

Titolo	Specifiche tecniche del tracciato record SIAS XL della Regione Lazio
Versione	1.20.0
Data	01/01/2026

Sommario

Storia delle versioni	4
Introduzione	8
Modalità di acquisizione dati tramite piattaforma ReCUP	8
Modalità di acquisizione dati tramite upload di file	8
Obiettivo del documento.....	9
Legenda delle informazioni	9
Tracciati dei file	10
Tracciato file anagrafico	10
Identificativo Record	10
Codice identificativo assistito	11
Cognome assistito	12
Nome assistito	12
Sesso	13
Comune di nascita	13
Data di nascita	14
Comune di residenza.....	14
Municipalità di residenza	15
ASL di Residenza	15
Cittadinanza	15
Codice Presidio.....	16
Tracciato file sanitario	17
Identificativo Record	17
ASL	17
Presidio principale	18
Primo accesso.....	18
Garanzia tempi di attesa/	18
Piano liste d'attesa.....	18
Presidio Secondario/Codice HUB Laboratorio Analisi	20
Tipologia soggetto erogatore principale.....	20
Tipo soggetto prescrittore	21
Codice soggetto prescrittore	22
Livello di priorità della richiesta.....	23

Prescrizione Suggerita da Specialista	24
Determinante clinico	24
Data di richiesta della prestazione	25
Data di inizio ciclo	25
Regime.....	26
Numero ricetta.....	27
Progressivo riga	29
Data effettuazione	30
Codice prestazione.....	30
Numero di prestazioni per codice	32
Esenzione	32
Codice di Esenzione	33
Tipologia di pagamento	35
Ticket	35
Importo	36
Posizione contabile	37
Branca specialistica.....	38
Codice di Ambulatorio	39
Data di Compilazione.....	40
Accordo	40
Codice CUR	40
Stampa PC	41
Codice esenzione ministeriale.....	41
Tracciato file C	42
Numero Ricetta	42
Tipo Attestato.....	42
Codice istituzione competente.....	42
Stato Estero.....	42
Numero di identificazione personale	43
Numero identificativo della tessera	43
Data di scadenza dell'attestato	43
Codice attestato	43
Codice Qualifica Beneficiario	43

Allegato A44

Allegato B.....56

Allegato C.....61

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

		- Presidio Secondario/Codice HUB Laboratorio Analisi, inserito il controllo formale e modificato il controllo di validità - Primo Accesso, modificato controllo di obbligatorietà - Garanzia tempi di attesa, modificato controllo di obbligatorietà - Livello di priorità della richiesta, modificato controllo di obbligatorietà - Numero di prestazione per codice, modificato il controllo di congruità - Esenzione, modificato controllo congruità - Codice esenzione, modificato controllo di obbligatorietà - Posizione contabile, modificato dominio - Tipo soggetto prescrittore, modificato controllo congruità
1.6.0	06/05/2021	- Primo Accesso , modificato controllo di obbligatorietà
1.7.0	12/10/2021	- Esenzione, modificato controllo congruità - Codice esenzione, modificato controllo di obbligatorietà
1.8.0	26/10/2021	- Codice esenzione , modificato controllo di obbligatorietà
1.9.0	09/12/2021	- ASL , modificata la descrizione
1.10.0	28/12/2021	- Importo , modificato il controllo di congruità
1.11.0	04/03/2022	- Branca specialistica, modificato criterio di validità - Presidio Secondario/Codice HUB Laboratorio Analisi, modificato criterio di obbligatorietà
1.12.0	15/03/2022	- Presidio Secondario/Codice HUB Laboratorio Analisi , modificati criteri di obbligatorietà e validità
1.13.0	30/05/2022	- Garanzia tempi di attesa/Monitoraggio Piano Liste d'attesa , modificata la pertinenza , il dominio e il controllo di congruità
1.14.0	14/09/2022	- Garanzia tempi di attesa/Monitoraggio Piano Liste d'attesa, modificata il controllo di congruità - Codice esenzione, modificato controllo di congruità - Modifica allegato A, inserimento P1398
1.15.0	04/05/2023	- Numero di prestazione per codice , modificato il controllo di congruità

1.16.0	01/01/2024	- <u>Codice identificativo dell'assistito</u>, inserito il controllo di validità per il campo - <u>Numero Ricetta</u>, inserito il controllo di validità per il campo - <u>Codice esenzione</u>, modificato controllo di congruità - <u>Posizione contabile</u>, modificato il dominio e il controllo di congruità - <u>Codice CUR</u>, modificato criterio di obbligatorietà
1.17.0	18/10/2024	- <u>Posizione contabile</u>, modificato il dominio e il controllo di congruità - <u>Garanzia tempi di attesa/Monitoraggio Piano Liste d'attesa</u>, modificata il controllo di congruità - <u>Data di richiesta della prestazione</u>, modificata la validità
1.18.0	01/12/2024	- <u>Garanzia tempi di attesa/Monitoraggio Piano Liste d'attesa</u>, modificata il controllo di congruità
1.19.0	20/01/2025	- <u>Allegato A</u>, modifica codici APA/PAC - <u>Allegato B</u>, modifica codici prestazioni cicliche
1.20.0	20/01/2026	- <u>Allegato B</u>, modifica codici prestazioni cicliche - <u>Allegato C</u>, modifica campo Referto - <u>Numero di prestazione per codice</u>, modificata la validità - <u>Accordo</u>, sostituzione del campo Referto. - <u>Regime</u>, modificato dominio - <u>Presidio Secondario/Codice HUB Laboratorio Analisi</u>, modificato criterio di obbligatorietà - <u>Posizione contabile</u>, inserimento codice errore - <u>Data di effettuazione</u>, modificata la descrizione e il controllo di congruità - <u>Nome assistito</u>, modificato il controllo formale

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	
	OBB	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' seguita 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	
	OBB	Obbligatorio	E001
	Congruità	Per la codifica 'ALTROATT' il campo Tipo Soggetto Prescrittore 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 Tipo soggetto prescrittore = 6 Se Regime = 1, 3 e la ricetta è dematerializzata allora il Numero di Ricetta Elettronica e il Codice identificativo dell'assistito, devono essere presenti su SAR (Sistema di Accoglienza Regionale)	E501
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 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 1 caratteri alfabetici	E006
	OBB	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 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 1 caratteri alfabetico	E008
	OBB	Obbligatorio	E007
Sesso	Descrizione	Sesso dell'assistito	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (74-74)	
	OBB	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 Codice identificativo assistito 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 "Data richiesta prestazione" deve essere <= di 120 anni	E015
	Note di compilazione	Se il Codice identificativo assistito 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 Codice identificativo assistito 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)	
	OBB	Obbligatorio per Regime = 1, 2 o 3	E018
	Validità	Controllo con codici di riferimento ISTAT per Regime = 1, 2 o 3	E019

Municipalità di residenza	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	2 (95-96)	
	OBB	Obbligatorio per Comune di residenza = 058091 e per Regime = 1, 2 o 3	
	Dominio	01-15 o due spazi vuoti nel caso di comune differente da 058091	
	Congruità	Per Comune di residenza = 058091 e Regime = 1, 2 o 3 il campo deve assumere un valore valido	E020
ASL di Residenza	Descrizione	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.	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	3 (97-99)	
	OBB	Obbligatorio per Regime = 1, 2	E021
	Validità	Elenchi NSIS delle ASL italiane per Regime = 1, 2	E022
	Congruità	Controllo con Comune di Residenza e Municipalità di Residenza per Regime = 1, 2 quando Comune di Residenza è un comune della Regione Lazio	
Cittadinanza	Descrizione	Cittadinanza dell'assistito	
	Pertinenza	Record ricetta	

	Lunghezza (inizio-fine)	3 (100-102)	
	OBB	Obbligatorio per Regime = 1, 2 o 3	E016
	Validità	Codice dello stato estero come da codifica ISTAT per Regime = 1, 2 o 3	E017
	Note di compilazione	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 922=INMP) 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 E502
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, Regime = 1, se presente almeno una prestazione "critica" e data compilazione >= 01/04/2021	E088
	Dominio	1 = Sì 0 = No	E089
Garanzia tempi di attesa/ Piano liste d'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. Nei record prestazione indica il monitoraggio di specifiche prestazioni rientranti nel Piano liste d'attesa (secondo quanto previsto dalla Legge del 30/12/2021 n. 234, articolo 1, commi 276 e 279).	E120
	Pertinenza	Record ricetta e prestazione	

	Lunghezza (inizio-fine)	1 (18-18)	
	OBB	Obbligatorio se Primo Accesso = 1 e se presente almeno una prestazione "critica" dal 1° Aprile 2021	E090
	Dominio	1 = Sì (Garanzia tempi di attesa) 2 = No (Garanzia tempi di attesa) L = Piano Liste di attesa 2022 G = Recupero Liste di Attesa 2024 (Dgr n.777/2024)	
	Congruità	Se valorizzato "1" o "2" allora <i>Progressivo Riga</i> = "99" Se valorizzato "L" allora: <i>Progressivo Riga</i> <> "99" <i>Codice Prestazione</i> appartiene ad elenco prestazioni contenute nella nota RL n. U0712560 del 19/07/2022 e s.m.i. <i>Codice Prestazione</i> riportato nella riga "99" non deve essere un codice pacchetto 01/04/2022<= <i>Data effettuazione</i> <=31/12/2022 oppure <i>Data effettuazione</i> >=01/09/2024 Se valorizzato "G" allora: <i>Prestazioni con classe di priorità di primo accesso</i> 1 <i>Progressivo Riga</i> <> "99" <i>Codice Branca</i> non deve essere "00" <i>Regime</i> = 1 <i>Data effettuazione</i> >= 01/11/2024	E091

Presidio Secondario/C odice 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. Per le prestazioni erogate nelle Farmacia, dovrà contenere il codice della farmacia che ha erogato la prestazione preceduto da "F".	
	Pertinenza	Record prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	6 (19-24)	
	OBB	Il campo è obbligatorio se Codice Branca = '00' e Regime assume valore 1, 2 o 3 e il Presidio Principale fa 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 Regime assume valore 1, 2 o 3 e il Presidio Principale fa parte delle reti di laboratorio allora codice Presidio Secondario deve essere contenuto nella tabella di riferimento delle reti di laboratorio. Se Regime = 'F' viene inserito un codice delle farmacie dei servizi 'Fnnnnn'. Per tutti gli altri casi il codice Presidio Secondario può assumere qualsiasi valore, nel rispetto del formato previsto dal campo	E025
Tipologia soggetto erogatore principale	Descrizione	Tipologia del soggetto erogatore principale	
	Pertinenza	Record ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (25-25)	
	OBB	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)	
	OBB	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; 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")	E072
	Congruità	Per Tipo soggetto prescrittore = 6 dovranno essere presenti nel tracciato FileC le informazioni della ricetta relative alla tessera TEAM o altro attestato Se Tipo soggetto prescrittore = 4 allora Regime=2 e Tipologia soggetto erogatore principale <>2	

Codice soggetto prescrittore	Descrizione	Codice Fiscale del medico prescrittore Nel caso di ricetta dematerializzata è il codice fiscale del medico che ha emesso la ricetta come dato dal sistema 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 Branca della ricetta + 99999	E067
------------------------------------	-------------	---	------

		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	
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	16 (27-42)	
	<i>OBB</i>	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2, 3	E066
	<i>Controllo Formale</i>	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;	E087

		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.	
Prescrizione Suggesta da Specialista	Descrizione	Prescrizione suggerita da specialista	
	Pertinenza	Record Ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	1 (44-44)	
	Dominio	1 = In caso di prescrizione NON suggerita 2 = In caso di prescrizione suggerita	
	OBB	Va compilato solo per le ricette prescritte dai medici di base ovvero per Tipo Soggetto Prescrittore = 1 e Regime = 1, 2, 3	E026
	Congruità	Se valorizzato allora Tipo Soggetto Prescrittore deve essere uguale a 1 (MMG/PLS)	
Determinante clinico	Descrizione	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.	
	Pertinenza	Record Ricetta	
	Lunghezza (inizio-fine)	6 (45-50)	
	Dominio	Codici ICD9CM	E028
	OBB	Obbligatorio per Regime = 1, 2 o 3 e solo nei seguenti casi: Codice Prestazione del Record Ricetta appartenga ad una prestazione degli elenchi APA o PAC (Allegato A) Branca specialistica=56	E029
	Validità	Codice esistente della diagnosi ICD9CM per Regime = 1, 2 o 3	

Data di richiesta della prestazione	Descrizione	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.	
	Pertinenza	Record Ricetta o Record Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	8 (51-58)	
	Controllo Formale	8 caratteri numerici nel formato GGMMAAAA	
	OBB	Obbligatorio per <i>Regime</i> = 1, 2, 3	E033
	Validità	Se <i>Regime</i> = 1, 3 e la ricetta è Dematerializzata, in applicazione della DGR 310/2023 allora la data di presa in carico rilevata sul sistema Recup/SAR e identificata dalla chiave numero ricetta + codice fiscale, deve essere compresa tra la data di richiesta e la data di richiesta + 5 giorni (con data richiesta a partire del 01/01/2024)	E503 E504
	Congruità	Data di compilazione ricetta <= data di richiesta <= data inizio ciclo <= data di effettuazione	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	Data di richiesta <= Data inizio ciclo <= Data di effettuazione	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 F = Farmacie	
	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 Regime = 1 "999" + ac + NNNNNNNNNN per Regime = 2 XXX + aa + NNNNNNNNNN per Regime = 3 (dove XXX è REG, 001, 002) XXX + QQ + NNNNNNNNNN per Regime = 3 (dove XXX è REG, 001, 002) NNNNNNNNNNNNNNNN per Regime = 4, 5 (esclusi casi definiti nel DCA54/2010), 6 REG + QQ + NNNNNNNNNN per Regime = 1, 5, 6	
	OBB	Obbligatorio	E073
	Validità	Se Regime = 1, 3 e la ricetta è dematerializzata allora il Numero di Ricetta Elettronica e il Codice identificativo dell'assistito, devono essere presenti su SAR (Sistema di Accoglienza Regionale)	E500
	Congruità	Univocità del numero ricetta nel pregresso (due anni dall'erogazione) per Regime = 1, 2, 3 e 5 (solo per i casi definiti nel DCA 54/2010)	E999 E998 E997 E996 E995 E994

Progressivo riga	Descrizione	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, 91.48.4, 91.48.5. 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.	
	Pertinenza	Ricetta e Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	2 (83-84)	
	Controllo Formale	2 caratteri numerici	E077
	OBB	Obbligatorio	E076
	Dominio	01-13 e 99	
	Congruità	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, 91.48.4, 91.48.5 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	Descrizione	Data di effettuazione della prestazione Indicare la data nella quale la struttura ha effettuato la prestazione o completato il ciclo delle prestazioni prescritte.	
	Pertinenza	Record Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	8 (85-92)	
	Controllo Formale	GGMMAAAA	
	OBB	Obbligatorio per Regime = 1, 2 o 3	
	Validità	Verifica esistenza della data	
	Congruità	Data di compilazione ricetta <= Data di richiesta <= Data inizio ciclo <= Data di effettuazione L'intervallo tra Data di compilazione ricetta e Data di effettuazione non deve essere maggiore di 2 anni.	E038 E036
Codice prestazione	Descrizione	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 Progressivo riga= "99" e "01"	
	Pertinenza	Record Ricetta e Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	7 (93-99)	
	OBB	Obbligatoria per: Progressivo riga <> "99" e Progressivo riga = "99" e Codice prestazione è un pacchetto (Allegato A) e Regime = 1, 2, 3	E042 E057
	Validità	Per Regime = 1, 2 verifica del codice sugli elenchi seguenti: Nomenclatore attualmente in vigore nella Regione Lazio Codici Pacchetto Codici PDTA	E043

		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, 91.48.4, 91.48.5 <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 <= Nr. sedute 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 e > 0 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, 91.48.4, 91.48.5) deve essere <= 8 e > 0	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	E051

		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) 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, ...)	
	<i>Congruità</i>	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
Codice di Esenzione	<i>Descrizione</i>	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.	
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta	
	<i>Lunghezza</i>	6(103-108)	

	(inizio-fine)		
	OBB	Obbligatorio per Esenzione <> 2, 9 e Regime = 1, 2	E083
	Congruità	Solo per Regime 1 e 2: Se Esenzione = 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 Esenzione = 2 è ammesso il codice OD1 Se Esenzione = 3 allora i codici devono essere nell'elenco: E01, E07, E08 Se Esenzione = 4 controllo con la tabella di transcodifica dei codici esenzioni per patologia della Regione Lazio Se Esenzione =5 allora i codici devono essere nell'elenco: D01, D02, D03, D04, D05 Se Esenzione =6 allora i codici devono essere nell'elenco: E02, E03, E04, E05, E06, E10, V10, V11, V12, X01, X22, X23, X24 Se Esenzione =7 allora i codici devono essere nell'elenco: M00-M41, M50, M99 e Codice prestazione previsto dal DM 10 settembre 1998 Se Esenzione =8 allora i codici devono essere nell'elenco: C04, G02, L03, L04, L05, S03 Se Esenzione =9 allora i codici devono essere nell'elenco: B01, F01, I01, N01, P01, P02, P03, R99, T01 Se Codice esenzione = E10 allora 60<= Età < 65 Se Codice esenzione = V10 allora assisto "ENI" Se Codice esenzione = V11 allora Età <= 18 Se Codice esenzione = V12 allora deve essere verificata una delle seguenti condizioni: Età <= 18 Età >= 18 e Sesso = 2 Se Codice Esenzione = X23 allora età <= 6 Se Codice Esenzione =X24 allora età <= 18 Se Codice esenzione = OD1 Se Codice esenzione = T09 allora primi tre caratteri del Comune di Residenza deve essere = "066" Se Codice esenzione = T16 allora il Comune di Residenza deve appartenere all'elenco: 057002, 057001, 057003, 057006, 057017, 057033, 057057	E084 E085

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)	
	OBB	Obbligatorio	E053
	Dominio	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
	Congruità	Se Tipologia di Pagamento = 1 allora Esenzione <> 2 e Regime=1,2 Se Tipologia di Pagamento = 2, 3 allora Regime = 1, 2 e Esenzione=2 Se Tipologia di Pagamento = 2, 3 allora Regime = 1, 2 e Esenzione=6 e Codice esenzione= E10, V10, V11, V12 Se Tipologia di Pagamento = 4 allora Regime = 4 Se Tipologia di Pagamento = 5 allora Regime = 5 Se Tipologia di Pagamento = 6 allora Regime = 6 Se Tipologia di Pagamento = 7 allora Regime = 3	E055
Ticket	Descrizione	Indicare la spesa sostenuta dal paziente direttamente o attraverso terzo pagante diverso dal SSR.	
	Pertinenza	Record Ricetta	

	Lunghezza (inizio-fine)	7 (110-116)	
	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 Regime = 1,2,3	E114
	Congruità	Solo per Regime = 1, 2 o 3: Se Tipologia di Pagamento = 1 allora Ticket = 0 Se Tipologia di Pagamento = 2 allora Ticket = 36,15 Se Tipologia di Pagamento = 2 e Codice Prestazione = '14.36' allora Ticket = 107,00 Se Tipologia di Pagamento = 3 allora Ticket > 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 Regime = 1, 2, 3	
	Validità	Se Progressivo Riga <> "99" e Regime = 1, 2 o 3 allora: Controllo corrispondenza con la Tariffa Nomenclatore relativa a Codice Prestazione moltiplicata per il campo Numero di prestazioni per codice	E115
	Congruità	Se Tipologia di Pagamento = 1 e Progressivo Riga = "99" allora Importo > 0 Se Tipologia di Pagamento = 2 e Progressivo Riga = "99" allora Importo >= 0	E058

		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 Se <i>Codice Prestazione</i> riportato nel <i>Progressivo Riga</i> "99" è contenuto nell'allegato A e tipo = "APA": Se <i>Progressivo Riga</i> <> "01" e "99" allora <i>Importo</i> = 0	E119
Posizione contabile	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 8 = Prestazioni con data effettuazione precedente a due mesi dal mese di competenza e relative all'anno in corso. Tali ricette sono rilevate a fini statistici ed epidemiologici, non saranno considerate per la valorizzazione della produzione.	E060 E014
	Congruità	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 Se <i>Posizione Contabile</i> = 8 la maggiore tra le <i>Date di effettuazione</i> delle prestazioni deve essere riferita all'anno in corso e a due mesi precedenti a quello di accettazione	

Branca specialistica	Descrizione	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
	Pertinenza	Record Ricetta e Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	2 (125-126)	
	OBB	Obbligatorio per Regime = 1, 2 o 3	E061
	Dominio	Per Regime = 1, 2 o 3 il codice deve appartenere all'elenco delle branche specialistiche della Regione Lazio	
	Validità	Per Regime = 1, 2 o 3 e Tipologia soggetto erogatore = 2, 3, 7 o 8 deve essere controllato se la branca è accREDITata Per Regime = 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 Regime = 1, 2, 3	E030
	Validità	Verifica esistenza della data	
	Congruità	Data di compilazione ricetta <= Data di richiesta <= Data inizio ciclo <= Data di effettuazione	E032
Accordo	Descrizione	Indica la tipologia di accordo e l'Ente richiedente con il quale l'accordo per l'erogazione delle prestazioni è stato sottoscritto. Codice Asl e Codice presidio Principale saranno indicati in modo standard, il campo Accordo riporterà il codice accordo e il codice dell'Ente richiedente (es.1 Accordo Gemelli/ASL RM2: ACCORDO=H00202; Codice Asl =905; Codice presidio Principale=006000).	
	Pertinenza	Record Prestazione	
	Lunghezza (inizio-fine)	6 (139-144)	
	OBB	Obbligatorio per la stipula di contratti trilaterali	
	Dominio	'H' + '00' + Codici ASL (201-206; 109-112; 901-922) per gli accordi trilaterali	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)	
	OBB	Obbligatorio per ricette "dematerializzate" della Regione Lazio dal 1° Aprile 2021. Nel caso di 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, se compilato verrà verificata la validità	E096
	Validità	Verifica del codice sul Catalogo Unico Regionale in vigore	E097

	<i>Congruità</i>	Controllo con codici del Nomenclatore tariffario per <i>Regime</i> = 1, 2 o 3	
Stampa PC	<i>Descrizione</i>	Per le ricette cartacea (ricetta rossa) rileva l'informazione "stampa PC", secondo le modalità richieste dal flusso ex art.50.	
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta e Record Prestazione	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	1(156-156)	
	<i>OBB</i>	Non obbligatorio	
	<i>Dominio</i>	0 = Stampa PC vuoto 1 = Stampa PC pieno informaticamente con codice fiscale a barre 2 = Stampa PC pieno informaticamente	E094
Codice esenzione ministeriale	<i>Descrizione</i>	Codice di esenzione per patologia come definito dal DPCM2017 "Nuovi Lea"	
	<i>Pertinenza</i>	Record Ricetta	
	<i>Lunghezza (inizio-fine)</i>	10(157-166)	
	<i>OBB</i>	Non obbligatorio	
	<i>Validità</i>	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 (inizio-fine)	20 (48-67)	
	OBB	Obbligatorio	E105
Numero identificativo della tessera	Descrizione	Numero identificativo della tessera	
	Lunghezza (inizio-fine)	20 (68-87)	
	OBB	Obbligatorio se "Tipo Attestato" IT o UE	E104
Data di scadenza dell'attestato	Descrizione	Data di scadenza dell'attestato	
	Lunghezza (inizio-fine)	8 (88-95)	
	OBB	Obbligatorio	E112
	Congruità	Data scadenza >= Data effettuazione della prestazione	E103
Codice attestato	Descrizione	Codice attestato	
	Lunghezza (inizio-fine)	5 (96-100)	E102
Codice Qualifica Beneficiario	Descrizione	Codice Qualifica Beneficiario (esclusivamente per gli attestati riferiti ai lavoratori)	
	Lunghezza (inizio-fine)	2 (101-102)	
	OBB	Non obbligatorio	
	Dominio	1 = Lavoratore Subordinato 2 = Lavoratore Autonomo 9 = Lavoratore Frontaliero (Subordinato) 10 = Lavoratore Frontaliero (Autonomo) 11 = Lavoratore disoccupato	E101

Allegato A

CODICE	DESCRIZIONE	TIPO
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	Apa
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE	apa
04.49	LIBERAZIONE (NEUROLISI) DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE	apa
08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA	apa
08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	apa
08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	apa
11.99.5	IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE [Cross linking corneale].	apa
11.99.6	ASPORTAZIONE SUTURA CORNEALE O CORNEOSCLERALE a seguito di intervento di cheratoplastica	apa
12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	apa
13.41	INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE - Incluso: Impianto di lenti, anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento - Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria"	apa
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO	apa
13.71	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	apa
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	apa
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	apa
14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI	apa
14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	apa
20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO	apa
22.19.1	ALTRI INTERVENTI SUI SENI NASALI PER VIA ENDOSCOPICA. Inclusa medicazione	apa
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	apa
27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI SULL'UGOLA. Escluso: riparazione	apa
38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE	apa

38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER	apa
49.41	RIDUZIONE DI EMORROIDI	apa
49.47	TROMBECTOMIA	apa
49.49.1	TRATTAMENTO DI EMORROIDI CON FOTOCOAGULAZIONE	apa
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA	apa
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA	apa
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI	apa
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE ERNIA CRURALE	apa
53.41	RIPARAZIONE ERNIA OMBELICALE CON PROTESI	apa
53.49.1	RIPARAZIONE ERNIA OMBELICALE	apa
64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA	apa
69.09	DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO ((prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento, COMPRESO ESAME ISTOLOGICO). Escluso: dilatazione e raschiamento per interruzione di gravidanza ed a seguito di parto o aborto	apa
77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO	apa
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA	apa
81.16	ARTRODESI METATARSOFALENGEA	apa
81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE	apa
81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE	apa
81.27	ARTRODESI METACARPOFALENGEA	apa
81.28	ARTRODESI INTERFALENGEA	apa
81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALENGEA E INTERFALENGEA SENZA IMPIANTO	apa
81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO	apa
82.04	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE	apa
82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA/ TENDINE DELLA MANO	apa

82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO	apa
82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI, NEOFORMAZIONI, CORPO ESTRANEO DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO	apa
82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO	apa
82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO	apa
82.45	SUTURA DEI TENDINI/ TENORAFFIA DELLA MANO	apa
82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO	apa
82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO	apa
82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO	apa
82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]	apa
83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa	apa
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO	apa
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE	apa
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE	apa
84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	apa
86.3.6	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONE DALLA CUTE NON COINVOLGENTE LE STRUTTURE SOTTOSTANTI PER PATOLOGIE BENIGNE (es.nevi, lipomi etc.) (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento compreso esame istologico). ESCLUSO: crioterapia di lesione cutanea, asportazione di lesione cutanea mediante cauterizzazione o folgorazione (codici 86.3.1 e 86.3.3))	apa
86.4.7	ASPORTAZIONE CHIRURGICA RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE COINVOLGENTE LE STRUTTURE SOTTOSTANTI E/O CON IMPORTANTE ESTENSIONE SUPERFICIALE PER PATOLOGIE NEOPLASTICHE O ALTRE LESIONI MOLTO ESTESE (prestazione di anestesia, visite ed esami pre e post intervento compreso esame istologico)	apa
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Prima seduta	apa
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Per seduta successiva alla prima	apa

98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA Per seduta	apa
P1398	P139.8/V12.04 PAC per follow up post COVID-19	pac
P154	Pac per la stadiazione e la rivalutazione di carcinoma del colon retto	pac
P162	Pac rivalutazione e follow-up neoplasia polmonare	pac
P174	Pac stadiazione e rivalutazione neoplasia mammaria	pac
P200	Pac per la stadiazione e ristadiazione di sindrome linfoproliferativa	pac
P2030	PAC per mieloma	pac
P2353	Pac per la diagnosi delle lesioni focali del fegato	pac
P2357	Pac diagnostico addensamento polmonare	pac
P2387	Pac per neoplasie mieloproliferative croniche	pac
P2393	Pac per l'approfondimento diagnostico di sospetta lesione neoplastica mammaria	pac
P241	Pac diagnostico nodulo tiroideo	pac
P2500	Pac per diabete neodiagnosticato e non complicato	pac
P2501	Pac per i giovani con diabete mellito nella transizione dal centro pediatrico al centro dell'adulto	pac
P2506/7	Pac per il piede diabetico	pac
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
P259	Pac diagnostico per i disturbi della puberta'	pac
P2731	PAC per gammopatia monoclonale di significato incerto e amiloidosi	pac
P2777	Pac sindrome metabolica	pac
P27801	Pac obesità	pac
P2859	Pac diagnostico anemia	pac
P287	Pac diagnostico per disturbi emorragici e trombocitopenie	pac
P299	Pac disturbi spettro autistico eta evolutiva	pac
P307	Pac diagnostico disturbo regolazione eta evolutiva	pac
P3075	Pac disturbi alimentazione	pac
P309	Pac disturbo post traumatico da stress in eta evolutiva	pac

P312	Pac diagnostico disturbi misti della condotta eta evolutiva	pac
P313	Pac diagnostico disturbi emotivita eta evolutiva	pac
P315	Pac disturbi specifici neuropsicologici eta evolutiva	pac
P331	Pac deterioramento funzioni cognitive	pac
P338	Pac per la diagnosi ed il trattamento del dolore cronico	pac
P340	Pac diagnostico per sclerosi multipla	pac
P345	Pac epilessia	pac
P362	Pac diagnostico per le patologie vascolari oculari	pac
P363	Pac diagnostico per flogosi uveali	pac
P377	Pac per la diagnosi ed il follow-up delle patologie neuro-oftalmologiche	pac
P386	Pac per la sindrome vertiginosa	pac
P388	Pac diagnostico per gli acufeni	pac
P389	Pac per le ipoacusie	pac
P401	Pac diagnostico ipertensione	pac
P414	Pac follow-up cardiopatia ischemica	pac
P427	Pac diagnosi e follow-up aritmie cardiache	pac
P428	Pac per la gestione dello scompenso cardiaco	pac
P4294	Pac per la riabilitazione cardiologica	pac
P438	Pac per follow-up, riabilitazione e prevenzione delle complicanze delle malattie cerebrovascolari	pac
P440	Pac diagnostico arteriopatia cronica degli arti	pac
P4912	Pac per la BPCO con e senza insufficienza respiratoria cronica	pac
P4939	Pac per l'asma bronchiale	pac
P555	Pac di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI)	pac
P556	Pac di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI)	pac
P5714	Pac per la diagnosi e il follow up delle malattie croniche del fegato e delle vie biliari	pac

P5790A	Pac diagnostico celiachia	pac
P583	Pac per la diagnosi delle nefropatie	pac
P585A	Pac per l'insufficienza renale cronica	pac
P585B	Pac per l'accertamento di idoneità al trapianto renale	pac
P592	Pac per nefrolitiasi o per colica renale	pac
P64801	PAC Diabete gestazionale e follow-up postpartum	pac
P64803	PAC diabete in gravidanza (diabete mellito, condizione o complicazione antepartum)	pac
P710	Pac per la diagnosi e il follow up delle connettiviti sistemiche e della sindrome da anticorpi antifosfolipidi	pac
P714	Pac per la diagnosi e il follow up delle artriti	pac
P7330	Pac diagnostico per l'osteoporosi	pac
P750A	Pac per le patologie congenite dell'apparato gastro-intestinale	pac
P752A	Pac per le patologie malformative congenite dell'apparato genito-urinario	pac
P7650A1	Pac follow-up bambino pretermine A1	pac
P7650A2	Pac follow-up bambino pretermine A2	pac
P7650A3	Pac follow-up bambino pretermine A3	pac
P7650A4	Pac follow-up bambino pretermine A4	pac
P7650B1	Pac follow-up bambino pretermine B1	pac
P7650B2	Pac follow-up bambino pretermine B2	pac
P7650C	Pac follow-up bambino pretermine C	pac
P7650D	Pac follow-up bambino pretermine D	pac
P7650E	Pac follow-up bambino pretermine E	pac
P7650F	Pac follow-up bambino pretermine F	pac
P7650G	Pac follow-up bambino pretermine G	pac
P78002	Pac diagnostico perdita transitoria di coscienza	pac
P7804	Pac diagnostico disturbi equilibrio	pac
P78057	Pac per la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (O.S.A.S.)	pac
P7834	Pac diagnostico per ritardata crescita	pac

P7840A	Pac diagnostico cefalea e altre sindromi dolorose neurologiche	pac
P7840B	Pac diagnostico cefalea eta pediatrica	pac
P7856	Pac diagnostico per adenolinfomegalia superficiale	pac
P7865	Pac diagnostico dolore toracico	pac
P78831	PAC per la gestione dell'incontinenza urinaria da urgenza di origine idiopatica o neurologica refrattaria agli antimuscarinici	pac
PV08	Pac diagnostico paziente HIV naive	pac
PV106A	Pac diagnostico per l'accertamento di idoneita' del paziente al trapianto di cellule staminali ematopoietiche	pac
PV1251	Pac diagnostico per trombofilia	pac
PV420	Pac Follow-up pazienti trapiantati di rene	pac
PV427	Pac per il follow up dei pazienti trapiantati di fegato	pac
PV4983	Pac per l'accertamento di idoneita al trapianto di fegato	pac
PV58	Pac somministrazione farmaci	pac
PV5869	Pac monitoraggio pazienti in terapia antiretrovirale	pac
PV5902	Pac per la selezione del donatore di cellule staminali ematopoietiche	pac
PV594	Pac per lo studio donatore vivente	pac
PV840	PAC per la sorveglianza e la diagnosi precoce del carcinoma mammario - ovarico in donne ad alto rischio genetico-familiare	pac
P1398V	P139.8/V12.04 PAC per follow up post COVID-19 - non concluso	pac
P154V	Pac per la stadiazione e la rivalutazione di carcinoma del colon retto - non concluso	pac
P162V	Pac rivalutazione e follow-up neoplasia polmonare - non concluso	pac
P174V	Pac stadiazione e rivalutazione neoplasia mammaria - non concluso	pac
P200V	Pac per la stadiazione e ristadiazione di sindrome linfoproliferativa - non concluso	pac
P2030V	PAC per mieloma - non concluso	pac
P2353V	Pac per la diagnosi delle lesioni focali del fegato - non concluso	pac
P2357V	Pac diagnostico addensamento polmonare - non concluso	pac
P2387V	Pac per neoplasie mieloproliferative croniche - non concluso	pac

P2393V	Pac per l'approfondimento diagnostico di sospetta lesione neoplastica mammaria - non concluso	pac
P241V	Pac diagnostico nodulo tiroideo - non concluso	pac
P2500V	Pac per diabete neodiagnosticato e non complicato - non concluso	pac
P2501V	Pac per i giovani con diabete mellito nella transizione dal centro pediatrico al centro dell'adulto - non concluso	pac
P2506/7V	Pac per il piede diabetico - non concluso	pac
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
P259V	Pac diagnostico per i disturbi della puberta' - non concluso	pac
P2731V	PAC per gammopatia monoclonale di significato incerto e amiloidosi - non concluso	pac
P2777V	Pac sindrome metabolica - non concluso	pac
P27801V	Pac obesità - non concluso	pac
P2859V	Pac diagnostico anemia - non concluso	pac
P287V	Pac diagnostico per disturbi emorragici e trombocitopenie - non concluso	pac
P299V	Pac disturbi spettro autistico eta evolutiva - non concluso	pac
P307V	Pac diagnostico disturbo regolazione eta evolutiva - non concluso	pac
P3075V	Pac disturbi alimentazione - non concluso	pac
P309V	Pac disturbo post traumatico da stress in eta evolutiva - non concluso	pac
P312V	Pac diagnostico disturbi misti della condotta eta evolutiva - non concluso	pac
P313V	Pac diagnostico disturbi emotivita eta evolutiva - non concluso	pac
P315V	Pac disturbi specifici neuropsicologici eta evolutiva - non concluso	pac
P331V	Pac deterioramento funzioni cognitive - non concluso	pac
P338V	Pac per la diagnosi ed il trattamento del dolore cronico - non concluso	pac
P340V	Pac diagnostico per sclerosi multipla - non concluso	pac
P345V	Pac epilessia - non concluso	pac

P362V	Pac diagnostico per le patologie vascolari oculari - non concluso	pac
P363V	Pac diagnostico per flogosi uveali - non concluso	pac
P377V	Pac per la diagnosi ed il follow-up delle patologie neuro-oftalmologiche - non concluso	pac
P386V	Pac per la sindrome vertiginosa - non concluso	pac
P388V	Pac diagnostico per gli acufeni - non concluso	pac
P389V	Pac per le ipoacusie - non concluso	pac
P401V	Pac diagnostico ipertensione - non concluso	pac
P414V	Pac follow-up cardiopatia ischemica - non concluso	pac
P427V	Pac diagnosi e follow-up aritmie cardiache - non concluso	pac
P428V	Pac per la gestione dello scompenso cardiaco - non concluso	pac
P4294V	Pac per la riabilitazione cardiologica - non concluso	pac
P438V	Pac per follow-up, riabilitazione e prevenzione delle complicanze delle malattie cerebrovascolari - non concluso	pac
P440V	Pac diagnostico arteriopatia cronica degli arti - non concluso	pac
P4912V	Pac per la BPCO con e senza insufficienza respiratoria cronica - non concluso	pac
P4939V	Pac per l'asma bronchiale - non concluso	pac
P555V	Pac di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) - non concluso	pac
P556V	Pac di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) - non concluso	pac
P5714V	Pac per la diagnosi e il follow up delle malattie croniche del fegato e delle vie biliari - non concluso	pac
P5790AV	Pac diagnostico celiachia - non concluso	pac
P583V	Pac per la diagnosi delle nefropatie - non concluso	pac
P585AV	Pac per l'insufficienza renale cronica - non concluso	pac
P585BV	Pac per l'accertamento di idoneità al trapianto renale - non concluso	pac
P592V	Pac per nefrolitiasi o per colica renale - non concluso	pac
P64801V	PAC Diabete gestazionale e follow-up postpartum - non concluso	pac

P64803V	PAC diabete in gravidanza (diabete mellito, condizione o complicazione antepartum) - non concluso	pac
P710V	Pac per la diagnosi e il follow up delle connettiviti sistemiche e della sindrome da anticorpi antifosfolipidi - non concluso	pac
P714V	Pac per la diagnosi e il follow up delle artriti - non concluso	pac
P7330V	Pac diagnostico per l'osteoporosi - non concluso	pac
P750AV	Pac per le patologie congenite dell'apparato gastro-intestinale - non concluso	pac
P752AV	Pac per le patologie malformative congenite dell'apparato genito-urinario - non concluso	pac
P7650A1V	Pac follow-up bambino pretermine A1 - non concluso	pac
P7650A2V	Pac follow-up bambino pretermine A2 - non concluso	pac
P7650A3V	Pac follow-up bambino pretermine A3 - non concluso	pac
P7650A4V	Pac follow-up bambino pretermine A4 - non concluso	pac
P7650B1V	Pac follow-up bambino pretermine B1 - non concluso	pac
P7650B2V	Pac follow-up bambino pretermine B2 - non concluso	pac
P7650CV	Pac follow-up bambino pretermine C - non concluso	pac
P7650DV	Pac follow-up bambino pretermine D - non concluso	pac
P7650EV	Pac follow-up bambino pretermine E - non concluso	pac
P7650FV	Pac follow-up bambino pretermine F - non concluso	pac
P7650GV	Pac follow-up bambino pretermine G - non concluso	pac
P78002V	Pac diagnostico perdita transitoria di coscienza - non concluso	pac
P7804V	Pac diagnostico disturbi equilibrio - non concluso	pac
P78057V	Pac per la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (O.S.A.S.) - non concluso	pac
P7834V	Pac diagnostico per ritardata crescita - non concluso	pac
P7840AV	Pac diagnostico cefalea e altre sindromi dolorose neurologiche - non concluso	pac
P7840BV	Pac diagnostico cefalea eta pediatrica - non concluso	pac
P7856V	Pac diagnostico per adenolinfomegalia superficiale - non concluso	pac
P7865V	Pac diagnostico dolore toracico - non concluso	pac

P78831V	PAC per la gestione dell'incontinenza urinaria da urgenza di origine idiopatica o neurologica refrattaria agli antimuscarinici - non concluso	pac
PV08V	Pac diagnostico paziente HIV naïve - non concluso	pac
PV106AV	Pac diagnostico per l'accertamento di idoneità del paziente al trapianto di cellule staminali ematopoietiche - non concluso	pac
PV1251V	Pac diagnostico per trombofilia - non concluso	pac
PV420V	Pac Follow-up pazienti trapiantati di rene - non concluso	pac
PV427V	Pac per il follow up dei pazienti trapiantati di fegato - non concluso	pac
PV4983V	Pac per l'accertamento di idoneità al trapianto di fegato - non concluso	pac
PV58V	Pac somministrazione farmaci - non concluso	pac
PV5869V	Pac monitoraggio pazienti in terapia antiretrovirale - non concluso	pac
PV5902V	Pac per la selezione del donatore di cellule staminali ematopoietiche - non concluso	pac
PV594V	Pac per lo studio donatore vivente - non concluso	pac
PV840V	PAC per la sorveglianza e la diagnosi precoce del carcinoma mammario - ovarico in donne ad alto rischio genetico-familiare - non concluso	pac
DTMAM01	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore della mammella	pdta
DT4912	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per BPCO	pdta
DT250B1	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per Diabete Protocollo B1	pdta
DT250B2	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per Diabete Protocollo B2	pdta
DTOB_1	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale obesità nell'adulto	pdta
DTSUR_1	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle patologie del surrene	pdta
DTIR_1	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle patologie della tiroide	pdta
DTES_1	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle patologie del testicolo e dell'apparato genitale maschile	pdta

DTOVA_1	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle patologie dell'ovaio e dell'apparato genitale femminile	pdta
DTPAR_1	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle patologie delle paratiroidi	pdta
DTIPO_1	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle patologie ipotalamo-ipofisarie	pdta
DTNEN_1	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle neoplasie neuroendocrine	pdta
DTOSA_B	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale "Apnee ostruttive nel sonno" in età evolutiva	pdta
DTOSA_A	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale "Apnee ostruttive nel sonno" in età adulta	pdta
DT_DEM	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per le persone con demenza	pdta

Allegato B

CODICE NTR LAZIO	DESCRIZIONE CODICE NTR RL	N SEDUTE CICLO	Note
03.91.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE [Catetere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo] Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Incluso farmaco. Non associabile a 03.91.2, 03.99.1, 86.06, 86.07	10	Patologie comuni: fino a 3 cicli per ricetta.
03.91.2	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE IN PORTATORE DI CATETERE PERIDURALE [RIFORNIMENTO]. Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento Non associabile a 03.91.1. Incluso farmaco	10	
23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	10	
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle “funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento” secondo ICF dell’OMS e caratterizzata prevalentemente dall’esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute	10	Patologie gravi individuate dal DM DM 20 ottobre 1998: massimo 6 cicli complessivi, ma prescritti uno per volta e sempre motivati.
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle “funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento” secondo ICF dell’OMS e caratterizzata prevalentemente dall’esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute	10	
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di 60 minuti e massimo 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia. Ciclo di 10 sedute	10	
93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO relativa alle “funzioni della voce e dell’eloquio” secondo ICF dell’OMS. Per seduta della durata di almeno 30 minuti e caratterizzata prevalentemente dall’esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	5	
93.11.8	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle “funzioni dell’apparato digerente” secondo ICF dell’OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.11.9	RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO relativa alle “funzioni genito-urinarie”, incontinenza urinaria, secondo ICF dell’OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	10	

93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle “funzioni della voce e dell’eloquio” secondo ICF dell’OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall’esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell’disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	5	
93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.11.G	RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con l'esclusione delle patologie neurodegenerative. Per seduta di 45 minuti. Ciclo di 10 sedute.	10	
93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle “funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento” secondo ICF dell’OMS e caratterizzata dall’esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute	4	
93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle “funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell’OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall’esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle “funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell’OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall’esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute	12	
93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute	10	

93.78.3	RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	10	
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	10	
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	10	
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	10	
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)	6	
93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)	6	
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	10	
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	10	
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	10	
93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	5	
99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino	12	
99.12.2	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino	12	
99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	6	
54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON BICARBONATO E/O AGENTE OSMOTICO DIVERSO DAL GLUCOSIO. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	31	Dialisi
54.98.4	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD e/o APD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	31	
54.98.5	DIALISI PERITONEALE [CAPD] CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	31	
54.98.6	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con bicarbonato e/o agente osmotico diverso dal glucosio. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	31	
54.98.7	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE [IPD]. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	31	
39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.3	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	

39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.B	EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.C	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.D	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.E	TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE. Per seduta. Fino a 3 sedute	3	
39.95.F	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.G	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.H	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.L	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT. [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution] Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	13	
39.95.M	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	13	
39.95.N	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	13	
54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE fino a 31 sedute	31	Radioterapia
54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con addestramento. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	31	
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	10	
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	10	
92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	10	
92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	10	
92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	10	
92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	5	

92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	10	
---------	--	----	--

Allegato C

TRACCIATO RECORD FILE DATI ANAGRAFICI

Pr	Pert	Denominazione del campo	Caratteri	Colonne
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

Pr	Pert	Denominazione del campo	Caratteri	Colonne
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 Suggestita 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	Accordo	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