a destra della ricetta, secondo le seguenti specifiche (rilevabili dal numero stesso): - codice ISTAT della regione di pertinenza del ricettario (120 per il Lazio) - ultime due cifre dell'anno di produzione del ricettario - 10 numeri non tutti uguali a zero Nel caso di ricette erogate in regime di accesso diretto (<i>Regime</i> = 2) il numero ricetta dovrà essere composto da: 999 + Anno di erogazione + numero progressivo, per un totale di 15 caratteri Nel caso di ricette erogate in regime di Cassa Marittima (SASN) (<i>Regime</i> = 3) inserire il numero di ricetta Nel caso di ricette erogate in regime di intramoenia (<i>Regime</i> = 4) inserire un codice numerico progressivo di 15 cifre Nel caso di ricette erogate in regime di pagante in proprio (<i>Regime</i> = 5) è consentito inserire il numero di ricetta o un codice numerico progressivo di 15 cifre Nel caso di ricette erogate in regime di terzo pagante diverso da SSR (<i>Regime</i> = 6) è consentito inserire il numero di ricetta o un codice numerico progressivo di 15 cifre	
	Pertinenza	Record ricetta e record prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	15 (68-82)	
	Controllo Formale	REG – Codici Istat delle regioni aa – Anno ricettario ('05' <= anno <= anno in corso) ac – Anno in corso Q – Carattere alfanumerico (0-9 A-Z) N – Carattere numerico (0-9) REG + aa + NNNNNNNNNN per <i>Regime</i> = 1 "999" + ac + NNNNNNNNNN per <i>Regime</i> = 2 XXX + aa + NNNNNNNNNN per <i>Regime</i> = 3 (dove XXX è REG, 001, 002)	

		XXX + QQ + NNNNNNNNNN per <i>Regime</i> = 3 (dove XXX è REG, 001, 002)	
		NNNNNNNNNNNNNNNN per <i>Regime</i> = 4, 5 (esclusi casi definiti nel DCA54/2010), 6	
		REG + QQ + NNNNNNNNNN per <i>Regime</i> = 1, 5, 6	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio	E073
	<i>Congruità</i>	Univocità del numero ricetta nel pregresso (due anni dall'erogazione) per <i>Regime</i> = 1, 2, 3 e 5 (solo per i casi definiti nel DCA 54/2010)	E999 E998 E997 E996 E995 E994
Progressivo riga	<i>Descrizione</i>	Progressivo di riga per ogni ricetta Inserire per ogni riga 'prestazione' un progressivo (partendo da 01), e per la riga 'ricetta' inserire '99'. Ad esempio, una ricetta che contenga la richiesta di cinque prestazioni genera 6 record e cioè 5 record prestazione con progressivo prescrizione da 01 a 05 e un record ricetta con progressivo prescrizione = "99". Il numero massimo di prestazioni prescrivibili per ricetta è 8 + 5 prelievi identificati dai seguenti codici: 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4, 91.49.5. Affinché sia ammessa una ricetta con più di 8 prestazioni, i codici prelievo devono obbligatoriamente essere inseriti in coda alle altre prestazioni. Ad esempio, nel caso di una ricetta con 10 prestazioni, di cui 5 prelievi, questi dovranno essere inseriti dalla posizione 6 alla posizione 10. In caso di pacchetti di prestazioni, APA o PAC sarà possibile registrare più di 8 righe prestazioni.	
	<i>Pertinenza</i>	Ricetta e Prestazione	
	<i>Lunghezza</i> (inizio-fine)	2 (83-84)	
	<i>Controllo Formale</i>	2 caratteri numerici	E077
	<i>OBB</i>	Obbligatorio	E076
	<i>Dominio</i>	01-13 e 99	

	<i>Congruità</i>	Se <i>Progressivo riga</i> > "08" e <i>Codice prestazione</i> alla riga "99" non è APA/PAC allora <i>Codice prestazione</i> deve essere un prelievo identificato dai seguenti codici: 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4, 91.49.5 Per regime 1,2 e 3 il campo deve essere univoco all'interno della ricetta e sequenziale partendo per la prima prestazione con il codice "01".	E078
Data effettuazione	<i>Descrizione</i>	Data di effettuazione della prestazione Indicare la data nella quale la struttura ha effettuato la prestazione o completato il ciclo delle prestazioni prescritte	
	<i>Pertinenza</i>	Record Prestazione	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	8 (85-92)	
	<i>Controllo Formale</i>	GGMMAAAA	
	<i>OB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	
	<i>Validità</i>	Verifica esistenza della data	
	<i>Congruità</i>	<i>Data di compilazione ricetta</i> <= <i>Data di richiesta</i> <= <i>Data inizio ciclo</i> <= <i>Data di effettuazione</i> L'intervallo tra <i>Data di compilazione ricetta</i> e <i>Data di effettuazione</i> non deve essere maggiore di 2 anni	E038 E036
Codice prestazione	<i>Descrizione</i>	Descrivere la prestazione effettuata utilizzando il Nomenclatore regionale in uso. Utilizzare i punti di separazione previsti dal codice. Nel caso della compilazione dei pacchetti di prestazioni, di APA e PAC (Allegato A), indicare il codice del pacchetto nel campo codice prestazione relativamente ai record con <i>Progressivo riga</i> = "99" e "01"	
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta e Prestazione	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	7 (93-99)	
	<i>OB</i>	Obbligatoria per: <i>Progressivo riga</i> <> "99" e <i>Progressivo riga</i> = "99" e <i>Codice prestazione</i> è un pacchetto (Allegato A) e <i>Regime</i> = 1, 2, 3	E042 E057
	<i>Validità</i>	Per <i>Regime</i> = 1, 2 verifica del codice sugli elenchi seguenti: Nomenclatore attualmente in vigore nella Regione Lazio	E043

		• Codici Pacchetto • Codici PDTA • Codici PAC	
	Congruità	Solo per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3: Se <i>Progressivo riga</i> <> "99" e sono verificate le seguenti condizioni: - <i>Codice prestazione</i> diverso da 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4, 91.49.5 - <i>Codice prestazione</i> indicato alla riga "99" della medesima ricetta non è un codice APA o PAC allora <i>Progressivo riga</i> deve essere minore uguale a "08" Se <i>Progressivo riga</i> <> "99" e <i>Codice prestazione</i> appartiene all'elenco delle prestazioni cicliche (Allegato B), allora nella ricetta non devono essere presenti più di 3 codici prestazione appartenenti allo stesso elenco Se <i>Progressivo riga</i> <> "99" e <i>Codice prestazione</i> appartiene all'elenco delle prestazioni cicliche (Allegato B) e <i>Determinante Clinico</i> appartiene all'elenco definito nel DM 20 ottobre 1998, allora nella ricetta non devono essere presenti più di 6 codici prestazione appartenenti allo stesso elenco Se <i>Progressivo riga</i> = "99" allora <i>Codice prestazione</i> è un codice pacchetto (Allegato A), altrimenti <i>Codice prestazione</i> deve essere vuoto Se <i>Progressivo riga</i> = "01" e <i>Codice prestazione</i> indicato alla riga "99" della stessa ricetta appartiene all'elenco delle prestazioni pacchetti (Allegato A), allora il <i>Codice prestazione</i> deve corrispondere con quanto indicato nella riga "99" Se <i>Progressivo riga</i> = "99" e <i>Codice prestazione</i> = V56.A o V56.B: - <i>Codice Ambulatorio</i> = "29xx" - <i>Codice Struttura</i> è un Centro Dialisi autorizzato Se <i>Codice prestazione</i> = 91.38.5 allora <i>Sesso</i> = 2	E044 E057

Numero di prestazioni per codice	Descrizione	Indica le ripetizioni eventualmente effettuate della stessa prestazione. Se la prestazione è singola inserire il valore 1, nel caso di prestazioni cicliche possono essere effettuate più prestazioni per codice. Per la terapia fisica e riabilitativa ogni ricetta può contenere un massimo di 3 cicli di prestazioni per un massimo di 10 sedute per ciclo. Nel caso di patologie indicate nel DM 20 ottobre 1998, il numero massimo è fissato a 6 cicli di prestazioni per un massimo di 10 sedute per ciclo	
	Pertinenza	Record Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	2 (100-101)	
	OBB	Obbligatorio	
	Validità	Numero di prestazioni ≤ 8 per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3 e <i>Codice Prestazione</i> riportato sulla riga "99" diverso da codice pacchetto (Allegato A) o Numero di prestazione ≤ 10 per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3 e <i>Codice Prestazione</i> appartiene all'elenco delle prestazioni cicliche (Allegato B)	E078
	Congruità	Per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3 la somma del numero di prestazioni della ricetta (escluse le prestazioni cicliche, i prelievi e i pacchetti come da allegati A e B), deve essere ≤ 8 Per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3 la somma del numero di prestazioni della ricetta per le prestazioni riferite a prelievi (91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.49.4, 91.49.5) deve essere ≤ 8	E078
Esenzione	Controllo Formale	Numerico di due caratteri	
	Descrizione	Individua il tipo di esenzione	
	Pertinenza	Record Ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (102-102)	
	OBB	Obbligatorio per <i>Regime</i> 1, 2 o 3	E050
	Dominio	1 = esente totale 2 = non esente 3 = esente per età e reddito 4 = esente per patologia 5 = esente per prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori 6 = esente per categoria (pensionati sociali e familiari a carico, disoccupati e familiari a carico, titolari di pensioni al minimo oltre i 60 anni e loro familiari a carico)	E051

Codice di Esenzione		7= donne in stato di gravidanza 8= esente parziale per invalidità (invalidità parziale) 9= altre categorie (soggetti sottoposti ad accertamenti previsti per il riconoscimento di malattie rare, soggetti affetti da HIV, tossicodipendenti in trattamento di disassuefazione, donatori, detenuti, ...)	
	Congruità	- Se <i>Esenzione</i> = 3 l'età del paziente alla "Data di richiesta della prestazione" deve essere < 6 o >= 65 - Se <i>Esenzione</i> <> 2, 9 deve essere valorizzato il campo <i>Codice Esenzione</i> - Se <i>Regime</i> = 1,2 e <i>Esenzione</i> <> 2 e <i>Codice Esenzione</i> <> E10, V10, V11, V12 allora <i>Tipologia Pagamento</i> = 1 - Se <i>Regime</i> = 1,2 e <i>Esenzione</i> <> 2 e <i>Codice Esenzione</i> = E10, V10, V11, V12 allora <i>Tipologia Pagamento</i> = 2,3 - Se <i>Regime</i> = 1,2 e <i>Esenzione</i> = 2 e <i>Codice Esenzione</i> = OD1 allora <i>Tipologia Pagamento</i> = 2,3	E086
	Descrizione	Codice di esenzione della ricetta Nel caso di esenzione per patologia inserire il codice a sei cifre della tabella di transcodifica Regionale dei codici ministeriali Nel caso di esenzione per malattie rare è obbligatorio indicare lo specifico codice alfanumerico a sei cifre definito dal Ministero della Salute Nel caso delle altre esenzioni compilare i campi secondo le disposizioni previste dalla Circolare della Regione Lazio, nota prot n.9072 del 25 febbraio 2005 (aggiornato al 10/03/2005) e successive modificazioni ed integrazioni Il controllo verrà effettuato esclusivamente sulle prime tre cifre.	
	Pertinenza	Record Ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	6(103-108)	
	OBB	Obbligatorio per <i>Esenzione</i> <> 2, 9 e <i>Regime</i> = 1, 2	E083
	Congruità	Solo per Regime 1 e 2: Se <i>Esenzione</i> = 1 allora i codici devono essere nell'elenco: 5G1, C01, C02, C03, C05, C06, E09, G01, L01, L02, S01, S02, S04, T09, T16, TEL, V01 Se <i>Esenzione</i> = 2 è ammesso il codice OD1 Se <i>Esenzione</i> = 3 allora i codici devono essere nell'elenco: E01, E07, E08 Se <i>Esenzione</i> = 4 controllo con la tabella di transcodifica dei codici esenzioni per patologia della Regione Lazio	E084 E085

		Se <i>Esenzione</i> =5 allora i codici devono essere nell'elenco: D01, D02, D03, D04, D05 Se <i>Esenzione</i> =6 allora i codici devono essere nell'elenco: E02, E03, E04, E05, E06, E10, V10, V11, V12, X01 Se <i>Esenzione</i> =7 allora i codici devono essere nell'elenco: M00-M41, M50, M99 e <i>Codice prestazione</i> previsto dal DM 10 settembre 1998 Se <i>Esenzione</i> =8 allora i codici devono essere nell'elenco: C04, G02, L03, L04, S03 Se <i>Esenzione</i> =9 allora i codici devono essere nell'elenco: B01, F01, I01, N01, P01, P02, P03, R99, T01 Se <i>Codice esenzione</i> = E10 allora 60<= Età < 65 Se <i>Codice esenzione</i> = V10 allora assisto "ENI" Se <i>Codice esenzione</i> = V11 allora Età <= 18 Se <i>Codice esenzione</i> = V12 allora deve essere verificata una delle seguenti condizioni: • Età <= 18 • Età >= 18 e Sesso = 2 Se <i>Codice esenzione</i> = T09 allora primi tre caratteri del <i>Comune di Residenza</i> deve essere = "066" Se <i>Codice esenzione</i> = T16 allora il <i>Comune di Residenza</i> deve appartenere all'elenco: 057002, 057001, 057003, 057006, 057017, 057033, 057057	
Tipologia di pagamento	Descrizione	Indica la partecipazione alla spesa Ciascuna ricetta deve comprendere lo stesso regime di esenzione (o di non esenzione). Si prevede che l'insieme delle prescrizioni inserite nella stessa ricetta facciano capo ad un unico quadro clinico e che quindi la partecipazione alla spesa riguardi tutte le prescrizioni contenute in una ricetta. In situazioni diverse sarà necessario compilare ricette distinte, ciascuna soggetta a diverso regime di partecipazione alla spesa. Sarà effettuato il controllo di congruità del dato con l'importo del ticket e del totale della riga di ricetta.	
	Pertinenza	Record Ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (109-109)	
	OBBL	Obbligatorio	E053

	<i>Dominio</i>	1 = esente 2 = ticket 3 = franchigia 4 = libera professione "intramoenia" (solo nelle strutture pubbliche) 5 = pagante in proprio 6 = terzo pagante diverso da SSR 7 = SASN	E054
	<i>Congruità</i>	Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 1 allora <i>Esenzione</i> <> 2 e <i>Regime</i> =1,2 Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 2, 3 allora <i>Regime</i> = 1, 2 e <i>Esenzione</i> =2 Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 2, 3 allora <i>Regime</i> = 1, 2 e <i>Esenzione</i> =6 e <i>Codice esenzione</i> = E10, V10, V11, V12 Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 4 allora <i>Regime</i> = 4 Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 5 allora <i>Regime</i> = 5 Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 6 allora <i>Regime</i> = 6 Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 7 allora <i>Regime</i> = 3	E055
Ticket	<i>Descrizione</i>	Indicare la spesa sostenuta dal paziente direttamente o attraverso terzo pagante diverso dal SSR.	
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta	
	<i>Lunghezza</i> (inizio-fine)	7 (110-116)	
	<i>Controllo Formale</i>	- Cifra allineata a destra preceduta da zero; - Parte intera e quella decimale separate da una virgola; - La Parte decimale dovrà avere sempre due caratteri anche nei casi di cifra intera	-
	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1,2,3	E114
	<i>Congruità</i>	Solo per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3: - Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 1 allora <i>Ticket</i> = 0 - Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 2 allora <i>Ticket</i> = 36,15 - Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 2 e <i>Codice Prestazione</i> = '14.36' allora <i>Ticket</i> = 107,00 - Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 3 allora <i>Ticket</i> > 0 e <= 36,15	E056

Importo	Descrizione	Per i record "prestazione" inserire la valorizzazione della singola prestazione, prevista dal Nomenclatore regionale, moltiplicata per il numero di prestazioni effettuate per singolo codice. Per i record "ricetta" inserire la differenza tra la valorizzazione nominale della ricetta e la partecipazione dei cittadini alla spesa della ricetta (Ticket).	
	Pertinenza	Record Ricetta e Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	7 (117-123)	
	Controllo Formale	- Cifra allineata a destra preceduta da zero; - Parte intera e quella decimale separate da una virgola; - La Parte decimale dovrà avere sempre due caratteri anche nei casi di cifra intera	-
	OBB	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2, 3	
	Validità	Se <i>Progressivo Riga</i> <> "99" e <i>Regime</i> = 1, 2 o 3 allora: Controllo corrispondenza con la Tariffa Nomenclatore relativa a <i>Codice Prestazione</i> moltiplicata per il campo <i>Numero di prestazioni per codice</i>	E115
Posizione contabile	Congruità	- Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 1 e <i>Progressivo Riga</i> = "99" allora <i>Importo</i> > 0 - Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 2 e <i>Progressivo Riga</i> = "99" allora <i>Importo</i> >= 0 - Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 2 e <i>Progressivo Riga</i> = "99" e <i>Codice Prestazione</i> = '14.36' allora <i>Importo</i> > 0 - Se <i>Tipologia di Pagamento</i> = 3 e <i>Progressivo Riga</i> = "99" allora <i>Importo</i> = 0	E058
	Descrizione	Indica la posizione delle prestazioni nei confronti di eventuali contestazioni	
	Pertinenza	Record Ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (124-124)	
	OBB	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	E059
	Dominio	1 = Prestazioni appartenenti al mese di competenza 2 = Prestazioni recuperate dal mese precedente 5 = Prestazioni con data effettuazione nell'ultimo trimestre dell'anno precedente, unicamente per i dati consegnati nel primo mese dell'anno in corso, relative a codici di prestazioni cicliche	E060

	<i>Congruità</i>	Solo per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3: Se <i>Posizione Contabile</i> = 1 la maggiore tra le <i>Date di effettuazione</i> delle prestazioni deve essere riferita all'anno in corso e al mese di accettazione Se <i>Posizione Contabile</i> = 2 la maggiore tra le <i>Date di effettuazione</i> delle prestazioni deve essere riferita all'anno in corso e al mese precedente a quello di accettazione Se <i>Posizione Contabile</i> = 5 allora tutti i <i>Codice prestazione</i> devono appartenere all'elenco delle prestazioni cicliche (Allegato B) e la maggiore tra le <i>Date di effettuazione</i> delle prestazioni deve appartenere all'ultimo trimestre dell'anno precedente a quello di accettazione, unicamente per i dati consegnati nel primo mese dell'anno in corso	
Branca specialistica	<i>Descrizione</i>	Branca di erogazione della prestazione. Utilizzare i codici delle branche nel Nomenclatore in uso. Ciascuna ricetta deve comprendere prestazioni della stessa branca specialistica. In caso di prestazioni multibranca bisogna inserire la branca in comune a tutte le altre prestazioni contenute nella ricetta. Nel caso in cui la ricetta contenga esclusivamente prestazioni multibranca e non sia indicata la branca, il programma di controllo automatico dei dati scarnerà l'intera ricetta. Nel caso di APA o PAC dovrà essere indicata una delle branche di appartenenza dell'APA o del PAC, indipendentemente dall'accreditamento per branca della struttura, vista l'erogabilità di questa tipologia di prestazioni al di fuori delle branche di accreditamento stesse.	E062
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta e Prestazione	
	<i>Lunghezza</i> (inizio-fine)	2 (125-126)	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	E061
	<i>Dominio</i>	Per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3 il codice deve appartenere all'elenco delle branche specialistiche della Regione Lazio	
	<i>Validità</i>	Per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3 e Tipologia soggetto erogatore = 2, 3, 7, 8 o 9 deve essere controllato se la branca è accreditata Per <i>Regime</i> = 1, 2 deve essere verificata l'esistenza della coppia Codice Prestazione e Branca specialistica secondo quanto riportato nel CUR ("CODICE NTR RL", "CODICE PAC", "CODICE PACCHETTO", "CODICE PDTA" e le relative branche associate). Per le prestazioni CUR dove non è indicata alcuna branca, la prestazione va considerata erogabile su tutte le branche del dominio.	E116 E063 E032

Codice di Ambulatorio	Descrizione	Indicare il codice di specialità seguito dal numero progressivo che indica la sede ambulatoriale che effettua la prestazione, utilizzando tutte le codifiche di specialità disponibili (indicate nell'allegato 1 del DPCM 17 gennaio 1984 e successive integrazioni e modificazioni). Es. nel caso di un unico ambulatorio di pediatria registrare il codice 3901; nel caso di struttura ospedaliera con tre ambulatori di cardiologia indicare 0801, 0802, 0803. Per l'ambulatorio "infermieristico" utilizzare il codice "04" seguito dal numero progressivo per un totale di 4 caratteri.	
	Pertinenza	Record Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	4 (127-130)	
	OBB	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2, 3	E064
	Controllo Formale	Numerico da 4 caratteri	
	Dominio	Codifiche di specialità disponibili (indicate nell'allegato 1 del DPCM 17 gennaio 1984 e successive integrazioni e modificazioni)	E065
Data di Compilazione	Descrizione	Indicare sul record ricetta la data di compilazione riportata sulla ricetta	
	Pertinenza	Record Ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	8 (131-138)	
	Controllo Formale	GGMMAAAA	
	OBB	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2, 3	E030
	Validità	Verifica esistenza della data	
	Congruità	<i>Data di compilazione ricetta</i> <= <i>Data di richiesta</i> <= <i>Data inizio ciclo</i> <= <i>Data di effettuazione</i>	E032
Referto	Descrizione	Inserire la diagnosi refertata dal medico utilizzando la codifica ICD9CM a 6 cifre (compreso il punto di separazione), limitatamente a visite e a specifiche prestazioni individuate a livello regionale	
	Pertinenza	Record Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	6 (139-144)	
	OBB	Non obbligatorio	
	Validità	Tabella codici ICD-9CM	E113

Codice CUR	Descrizione	Descrivere la prestazione effettuata utilizzando il Catalogo Unico Regionale. Utilizzare tutti i caratteri previsti dal codice.	
	Pertinenza	Record Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	11 (145-155)	
	OBBL	Obbligatorio per ricette "dematerializzate" della Regione Lazio dal 1° Aprile 2021. Il controllo non viene effettuato per le ricette riconducibili a pacchetti di prestazioni, ovvero che riportano nel campo Codice Prestazione della riga ricetta uno dei codici elencati nell'Allegato A "tipo" PAC, PCH e DIA	E096
	Validità	Verifica del codice sul Catalogo Unico Regionale in vigore	E097
	Congruità	Controllo con codici del Nomenclatore tariffario per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	
Stampa PC	Descrizione	Per le ricette cartacea (ricetta rossa) rileva l'informazione "stampa PC", secondo le modalità richieste dal flusso ex art.50.	
	Pertinenza	Record Ricetta e Record Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	1(156-156)	
	OBBL	Non obbligatorio	
	Dominio	0 = Stampa PC vuoto 1 = Stampa PC pieno informaticamente con codice fiscale a barre 2 = Stampa PC pieno informaticamente	E094
Codice esenzione ministeriale	Descrizione	Codice di esenzione per patologia come definito dal DPCM2017 "Nuovi Lea"	
	Pertinenza	Record Ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	10(157-166)	
	OBBL	Non obbligatorio	
	Validità	Tabella Codici esenzione del Ministero della Salute	E095

Tracciato file C

Nome Campo	Definizioni e controlli		Codice Errore
Numero Ricetta	Descrizione	Numero identificativo della ricetta (NRE) Il numero identificativo della ricetta del file sanitario a cui si riferiscono i dati	
	Lunghezza (inizio-fine)	15 (1-15)	
	OBB	Obbligatorio	
	Congruità	Presenza nel tracciato sanitario di un record con stesso numero ricetta	
Tipo Attestato	Descrizione	Tipologia dell'attestato	
	Lunghezza (inizio-fine)	2 (16-17)	
	OBB	Obbligatorio	E110
	Dominio	"IT" = attestato TEAM italiana "UE" = attestato TEAM non italiana "AE" = altro attestato UE "XT" = attestato paese in convenzione	E108
Codice istituzione competente	Descrizione	Codice istituzione competente riportato sulla ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	28 (18-45)	
	OBB	Obbligatorio	E107
Stato Estero	Descrizione	Codice dello stato estero	
	Lunghezza (inizio-fine)	2 (46-47)	
	OBB	Obbligatorio	E106
	Validità	Verifica esistenza nell'elenco definito dal sistema ISO 3166-1 alpha-2	
Numero di identificazione personale	Descrizione	Numero di identificazione personale	
	Lunghezza	20 (48-67)	

	<i>(inizio-fine)</i>		
	<i>OBB</i>	Obbligatorio	E105
Numero identificativo della tessera	<i>Descrizione</i>	Numero identificativo della tessera	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	20 (68-87)	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio se "Tipo Attestato" IT o UE	E104
Data di scadenza dell'attestato	<i>Descrizione</i>	Data di scadenza dell'attestato	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	8 (88-95)	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio	E112
	<i>Congruità</i>	<i>Data scadenza >= Data effettuazione della prestazione</i>	E103
Codice attestato	<i>Descrizione</i>	Codice attestato	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	5 (96-100)	E102
Codice Qualifica Beneficiario	<i>Descrizione</i>	Codice Qualifica Beneficiario (esclusivamente per gli attestati riferiti ai lavoratori)	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	2 (101-102)	
	<i>OBB</i>	Non obbligatorio	
	<i>Dominio</i>	1 = Lavoratore Subordinato 2 = Lavoratore Autonomo 9 = Lavoratore Frontaliero (Subordinato) 10 = Lavoratore Frontaliero (Autonomo) 11 = Lavoratore disoccupato	E101

Modalità di compilazione dei pacchetti di prestazioni

Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali APA

NELLA RIGA RICETTA (RIGA "99"):

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire il Codice APA

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire obbligatoriamente il codice APA nella riga "01". Inserire nelle righe successive i codici (Nomenclatore Tariffario Regionale) delle prestazioni relative alla visita anestesiologicala e anestesia, esami pre – intervento, visita di controllo e medicazione effettivamente erogate all'assistito

Nel Campo *NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE* inserire, per ciascun codice, la quantità 1

Nel Campo *IMPORTO* inserire per la prestazione APA l'importo corrispondente, per tutte le altre prestazioni indicate inserire 0,00 €

Pacchetti di prestazioni ambulatoriali PAC / PDTA

La DGR n. 922 del 21 dicembre 2006, al paragrafo 4 prevede la possibilità di segnalare i PAC che, per imprevisti eventi occorsi al paziente, non si concludano nell'arco temporale previsto, utilizzando il codice specifico del PAC, seguito dalla lettera V.

ES. PAC per lo studio da donatore vivente non concluso – codice PV594V.

Sarà verificata la conformità delle prestazioni a quanto previsto dalla normativa vigente relativamente alla composizione del PAC.

NELLA RIGA RICETTA (RIGA “99”):

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire il Codice del PAC

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire obbligatoriamente il codice del PAC nella riga “01” e, nelle righe successive, i codici delle prestazioni eseguite tra quelle INCLUSE NEL PACCHETTO (le analisi cliniche vengono conteggiate come una singola prestazione, indipendentemente dal loro numero)

Nel Campo *IMPORTO* inserire la tariffa del PAC per il codice PAC

Inserire gli importi del nomenclatore moltiplicati per le quantità, per tutte le altre prestazioni

Nel Campo *BRANCA SPECIALISTICA* riportare il codice inserito nella riga ricetta

Pacchetto Terapia Retinica (Cod. 14.36)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA "99"):

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire il CODICE PACCHETTO (14.36)

Nel Campo *TICKET* inserire:

107,00 € se non esente

0,00 € se esente

Nel Campo *IMPORTO* inserire:

1.693,00 € se non esente

1800,00 € se esente

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (14.36, 95.02, 95.12, 93.56.1)

Nel Campo *IMPORTO* inserire:

1.800,00 € per la prestazione 14.36

0,00 € per tutte le altre prestazioni

Pacchetto Medicina Sportiva

Determina n. 29/4A/10A del 2003 "Medicina dello sport - definizione della codifica dei pacchetti di prestazioni individuati dalla DGR 1533/01"

(Cod. V70.31 - V70.32 - V70.33 - V70.34 – V70.36)

Pacchetti V70.31 (sport di tabella "A", soggetti ≥ 18 anni), V70.32 (sport di tabella "B", soggetti ≥ 18 anni), V70.35 (accertamento idoneità non agonistica)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA "99"):

Nel Campo *TIPOLOGIA DI PAGAMENTO* inserire 5 (pagante in proprio)

Nel Campo *ESENZIONE* inserire 2 (non esente)

Nel Campo *CODICE BRANCA* inserire 15

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire il CODICE PACCHETTO

Nel Campo *TICKET* inserire la tariffa del pacchetto

Nel Campo *IMPORTO* inserire 0,00 €

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (compreso il CODICE PACCHETTO)

Nel Campo *IMPORTO* inserire:

la tariffa del pacchetto per la prestazione che identifica il pacchetto

0,00 € per tutte le altre prestazioni

Pacchetti V70.33 (sport di tabella "A", soggetti < 18 anni), V70.34 (sport di tabella "B", soggetti < 18 anni), V70.36 (Certificazione sportiva per portatori di handicap)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA "99"):

Nel Campo *TIPOLOGIA DI PAGAMENTO* inserire 1 (esente)

Nel Campo *ESENZIONE* inserire 9 (esente altre categorie)

Nel Campo *CODICE ESENZIONE* inserire I01

Nel Campo *CODICE BRANCA* inserire 15

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire il CODICE PACCHETTO

Nel Campo *TICKET* inserire 0,00 €

Nel Campo *IMPORTO* inserire la tariffa del pacchetto

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

Nel Campo *CODICE PRESTAZIONE* inserire i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (compreso il CODICE PACCHETTO)

Nel Campo *IMPORTO* inserire:

la tariffa del pacchetto per la prestazione che identifica il pacchetto

0,00 € per tutte le altre prestazioni

Pacchetto Prestazioni di Dialisi (Cod. V56.A-V.56.B)

Pacchetto V56.A

NELLA RIGA RICETTA (RIGA "99"):

Nel Campo PRESIDIO PRINCIPALE inserire il codice della struttura cui afferisce il Centro Dialisi

Il Campo CODICE DI AMBULATORIO deve essere compilato per distinguere le diverse Unità di Dialisi che afferiscono ad un'unica struttura

Nel Campo CODICE PRESTAZIONE inserire il Codice Pacchetto (V56.A)

Nel Campo BRANCA SPECIALISTICA inserire il codice 29

Nel Campo TIPOLOGIA DI PAGAMENTO inserire il codice 1 (Esente)

Nel Campo ESENZIONE inserire il codice 4 (Esente per Patologia)

Nel Campo PATOLOGIA DI ESENZIONE inserire il codice 023585 (*insufficienza renale cronica*)

Nel Campo TICKET inserire 0,00 euro

Nel Campo IMPORTO inserire la somma degli importi delle righe di prestazioni

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

Nel Campo CODICE PRESTAZIONE inserire almeno uno e non più di cinque dei seguenti CODICI DI DIALISI:

39.95.1, 39.95.2, 39.95.3, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9, 54.98.1, 54.98.2

Per tali codici nel Campo NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE inserire la quantità erogata (massimo 20 prestazioni per singolo codice).

Inserire, inoltre, il codice 89.03 relativo alla visita, incluso nella tariffa di dialisi, per una quantità massima di 20 prestazioni.

Alle precedenti prestazioni far seguire i CODICI DELLE PRESTAZIONI di cui alla circolare 19/99, anch'esse incluse nella tariffa di dialisi, effettuate nel periodo di riferimento e di seguito riportati:

90.44.1, 90.16.3, 90.27.1, 90.40.4, 90.37.4, 90.11.4, 90.24.5, 90.43.5, 90.62.2, 90.22.5, 91.18.5, 91.19.5, 91.18.1, 91.18.2, 91.18.3, 90.04.5, 90.09.2, 90.14.3, 90.14.1, 90.43.2, 90.38.4, 90.22.3, 90.42.5, 90.35.5, 89.52, 87.44.1, 91.22.4.

Per tali codici inserire nel Campo NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE la quantità di 1 prestazione per singolo codice

Il Campo PRESIDIO SECONDARIO, da compilare esclusivamente quando una o più prestazioni individuate dalla circolare 19/99 non vengono effettuate all'interno della struttura di ubicazione del Centro Dialisi, inserire il codice della struttura che eroga la prestazione

Nel Campo IMPORTO inserire:

gli importi del nomenclatore moltiplicati per le quantità erogate per le prestazioni di dialisi (39.95.1, 39.95.2, 39.95.3, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9, 54.98.1, 54.98.2);

0,00 euro per la visita (89.03) e per le prestazioni della circolare 19/99 (90.44.1, 90.16.3, 90.27.1, 90.40.4, 90.37.4, 90.11.4, 90.24.5, 90.43.5, 90.62.2, 90.22.5, 91.18.5, 91.19.5, 91.18.1, 91.18.2, 91.18.3, 90.04.5, 90.09.2, 90.14.3, 90.14.1, 90.43.2, 90.38.4, 90.22.3, 90.42.5, 90.35.5, 89.52, 87.44.1, 91.22.4).

Pacchetto V56.B [erogabili esclusivamente dai centri di dialisi pubblici ed equiparati]

NELLA RIGA RICETTA (RIGA "99"):

Nel Campo PRESIDIO PRINCIPALE inserire il codice della struttura cui afferisce il Centro Dialisi

Il Campo CODICE DI AMBULATORIO deve essere compilato per distinguere le diverse Unità di Dialisi che afferiscono ad un'unica struttura

Nel Campo CODICE PRESTAZIONE inserire il CODICE PACCHETTO (V56.B)

Nel Campo BRANCA SPECIALISTICA inserire il codice 29

Nel Campo TIPOLOGIA DI PAGAMENTO inserire il codice 1 (Esente)

Nel Campo ESENZIONE inserire il codice 4 (Esente per Patologia)

Nel Campo PATOLOGIA DI ESENZIONE inserire il codice 023585 (*insufficienza renale cronica*)

Nel Campo TICKET inserire 0,00 euro

Nel Campo IMPORTO inserire la somma degli importi delle righe di prestazioni

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

Nel Campo CODICE PRESTAZIONE inserire al massimo 8 dei seguenti codici previsti dal pacchetto:

38.95, 39.99.1, 54.93, 88.74.5, 88.75.2, 96.57, 97.29.1, 97.82, 91.49.2,
89.61.1, 89.66, 99.07.1, 99.14.1, 99.71, 54.22, 57.94, 89.52, 93.56.1,
88.77.2, 34.91, 88.75.1, 99.24.1, 96.59, 95.42

Nel Campo NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE inserire la quantità erogata (massimo 20 prestazioni per singolo codice).

Nel Campo IMPORTO inserire gli importi riportati nel nomenclatore moltiplicati per le quantità erogate.

Allegato A

CODICE	DESCRIZIONE	TIPO	Importo	Ticket	Delibera
04.43	Tunnel Carpale	Apa	654	36,15	DGR 143/06
04.44	Liberazione del tunnel tarsale	apa	750	36,15	DCA n.U0001/2010
08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore Escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (Incluso: anestesia, visite e prestazioni preintervento e post intervento)	apa	516,5	36,15	DCA n. 61/10
08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore Escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (Incluso: anestesia, visite e prestazioni preintervento e post intervento)	apa	516,5	36,15	DCA n.61/10
13.41	Cataratta	apa	994	36,15	DGR 143/06
13.70.1	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio facho) Incluso: impianto di lenti, anestesia visite e prestazioni pre e post intervento. Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria"	apa	994	36,15	DCA n.61/10
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale Incluso: impianto lenti, anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento. Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria"	apa	994	36,15	DCA n.61/10
13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato Incluso: anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento	apa	994	36,15	DCA n.61/10
14.36	Retinica	pch	1800	107	
14.75.1	Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	apa	115	36,15	DCA n.U0001/2010
38.59.1	Ministripping delle vene dell'arto inferiore	apa	430	36,15	DCA n.U0001/2010
38.59.2	Interventi endovascolari sulle varici	apa	400	36,15	DCA n.U0001/2010
49.46	Intervento sulle emorroidi	apa	500	36,15	DGR n.922/06

53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento)	apa	929	36,15	DCA n.61/10
53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	apa	929	36,15	DCA n.61/10
53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	apa	929	36,15	DCA n.61/10
53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	apa	929	36,15	DCA n.61/10
53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	apa	929	36,15	DCA n.61/10
53.49.1	Riparazione di ernia ombelicale (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	apa	929	36,15	DCA n.61/10
64.0	Circoncisione terapeutica	apa	400	36,15	DGR n.922/06
69.09	Dilatazione e raschiamento dell'utero	apa	400	36,15	DGR n.922/06
77.56	Riparazione di dito a martello/artiglio (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	apa	750	36,15	DCA n.61/10
80.20	Artroscopia sede non specificata (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	apa	516,5	36,15	DCA n.61/10
81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	apa	800	36,15	DCA n.61/10

81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	apa	800	36,15	DCA n.61/10
82.91	Lisi di aderenze della mano	apa	290	36,15	DCA n.U0001/2010
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	apa	1000	36,15	DCA n.61/10
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	apa	1000	36,15	DCA n.61/10
84.11	Amputazione di dita del piede (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	apa	1000	36,15	DCA n.61/10
86.3.6	Intervento sulla cute per patologie benigne	apa	200	36,15	DGR n.922/06
86.4.7	Intervento sulla cute per patologie neoplastiche	apa	450	36,15	DGR n.922/06
98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. prima seduta. Incluso: visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	apa	200	36,15	DCA n.61/10
98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1	apa	200	36,15	DCA n.61/10
98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo	apa	150	36,15	DCA n.61/10

DT250B1	PDTA per il diabete protocollo B1	pac	0	36,15	DCA 113/2016
DT250B2	PDTA per il diabete protocollo B2	pac	0	36,15	DCA 113/2016
DT4912	PDTA della BPCO	pac	0	36,15	DCA 113/2016
P154	Pac per la stadiazione e la rivalutazione di carcinoma del colon retto	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P162	Pac rivalutazione e follow-up neoplasia polmonare	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P174	Pac stadiazione e rivalutazione neoplasia mammaria	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P200	Pac per la stadiazione e ristadiatione di sindrome linfoproliferativa	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P2030	Pac per mieloma	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P2353	Pac per la diagnosi delle lesioni focali del fegato	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P2357	Pac diagnostico addensamento polmonare	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P2387	Pac diagnostico per sospetto di sindromi mieloproliferative croniche	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P2393	Pac per l'approfondimento diagnostico di sospetta lesione neoplastica mammaria	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P241	Pac diagnostico nodulo tiroideo	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P2500	Pac per diabete neodiagnosticato e non complicato	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P2506	Pac per il piede diabetico	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P2507	Pac per il piede diabetico	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P253	Pac per il follow-up del bambino affetto da deficit di gh isolato o associato a deficit di altre tropine ipofisarie (tsh, acth, prl, fsh, lh)	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P259	Pac diagnostico per i disturbi della puberta'	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P2731	Pac per gammopatia monoclonale di significato incerto e amiloidosi	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P2777	Pac sindrome metabolica	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P27801	Pac obesità	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P2859	Pac diagnostico anemia	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P287	Pac diagnostico per disturbi emorragici e trombocitopenie	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010

P299	Pac disturbi spettro autistico età evolutiva	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P307	Pac diagnostico disturbo regolazione età evolutiva	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P3075	Pac disturbi alimentazione	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P309	Pac disturbo post traumatico da stress in età evolutiva	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P312	Pac diagnostico disturbi misti della condotta età evolutiva	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P313	Pac diagnostico disturbi emotività età evolutiva	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P315	Pac disturbi specifici neuropsicologici età evolutiva	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P331	Pac deterioramento funzioni cognitive	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P338	Pac per la diagnosi ed il trattamento del dolore cronico	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P340	Pac diagnostico per sclerosi multipla	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P345	Pac epilessia	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P362	Pac diagnostico per le patologie vascolari oculari	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P363	Pac diagnostico per flogosi uveali	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P377	Pac per la diagnosi ed il follow-up delle patologie neuro-oftalmologiche	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P386	Pac per la sindrome vertiginosa	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P388	Pac diagnostico per gli acufeni	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P389	Pac per le ipoacusie	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P401	Pac diagnostico ipertensione	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P414	Pac follow-up cardiopatia ischemica	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P427	Pac diagnosi e follow-up aritmie cardiache	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P428	Pac per la gestione dello scompenso cardiaco	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P4294	Pac per la riabilitazione cardiologica	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P438	Pac per follow-up, riabilitazione e prevenzione delle complicanze delle malattie cerebrovascolari	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P440	Pac diagnostico arteriopatia cronica degli arti	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014

P4912	Pac per la BPCO con e senza insufficienza respiratoria cronica	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P4939	Pac per l'asma bronchiale	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P555	Pac di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI)	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P556	Pac di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI)	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P5714	Pac per la diagnosi e il follow up delle malattie croniche del fegato e delle vie biliari	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P5790A	Pac diagnostico celiachia	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P583	Pac per la diagnosi delle nefropatie	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P585A	Pac per l'insufficienza renale cronica	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P585B	Pac per l'accertamento di idoneità al trapianto renale	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P592	Pac per nefrolitiasi o per colica renale	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P710	Pac per la diagnosi e il follow up delle connettiviti sistemiche e della sindrome da anticorpi antifosfolipidi	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P714	Pac per la diagnosi e il follow up delle artriti	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P7330	Pac diagnostico per l'osteoporosi	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P750A	Pac per le patologie congenite dell'apparato gastro-intestinale	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P752A	Pac per le patologie malformative congenite dell'apparato genito-urinario	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P7650A1	Pac follow-up bambino pretermine A1	pac	100	36,15	DGR n.114/2008
P7650A2	Pac follow-up bambino pretermine A2	pac	86,4	36,15	DGR n.114/2008
P7650A3	Pac follow-up bambino pretermine A3	pac	68,8	36,15	DGR n.114/2008
P7650A4	Pac follow-up bambino pretermine A4	pac	55,1	36,15	DGR n.114/2008
P7650B1	Pac follow-up bambino pretermine B1	pac	130	36,15	DGR n.114/2008
P7650B2	Pac follow-up bambino pretermine B2	pac	97	36,15	DGR n.114/2008
P7650C	Pac follow-up bambino pretermine C	pac	67	36,15	DGR n.114/2008

P7650D	Pac follow-up bambino pretermine D	pac	67	36,15	DGR n.114/2008
P7650E	Pac follow-up bambino pretermine E	pac	150	36,15	DGR n.114/2008
P7650F	Pac follow-up bambino pretermine F	pac	90	36,15	DGR n.114/2008
P7650G	Pac follow-up bambino pretermine G	pac	150	36,15	DGR n.114/2008
P78002	Pac diagnostico perdita transitoria di coscienza	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P7804	Pac diagnostico disturbi equilibrio	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P78057	Pac per la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (O.S.A.S.)	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P7834	Pac diagnostico per ritardata crescita	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P7840A	Pac diagnostico cefalea e altre sindromi dolorose neurologiche	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P7840B	Pac diagnostico cefalea età pediatrica	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P7856	Pac diagnostico per adenolinfomegalia superficiale	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P7865	Pac diagnostico dolore toracico	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P78831	Pac per la gestione dell'incontinenza urinaria da urgenza di origine idiopatica o neurologica refrattaria agli antimuscarinici	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
PV08	Pac diagnostico paziente HIV naive	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
PV106A	Pac diagnostico per l'accertamento di idoneita' del paziente al trapianto di cellule staminali ematopoietiche	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
PV1251	Pac diagnostico per trombofilia	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
PV420	Pac Follow-up pazienti trapiantati di rene	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
PV427	Pac per il follow up dei pazienti trapiantati di fegato	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
PV4983	Pac per l'accertamento di idoneita al trapianto di fegato	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
PV58	Pac somministrazione farmaci	pac	0	36,15	DGR n.114/2008
PV5869	Pac monitoraggio pazienti in terapia antiretrovirale	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
PV5902	Pac per la selezione del donatore di cellule staminali ematopoietiche	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
PV594	Pac per lo studio donatore vivente	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010

P154V	Pac per la stadiazione e la rivalutazione di carcinoma del colon retto - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P162V	Pac rivalutazione e follow-up neoplasia polmonare - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P174V	Pac stadiazione e rivalutazione neoplasia mammaria - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P200V	Pac per la stadiazione e ristadiazione di sindrome linfoproliferativa - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P2030V	Pac per mieloma - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P2353V	Pac per la diagnosi delle lesioni focali del fegato - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P2357V	Pac diagnostico addensamento polmonare - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P2387V	Pac diagnostico per sospetto di sindromi mieloproliferative croniche - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P2393V	Pac per l'approfondimento diagnostico di sospetta lesione neoplastica mammaria - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P241V	Pac diagnostico nodulo tiroideo - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P2500V	Pac per diabete neodiagnosticato e non complicato - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P2506V	Pac per il piede diabetico - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P2507V	Pac per il piede diabetico - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P253V	Pac per il follow-up del bambino affetto da deficit di gh isolato o associato a deficit di altre tropine ipofisarie (tsh, acth, prl, fsh, lh) - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P259V	Pac diagnostico per i disturbi della puberta' - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P2731V	Pac per gammopatia monoclonale di significato incerto e amiloidosi - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P2777V	Pac sindrome metabolica - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P27801V	Pac obesità - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P2859V	Pac diagnostico anemia - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008

P287V	Pac diagnostico per disturbi emorragici e trombocitopenie - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P299V	Pac disturbi spettro autistico età evolutiva - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P307V	Pac diagnostico disturbo regolazione età evolutiva - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P3075V	Pac disturbi alimentazione - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P309V	Pac disturbo post traumatico da stress in età evolutiva - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P312V	Pac diagnostico disturbi misti della condotta età evolutiva - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P313V	Pac diagnostico disturbi emotività età evolutiva - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P315V	Pac disturbi specifici neuropsicologici età evolutiva - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P331V	Pac deterioramento funzioni cognitive - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P338V	Pac per la diagnosi ed il trattamento del dolore cronico - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P340V	Pac diagnostico per sclerosi multipla - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P345V	Pac epilessia - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P362V	Pac diagnostico per le patologie vascolari oculari - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P363V	Pac diagnostico per flogosi uveali - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P377V	Pac per la diagnosi ed il follow-up delle patologie neuro-oftalmologiche - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P386V	Pac per la sindrome vertiginosa - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P388V	Pac diagnostico per gli acufeni - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P389V	Pac per le ipoacusie - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P401V	Pac diagnostico ipertensione - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P414V	Pac follow-up cardiopatia - non concluso ischemica	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P427V	Pac diagnosi e follow-up aritmie cardiache - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008

P428V	Pac per la gestione dello scompenso cardiaco - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P4294V	Pac per la riabilitazione cardiologica - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016
P438V	Pac per follow-up, riabilitazione e prevenzione delle complicanze delle malattie cerebrovascolari - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P440V	Pac diagnostico arteriopatia cronica degli arti - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P4912V	Pac per la BPCO con e senza insufficienza respiratoria cronica - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P4939V	Pac per l'asma bronchiale - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P555V	Pac di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P556V	Pac di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P5714V	Pac per la diagnosi e il follow up delle malattie croniche del fegato e delle vie biliari - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P5790A V	Pac diagnostico celiachia - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P583V	Pac per la diagnosi delle nefropatie - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P585AV	Pac per l'insufficienza renale cronica - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P585BV	Pac per l'accertamento di idoneità al trapianto renale - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P592V	Pac per nefrolitiasi o per colica renale - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P710V	Pac per la diagnosi e il follow up delle connettiviti sistemiche e della sindrome da anticorpi antifosfolipidi - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P714V	Pac per la diagnosi e il follow up delle artriti - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P7330V	Pac diagnostico per l'osteoporosi - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P750AV	Pac per le patologie congenite dell'apparato gastro-intestinale - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010

P752AV	Pac per le patologie malformative congenite dell'apparato genito-urinario - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P7650A1 V	Pac follow-up bambino pretermine A1 - non concluso	pac	100	36,15	DGR n.114/2008
P7650A2 V	Pac follow-up bambino pretermine A2 - non concluso	pac	86,4	36,15	DGR n.114/2008
P7650A3 V	Pac follow-up bambino pretermine A3 - non concluso	pac	68,8	36,15	DGR n.114/2008
P7650A4 V	Pac follow-up bambino pretermine A4 - non concluso	pac	55,1	36,15	DGR n.114/2008
P7650B1V	Pac follow-up bambino pretermine B1 - non concluso	pac	130	36,15	DGR n.114/2008
P7650B2V	Pac follow-up bambino pretermine B2 - non concluso	pac	97	36,15	DGR n.114/2008
P7650CV	Pac follow-up bambino pretermine C - non concluso	pac	67	36,15	DGR n.114/2008
P7650DV	Pac follow-up bambino pretermine D - non concluso	pac	67	36,15	DGR n.114/2008
P7650EV	Pac follow-up bambino pretermine E - non concluso	pac	150	36,15	DGR n.114/2008
P7650FV	Pac follow-up bambino pretermine F - non concluso	pac	90	36,15	DGR n.114/2008
P7650GV	Pac follow-up bambino pretermine G - non concluso	pac	150	36,15	DGR n.114/2008
P78002V	Pac diagnostico perdita transitoria di coscienza - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P7804V	Pac diagnostico disturbi equilibrio - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P78057V	Pac per la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (O.S.A.S.) - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P7834V	Pac diagnostico per ritardata crescita - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P7840AV	Pac diagnostico cefalea e altre sindromi dolorose neurologiche - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P7840BV	Pac diagnostico cefalea età pediatrica - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
P7856V	Pac diagnostico per adenolinfomegalia superficiale - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
P7865V	Pac diagnostico dolore toracico - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
P78831V	Pac per la gestione dell'incontinenza urinaria da urgenza di origine idiopatica o neurologica refrattaria agli antimuscarinici - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00250/2016

PV08V	Pac diagnostico paziente HIV naive - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
PV106AV	Pac diagnostico per l'accertamento di idoneita' del paziente al trapianto di cellule staminali ematopoietiche	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
PV1251V	Pac diagnostico per trombofilia - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
PV420V	Pac Follow-up pazienti trapiantati di rene - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
PV427V	Pac per il follow up dei pazienti trapiantati di fegato - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
PV4983V	Pac per l'accertamento di idoneita al trapianto di fegato - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U00155/2014
PV58V	Pac somministrazione farmaci	pac	0	36,15	DGR n.114/2008
PV5869V	Pac monitoraggio pazienti in terapia antiretrovirale - non concluso	pac	25	36,15	DGR n.114/2008
PV5902V	Pac per la selezione del donatore di cellule staminali ematopoietiche - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010
PV594V	Pac per lo studio donatore vivente - non concluso	pac	25	36,15	DCA n.U0001/2010

Allegato B

CODICE	DESCRIZIONE	BR. 1	BR. 2	BR. 3	BR. 4	TARIFFA
09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	34				19,08
58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE (Per seduta)	43				10,23
86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (per seduta)	09				10,08
86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO (Per seduta)	52				15,36
86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE (Per seduta)	52				15,36
93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	56				8,42
93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	56				4,39
93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE Per seduta	68				5,84
93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Aerosolterapia Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	38				1,55
93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE Drenaggio posturale Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	68				8,21
95.35	TRAINING ORTOTTICO Per seduta	34				5,42
96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE Per seduta	35				5,84

99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute	52				8,78
92.21.1	ROENTGENTERAPIA Per seduta	70				9
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	70				27,13
92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	70				32,63
93.04.1	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE Bilancio articolare e muscolare generale	56				11,62
93.04.2	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE Bilancio articolare e muscolare segmentario	56				7,75
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)	32	56			10,33
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	32	56			10,33
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo	32	56			10,33
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo	32	56			10,33
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	56				11,36
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	56				9,09
93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	56				8,52
93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	56				6,82
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta di 30 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	56				4,96
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Manipolazione della colonna	36	56			14,2

	vertebrale per seduta Escluso: Manipolazione di articolazione temporo- mandibolare					
93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA Per seduta	56				1,81
93.39.6	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	56				2,53
93.39.7	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	56				2,53
92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	70				64,63
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	70				44,75
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	70				64,63
92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	70				96,88
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI Per seduta e per focolaio trattato	70				48
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	70				348,63
92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	70				179,5
92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	70				461
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO Per seduta e per focolaio trattato	70				64,63
23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA Molaggio selettivo dei denti (Per seduta)	35				16,27
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI (Per anno)	35				116,2
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI (Per anno)	35				116,2
24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI Incluso: Trattamento con placca di svincolo (Per anno)	35				116,2
86.25	DERMOABRASIONE Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	52	12			20,4

86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO (Per seduta)	52				15,36
93.71.1	TRAINING PER DISLESSIA Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	56				8,42
93.71.2	TRAINING PER DISLESSIA Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	56				2,07
93.71.3	TRAINING PER DISCALCULIA Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	56				8,42
93.71.4	TRAINING PER DISCALCULIA Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	56				2,07
93.72.1	TRAINING PER DISFASIA Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	56				8,42
93.72.2	TRAINING PER DISFASIA Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	56				2,07
93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	56				2,07
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)					4,39
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)					1,08
93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	56				1,08
93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	32	38	56		8,73
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	32	56			8,42
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	32	56			2,07
93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA Per seduta	82				82,63
93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI Per seduta	68				7,75
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	40				23,24
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO Per seduta e per partecipante	40				9,71
09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	34				68,16
93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con scala psico-comportamentale	56				12,91
93.01.2	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA Con scala psico-comportamentale	56				7,75

93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE Con scala psico-comportamentale Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell'afasia (94.08.4)	32	56			7,75
93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive	32	56			7,75
93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	34	56			7,75
93.03	VALUTAZIONE PROTESICA	56				7,75
93.05.1	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	56				19,37
93.05.2	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	56				10,85
93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE	56				13,43
93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO	56				8,01
93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E DINAMICO	56				9,71
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA Densità delle fibre	32	56			10,33
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Esame ad ago	32	56			10,33
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)	32	43	56		13,43
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	36	56			8,83
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	56				11,36
93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	56				3,41
93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta individuale di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)	56				10,23
93.19.2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta collettiva di 60 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	56				4,44
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	56				10,17
93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	56				7,95

93.35.3	PARAFFINOTERAPIA Bagno paraffinico per seduta (Ciclo di dieci sedute)	56				2,32
93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	56				122,56
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Per seduta (30 minuti ciascuna)	56				8,52
93.39.8	MAGNETOTERAPIA Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	56				1,34

Allegato C

TRACCIATO RECORD FILE DATI ANAGRAFICI

<i>Pr</i>	<i>Pert</i>	<i>Denominazione del campo</i>	<i>Caratteri</i>	<i>Colonne</i>
1	1	Identificativo di Record	7	01-07
2	2	Codice fiscale assistito	16	08-23
3	2	Cognome assistito	30	24-53
4	2	Nome assistito	20	54-73
5	2	Sesso	1	74-74
6	2	Comune di nascita	6	75-80
7	2	Data di nascita	8	81-88
8	2	Comune di residenza	6	89-94
9	2	Municipalità di residenza	2	95-96
10	2	ASL di residenza	3	97-99
11	2	Cittadinanza	3	100-102
12	2	Codice Presidio	6	103-108

TRACCIATO RECORD FILE PRESTAZIONI

<i>Pr</i>	<i>Pert</i>	<i>Denominazione del campo</i>	<i>Caratteri</i>	<i>Colonne</i>
1	1	Identificativo di Record	7	01-07
2	2	ASL	3	08-10
3	2	Presidio principale	6	11-16
4	2	Primo Accesso	1	17-17
5	2	Garanzia tempi di attesa	1	18-18

6	3	Presidio secondario/Codice HUB Laboratorio Analisi	6	19-24
7	2	Tipologia soggetto erogatore principale	1	25-25
8	2	Tipo soggetto prescrittore	1	26-26
9	2	Codice soggetto prescrittore	16	27-42
10	2	Livello di priorità della richiesta	1	43-43
11	2	Prescrizione Suggerita da Specialista	1	44-44
12	2	Determinante clinico	6	45-50
13	2	Data di richiesta della prestazione	8	51-58
14	3	Data di inizio ciclo	8	59-66
15	1	Regime	1	67-67
16	1	N° ricetta	15	68-82
17	1	Progressivo riga	2	83-84
18	3	Data effettuazione	8	85-92
19	3	Codice prestazione	7	93-99
20	3	Numero di prestazioni per codice	2	100-101
21	2	Esenzione	1	102-102
22	2	Codice di Esenzione	6	103-108
23	2	Tipologia di pagamento	1	109-109
24	2	Ticket	7	110-116
25	1	Importo	7	117-123
26	2	Posizione contabile	1	124-124
27	3	Branca specialistica	2	125-126
28	3	Codice di Ambulatorio	4	127-130
29	2	Data di Compilazione	8	131-138
30	3	Referto	6	139-144
31	3	Codice CUR	11	145-155
32	1	Stampa PC	1	156-156
33	2	Codice esenzione Ministeriale	10	157-166

LEGENDA

- La colonna **Pr (progressivo)** indica la successione dei campi nel tracciato record
- La colonna **Pert (pertinenza)** indica a quale tipo di record (ricetta e/o prestazione) si riferiscono le differenti informazioni:
 - i campi contrassegnati dal codice 1 sono quelli di pertinenza tanto dei record "prestazione" che dei record "ricetta";
 - i campi contrassegnati dal codice 2 sono quelli di pertinenza dei record "ricetta";

- i campi contrassegnati dal codice 3 sono quelli di pertinenza dei record "prestazione"
- La colonna **Denominazione del campo** indica, per ciascun campo, la denominazione sintetica
- La colonna **Caratteri** indica l'ampiezza di ciascun campo
- La colonna **Colonne** indica il numero della colonna iniziale e finale di ciascun campo nel record