



---

# **Progetto**

## **Sistema **INFO**rativo Sa**N**ità Cam**pan**IA**

### **(SINFONIA)**



---

## **SPECIFICHE TECNICHE**

### **Flusso Farmaceutica - File F**

Versione 2.0

# 1 REGOLE DI COMPILAZIONE

## 1.1 Regole generali

Le informazioni relative alle prestazioni farmaceutiche da rendicontare in File F sono raccolte in tracciati record a lunghezza fissa organizzati nel seguente modo:

**FILE DOPPIO: - F1 ANAGRAFICO  
- F2 SANITARIO**

Nei tracciati di seguito rappresentati, si farà riferimento ad una colonna “CODICE”.

Tale campo potrà assumere i seguenti valori:

### **OBBLIGATORIO – codice OBB**

Sono i campi che devono necessariamente essere compilati. La non compilazione di un campo obbligatorio comporta lo scarto del record.

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

### **NON OBBLIGATORIO – codice NOB**

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

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

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

### **NON VALORIZZARE – codice NV**

Questi campi devono essere impostati nel seguente modo:

- con “spazi”, se sono alfanumerici
- con tutti zeri, se sono numerici

### **OBBLIGATORIO DI LIVELLO AZIENDALE - codice OBA**

Sono campi la cui compilazione è obbligatoria per il livello Azienda e non deve essere riempito dal livello precedente (erogatore).

### **OBBLIGATORIO DI LIVELLO REGIONALE - codice OBR**

Sono campi la cui compilazione è obbligatoria per il livello Regionale e non devono essere riempiti dai livelli precedenti (Erogatore ed Azienda).

## 1.2 TIPO DEI CAMPI

Nei tracciati record sarà presente la colonna “Tipo” con i Campi che saranno così definiti:

- AN** Campo contenente valori alfanumerici. Tutti i campi alfanumerici vanno sempre allineati a sinistra e completati a destra per le rimanenti posizioni con il carattere “spazio”.  
**Es: in un campo lungo 10, il valore "abCd" sarà registrato come "abCd     ".**
- N** Campo contenente valori numerici. Tutti i campi definiti numerici vanno sempre allineati a destra e completati a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere “zero”.  
**Es: in un campo lungo 10, il valore "1250" sarà registrato come "0000001250".**

## 1.3 RIEMPIMENTO DEI CAMPI

Campi che contengono una data dovranno essere di tipo AN e rispettare il seguente formalismo GGMMAAAA.

**Es: la data "primo febbraio 2001" sarà registrata come "01022001". La data "nove marzo 2001" sarà registrata come "09032001".**

Campi numerici contenenti un valore decimale dovranno rispettare il seguente formalismo

**Es: campi numerici che contengono un numero di 9 cifre saranno costituiti da 6 caratteri per la parte intera, 1 carattere per la virgola “,” e 2 caratteri per la parte decimale.**

**Come tutti i campi numerici gli importi sono obbligatoriamente riempiti con caratteri da 0 a 9 e vanno sempre allineati a destra e completati a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere “zero”.**

**Es: L’importo di centotrentacinque euro e cinque centesimi sarà registrato come “000135,05”. L’importo di dieci euro sarà registrato come “000010,00”.**

## 1.4 SCHEDE DI RIFERIMENTO

Ogni campo presente nei tracciati viene identificato da una scheda di riferimento, nella quale verranno elencate le seguenti informazioni: **descrizione, formalismo, valori ammessi, controlli effettuati ed eventuali annotazioni.**

Alcuni campi, come quelli a disposizione della Regione, quelli a disposizione delle Aziende e i campi Errore (Da ERR1 a ERR10) saranno classificati come

**N.C.                    non classificati**

in quanto non contenendo ancora alcun tipo di informazione non hanno alcuna scheda di riferimento e andranno riempiti con zeri o caratteri blank a seconda del relativo tipo.

## 2 DESCRIZIONE DEI TRACCIATI RECORD

### 2.1 Tracciato record anagrafico: F1

| SCHEDA DI RIF. | DESCRIZIONE CAMPO                                    | TIPO             | LUNGHEZZA | DA POSIZ. | A POSIZ. | REGOLE |     |
|----------------|--|------------------|-----------|-----------|----------|--------|-----|
| 1.0            | Regione addebitante                                  | AN               | 3         | 1         | 3        | OBB    |     |
| 2.0            | Az. ASL/Az. Ospedaliera inviante                     | AN               | 3         | 4         | 6        | OBB    |     |
| 3.0            | Codice struttura erogatrice                          | AN               | 6         | 7         | 12       | OBB    |     |
| 4.0            | Codice stabilimento                                  | AN               | 2         | 13        | 14       | OSP    |     |
| 5.0            | Tipologia Struttura                                  | N                | 1         | 15        | 15       | OBB    |     |
| 6.0            | Distretto di appartenenza della struttura erogatrice | AN               | 5         | 16        | 20       | OBB    |     |
| N.C.           | Codice medico Induttore                              | AN               | 8         | 21        | 28       | NV     |     |
| 7.0            | Codice fiscale Medico prescrittore                   | AN               | 16        | 29        | 44       | OBB    |     |
| 8.0            | Codice Medico prescrittore rilevabile dal timbro     | AN               | 7         | 45        | 51       | OBB    |     |
| 9.0            | Tipologia del medico prescrittore                    | AN               | 1         | 52        | 52       | OBB    |     |
| 10.0           | Cognome dell'assistito                               | AN               | 40        | 53        | 92       | OBB    |     |
| 11.0           | Nome dell'assistito                                  | AN               | 40        | 93        | 132      | OBB    |     |
| 12.0           | Codice fiscale assistito o codice STP o ENI          | AN               | 16        | 133       | 148      | OBB    |     |
| 13.0           | Sesso dell'assistito                                 | N                | 1         | 149       | 149      | OBB    |     |
| 14.0           | Data di nascita dell'assistito                       | N                | 8         | 150       | 157      | OBB    |     |
| 15.0           | Cittadinanza   | N                | 1         | 158       | 158      | OBB    |     |
| 16.0           | Luogo di residenza                                   | N                | 6         | 159       | 164      | OBB    |     |
| 17.0           | Regione di residenza                                 | N                | 3         | 165       | 167      | OBB    |     |
| 18.0           | ASL di residenza                                     | N                | 3         | 168       | 170      | OBB    |     |
| 19.0           | Tipo Ricetta   | AN               | 2         | 171       | 172      | OSP    |     |
| 20.0           | Codice Istituzione Competente                        | AN               | 28        | 173       | 200      | OSP    |     |
| 21.0           | Stato Estero   | AN               | 2         | 201       | 202      | OSP    |     |
| 22.0           | Numero identificazione personale                     | AN               | 20        | 203       | 222      | OSP    |     |
| 23.0           | Numero identificazione della tessera                 | AN               | 20        | 223       | 242      | OSP    |     |
| 24.0           | Progressivo riga per ricetta/pratica                 | N                | 2         | 243       | 244      | OBB    |     |
| 25.0           | Stampa informatizzata della ricetta                  | AN               | 1         | 245       | 245      | NV     |     |
| 26.0           | Identificativo                                       | Anno             | N         | 4         | 246      | 249    | OBB |
| 27.0           |  | Codice Struttura | AN        | 8         | 250      | 257    | OBB |
| 28.0           |  | Progressivo      | N         | 8         | 258      | 265    | OBB |

**Lunghezza Record 265**

## 2.2 Tracciato record sanitario: F2

| Scheda | Posiz. | Descrizione campo                  | Tipo | Lungh. | Codice |
|--------|--------|------------------------------------|------|--------|--------|
| 1.0    | 1      | Regione addebitante                | AN   | 3      | OBB    |
| 2.0    | 4      | Az. ASL/Az. Ospedaliera inviante   | AN   | 3      | OBB    |
| 3.0    | 7      | Codice struttura erogatrice        | AN   | 6      | OBB    |
| 4.0    | 13     | Codice stabilimento                | AN   | 2      | OSP    |
| 74.0   | 15     | Codice Tipo Erogatore              | N    | 2      | OBB    |
| 75.0   | 17     | Canale di erogazione               | AN   | 1      | OBB    |
| 101.0  | 18     | Tipo Struttura Erogante            | N    | 1      | OSP    |
| 76.0   | 19     | Tipologia farmaco erogato          | AN   | 3      | FAC    |
| 77.0   | 22     | Modalità di erogazione del farmaco | AN   | 3      | OBB    |
| 78.0   | 25     | Numero Nosologico                  | N    | 8      | OSP    |
| 36.0   | 33     | Numero ricetta                     | AN   | 1      | OBB    |
| 37.0   | 34     |                                    | AN   | 15     | OBB    |
| 24.0   | 49     | Progressivo riga per prescrizione  | N    | 2      | OBB    |
| 38.0   | 51     | Data della Prescrizione            | AN   | 8      | OBB    |
| 40.0   | 59     | Data erogazione                    | AN   | 8      | OBB    |
| 63.0   | 67     | Codice farmaco                     | AN   | 10     | OBB    |
| 79.0   | 77     | Tipo Medicinale                    | N    | 1      | OBB    |
| 64.0   | 78     | Targatura                          | AN   | 10     | OSP    |
| 80.0   | 88     | Unità di misura                    | N    | 2      | OBB    |
| 81.0   | 90     | Quantità                           | N    | 9      | OBB    |
| 82.0   | 99     | Importo unitario                   | N    | 14     | OBB    |
| 83.0   | 113    | Importo quota fissa Assistito      | N    | 9      | OBB    |
| 84.0   | 122    | Importo quota % a carico Assistito | N    | 9      | OBB    |
| 85.0   | 131    | Fattore di Conversione             | N    | 6      | OBB    |
| 44.0   | 137    | Esenzione                          | N    | 1      | OSP    |
| 45.0   | 138    |                                    | AN   | 6      | OSP    |
| 46.0   | 144    |                                    | N    | 1      | OSP    |
| 47.0   | 145    | Onere della Prestazione            | N    | 1      | OBB    |
| 86.0   | 146    | Costo del Servizio per impegnativa | N    | 9      | OSP    |
| 102.0  | 155    | Costo del Servizio per Farmaco     | N    | 9      | OSP    |
| 103.0  | 164    | Importo totale                     | N    | 14     | OBB    |
| 58.0   | 178    | Posizione Contabile - Campo Vuoto  | AN   | 1      | NOB    |
| 104.0  | 179    | Innovatività                       | AN   | 1      | OSP    |
| N.C.   | 180    | ERR02 - Campo vuoto                | AN   | 1      | NOB    |
| N.C.   | 181    | ERR03 - Campo vuoto                | AN   | 1      | NOB    |
| N.C.   | 182    | ERR04 - Campo vuoto                | AN   | 1      | NOB    |
| N.C.   | 183    | ERR05 - Campo vuoto                | AN   | 1      | NOB    |
| N.C.   | 184    | ERR06 - Campo vuoto                | AN   | 1      | NOB    |
| N.C.   | 185    | ERR07 - Campo vuoto                | AN   | 1      | NOB    |
| N.C.   | 186    | ERR08 - Campo vuoto                | AN   | 1      | NOB    |
| N.C.   | 187    | ERR09 - Campo vuoto                | AN   | 1      | NOB    |
| N.C.   | 188    | ERR10 - Campo vuoto                | AN   | 1      | NOB    |
| N.C.   | 189    | Identificativo                     | N    | 4      | OBB    |
| N.C.   | 193    |                                    | AN   | 8      | OBB    |
| N.C.   | 201    |                                    | N    | 8      | OBB    |
| 59.0   | 209    | Anno e mese di invio               | N    | 6      | OBB    |
| N.C.   | 215    | ASL Campania iniziale di addebito  | N    | 3      | NOB    |

Lunghezza record

217

## SCHEDE DI RIFERIMENTO

| NOME CAMPO: Regione Addebitante |             |           |              |           |
|---------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                 | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| 1.0                             | F1          | OBB       | F2           | OBB       |
|                                 |             |           |              |           |
|                                 |             |           |              |           |
|                                 |             |           |              |           |
|                                 |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO             |
|-------------------------------|
| Codice della Regione Campania |

| FORMALISMO                             |   |          |    |
|--|---|----------|----|
| LUNGHEZZA:                             | 3 | FORMATO: | AN |
| VALORI<br>AMMESSI:<br>Valore fisso 150 |   |          |    |
| TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:      |   |          |    |
| RIFERIMENTI NORMATIVI:                 |   |          |    |

| CONTROLLI |                              |
|-----------|------------------------------|
| REGE      | Regione addebitante errata   |
| REGM      | Regione addebitante mancante |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |



| NOME CAMPO: Codice struttura erogatrice |             |           |              |           |
|---|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                         | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>3.0</h1>                            | F1          | OBB       | F2           | OBB       |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione. |

| FORMALISMO   |   |          |    |
|--|---|----------|----|
| LUNGHEZZA:   | 6 | FORMATO: | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Sono ammessi i codici dei modelli ministeriali HSP11 / STS11 / Farmacie Territoriali / Istituti Penitenziari / FLS11 |   |          |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |   |          |    |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b> DM 31 luglio 2007 e succ. mod. e int.  |   |          |    |

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| ASLI      | Azienda ASL/AO inviante incongruente con la struttura              |
| STRE      | Codice struttura erogatrice errato                                 |
| STRI      | Struttura incoerente con quella specificata in fase di caricamento |
| STRM      | Codice struttura erogatrice mancante                               |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| I campi "Codice Struttura Erogatrice", "Tipologia Struttura" del File F1 ed i campi "Codice Tipo Erogatore" e "Tipo Struttura Erogante" del File F2 permettono di stabilire se la struttura erogante rientra tra le tipologie di strutture "RSA, altre strutture residenziali e semiresidenziali, SERT e Centri di Salute Mentale ed Istituti Penitenziari"; <b>solo per queste strutture è prevista la possibilità di omettere i dati relativi a "prescrittore, contatto e assistito".</b> |

| NOME CAMPO: Codice stabilimento |             |            |              |            |
|---------------------------------|-------------|------------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                 | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>4.0</b>                      | <b>F1</b>   | <b>OSP</b> | <b>F2</b>    | <b>OSP</b> |
|                                 |             |            |              |            |
|                                 |             |            |              |            |
|                                 |             |            |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO                 |
|-----------------------------------|
| Codice dello stabilimento desunto |

| FORMALISMO   |   |                 |    |
|--|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 2 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Valori desunti dai Flussi HSP11Bis ivi indicati come Sub-Codice;<br>“00” per strutture pubbliche prive di stabilimenti;<br>“ “ (BLANK) per le strutture private. |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/5</b>  |   |                 |    |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>  |   |                 |    |

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| CSE       | Codice stabilimento Errato                                   |
| CSM       | Codice stabilimento Mancante per strutture multistabilimento |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Tipologia Struttura |             |            |              |           |
|---------------------------------|-------------|------------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                 | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>5.0</h1>                    | <b>F1</b>   | <b>OBB</b> |              |           |
|                                 |             |            |              |           |
|                                 |             |            |              |           |
|                                 |             |            |              |           |
|                                 |             |            |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---------------------|
| Tipologia Struttura |

| FORMALISMO  |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 1 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>1=Struttura pubblica<br>2=Struttura privata accreditata |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>  |   |                 |   |

DM 31 luglio 2007 e succ. mod. e int.

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| TPSE      | Tipologia struttura errata                             |
| TPSI      | Tipologia struttura incongruente con la struttura      |
| TPSIU     | Tipologia struttura non coerente con quella dichiarata |
| TPSM      | Tipologia struttura mancante                           |
| TPSED40   | Tipologia struttura errata (D40)                       |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Per le RSA, altre strutture residenziali e semiresidenziali, SERT e Centri di Salute Mentale ed Istituti Penitenziari valorizzare sempre = 1.<br>Per Canale R "rimborso extra tariffa" e Canale P "DPC" valorizzare sempre =2 |
|   |

| NOME CAMPO: Distretto di appartenenza della struttura erogatrice |             |            |              |           |
|--|-------------|------------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:  | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <b>6.0</b>   | <b>F1</b>   | <b>OBB</b> |              |           |
|  |             |            |              |           |
|  |             |            |              |           |
|  |             |            |              |           |
|  |             |            |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO                    |
|--------------------------------------|
| Codice del Distretto di appartenenza |

| FORMALISMO  |   |                 |    |
|---|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 5 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Per le Aziende Ospedaliere e per ricetta residenziale (D40) valorizzare con "00000" |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/4</b>   |   |                 |    |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| DSE       | Distretto di appartenenza errato                        |
| DSI       | Distretto di appartenenza incongruente con la struttura |
| DSED40    | Distretto di appartenenza errato (D40)                  |
| DSM       | Distretto di appartenenza mancante                      |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

|   |                    |                  |                     |                  |
|---|--------------------|------------------|---------------------|------------------|
| <b>NOME CAMPO:</b> Codice fiscale Medico prescrittore |                    |                  |                     |                  |
| <b>RIF. SCHEDA N°:</b>                                | <b>TRAC. ANAG.</b> | <b>MODALITA'</b> | <b>TRAC. SANIT.</b> | <b>MODALITA'</b> |
| <b>7.0</b>  | <b>F1</b>          | <b>OBB</b>       |                     |                  |
|   |                    |                  |                     |                  |
|   |                    |                  |                     |                  |
|   |                    |                  |                     |                  |
|   |                    |                  |                     |                  |

|  |
|--|
| <b>DESCRIZIONE CAMPO</b>               |
| Codice fiscale del medico prescrittore |

|  |    |                 |    |
|--|----|-----------------|----|
| <b>FORMALISMO</b>                        |    |                 |    |
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 16 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |    |                 |    |
|  |    |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |    |                 |    |

|  |
|--|
| <b>CONTROLLI</b>   |
| CFME                      Codice fiscale medico prescrittore errato    |
| CFMM                      Codice fiscale medico prescrittore mancante  |
| CFMMD40                Codice fiscale medico prescrittore errato (D40) |

|                     |
|---------------------|
| <b>OSSERVAZIONI</b> |
|                     |
|                     |

| NOME CAMPO: Codice medico prescrittore rilevabile dal timbro |             |            |              |           |
|--|-------------|------------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:  | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <b>8.0</b>   | <b>F1</b>   | <b>OBB</b> |              |           |
|  |             |            |              |           |
|  |             |            |              |           |
|  |             |            |              |           |
|  |             |            |              |           |

#### DESCRIZIONE CAMPO

Per il File C Se la ricetta è dematerializzata (promemoria) o per prestazioni erogate privatamente a carico dell'assistito (campo Regime erogativo=2) lasciare blank. Nel caso di ricetta rossa corrisponde al Codice del medico proscrittore rilevabile dal timbro apposto in calce alle ricette dai Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

Per il File F corrisponde al Codice costituito, per le prime due lettere, dalla sigla della provincia di iscrizione all'Ordine di appartenenza e, per i successivi sei caratteri, dal numero di iscrizione all'Ordine dei medici.

#### FORMALISMO

|                   |   |                 |    |
|-------------------|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b> | 7 | <b>FORMATO:</b> | AN |
|-------------------|---|-----------------|----|

#### VALORI

##### AMMESSI:

Valori presenti nelle banche dati dei prescrittori aziendale, regionale oppure da codifica del Sistema TS

#### TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:

DM 31 luglio 2007 e succ. mod. e int.

#### CONTROLLI

CME                      Codice del medico non presente nella base dati

#### OSSERVAZIONI

Il dato è obbligatorio ai sensi della DGRC n.1882 del 26 novembre 2008. Deve essere omesso esclusivamente per Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale.

| NOME CAMPO: Tipologia del medico prescrittore |             |            |              |           |
|---|-------------|------------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                               | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>9.0</h1>                                  | <b>F1</b>   | <b>OBB</b> |              |           |
|   |             |            |              |           |
|   |             |            |              |           |
|   |             |            |              |           |
|   |             |            |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO                           |
|---|
| Indica la tipologia del medico prescrittore |

| FORMALISMO                               |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 1   | <b>FORMATO:</b> | A |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |   |                 |   |
| F  | Medico di medicina generale                   |                 |   |
| P  | Pediatra di libera scelta                     |                 |   |
| H  | Ospedaliero                                   |                 |   |
| A  | Specialista ambulatoriale (ex SUMAI)          |                 |   |
| G  | Guardia medica                                |                 |   |
| T  | Guardia medica turistica                      |                 |   |
| C  | Specialista di struttura privata accreditata  |                 |   |
| U  | Medico di azienda ospedaliero - universitaria |                 |   |
| D  | Dipendente dei servizi territoriali ASL       |                 |   |
| I  | Medico INAIL                                  |                 |   |
| Z  | Tipo non compreso tra i precedenti            |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |   |                 |   |

| CONTROLLI |                           |
|-----------|---------------------------|
| TME       | Tipologia medico errata   |
| TMM       | Tipologia Medico mancante |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| Il dato è obbligatorio ai sensi del DM 31 luglio 2007 e succ. mod. e int. Può essere omesso esclusivamente per Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale. |

| NOME CAMPO: Cognome dell'assistito |             |            |              |           |
|------------------------------------|-------------|------------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                    | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <b>10.0</b>                        | <b>F1</b>   | <b>OBB</b> |              |           |
|                                    |             |            |              |           |
|                                    |             |            |              |           |
|                                    |             |            |              |           |
|                                    |             |            |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO      |
|------------------------|
| Cognome dell'assistito |

| FORMALISMO                               |    |                 |    |
|--|----|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 40 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |    |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |    |                 |    |

| CONTROLLI |                            |
|-----------|----------------------------|
| COGNE     | Cognome errato             |
| COGNM     | Cognome assistito mancante |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Evitare l'uso di caratteri speciali, virgole, punti e/o asterischi.<br>Riportare il valore in Maiuscolo.<br>Il dato deve essere omesso esclusivamente per Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale. |

| NOME CAMPO: Nome dell'assistito |             |           |              |           |
|---------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                 | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| 11.0                            | F1          | OBB       |              |           |
|                                 |             |           |              |           |
|                                 |             |           |              |           |
|                                 |             |           |              |           |
|                                 |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---------------------|
| Nome dell'assistito |

| FORMALISMO                        |    |          |    |
|-----------------------------------|----|----------|----|
| LUNGHEZZA:                        | 40 | FORMATO: | AN |
| VALORI<br>AMMESSI:                |    |          |    |
| TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: |    |          |    |

| CONTROLLI |                            |
|-----------|----------------------------|
| NOMEE     | Nome dell'assistito errato |
| NOMEM     | Nome assistito mancante    |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Evitare l'uso di caratteri speciali, virgole, punti e/o asterischi.<br>Riportare il valore in Maiuscolo.<br>Il dato deve essere omesso esclusivamente per Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale. |

| NOME CAMPO: Codice fiscale assistito o codice STP o ENI |             |           |              |           |
|---|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:   | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>12.0</h1>   | F1          | OBB       |              |           |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Codice fiscale dell'assistito o, in caso di stranieri non in regola, codice ENI o STP |

| FORMALISMO  |    |                 |    |
|---|----|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 16 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>  |    |                 |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Codice fiscale;</li> <li>- Codice STP (Per i cittadini extraeuropei non in regola);</li> <li>- Codice ENI (Per i cittadini europei non iscritti);</li> </ul> |    |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>  |    |                 |    |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| ASSM      | Assistito non presente in anagrafe                          |
| CFAE      | Codice fiscale assistito errato                             |
| CFAM      | Codice fiscale assistito mancante                           |
| DTNI      | Data nascita assistito incongruente con codice fiscale      |
| CFNB      | Check Codice fiscale diverso da blank per assistito anonimo |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Il dato deve essere omesso esclusivamente per Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale. |

| NOME CAMPO: Sesso dell'assistito |             |           |              |           |
|----------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                  | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>13.0</h1>                    | F1          | OBB       |              |           |
|                                  |             |           |              |           |
|                                  |             |           |              |           |
|                                  |             |           |              |           |
|                                  |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO    |
|----------------------|
| Sesso dell'Assistito |

| FORMALISMO   |   |          |   |
|--|---|----------|---|
| LUNGHEZZA:   | 1 | FORMATO: | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br><br>0 se anonimo<br>1 se maschio<br>2 se femmina |   |          |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>                                   |   |          |   |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| SESE      | Sesso assistito errato                          |
| SESI      | Sesso assistito incongruente con codice fiscale |
| SESM      | Sesso assistito mancante                        |
| SESED40   | Check Sesso assistito errato (D40)              |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Data di nascita dell'assistito |             |            |              |           |
|--|-------------|------------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                            | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <b>14.0</b>                                | <b>F1</b>   | <b>OBB</b> |              |           |
|  |             |            |              |           |
|  |             |            |              |           |
|  |             |            |              |           |
|  |             |            |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO              |
|--------------------------------|
| Data di nascita dell'Assistito |

| FORMALISMO   |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 8 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Data valida nel formato GGMMAAAA |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>                   |   |                 |   |

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| DTNE      | Data nascita assistito errata                          |
| DTNI      | Data nascita assistito incongruente con codice fiscale |
| DTNM      | Data nascita assistito mancante                        |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Cittadinanza |             |           |              |           |
|--------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:          | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>15.0</h1>            | F1          | OBB       |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---------------------|
| Codice cittadinanza |

| FORMALISMO   |   |          |   |
|--|---|----------|---|
| LUNGHEZZA:   | 1 | FORMATO: | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>1 = cittadino italiano;<br>2 = cittadino altro stato;<br>9 = apolide |   |          |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |   |          |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>  |   |          |   |

| CONTROLLI |                      |
|-----------|----------------------|
| CITTE     | Cittadinanza errata  |
| CITTM     | Cittadinanza mancate |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| <p>Se il campo è valorizzato = 2, valorizzare sempre il campo "Stato Estero"; se il campo è valorizzato = 9, valorizzare sempre il campo "ASL di residenza". L'alimentazione del campo "Stato estero di residenza" è prevista in alternativa a quella del campo "ASL residenza" per i cittadini non italiani.</p> <p>Il dato deve essere omesso esclusivamente per Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale.</p> |

| NOME CAMPO: Luogo di residenza |             |           |              |           |
|--------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>16.0</h1>                  | F1          | OBB       |              |           |
|                                |             |           |              |           |
|                                |             |           |              |           |
|                                |             |           |              |           |
|                                |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO                   |
|-------------------------------------|
| Codice Istat del luogo di residenza |

| FORMALISMO   |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 6 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Nel caso di cittadini italiani (cittadinanza = 1) → Riportare il codice ISTAT del Comune di residenza<br>Per Stranieri/italiani residenti all' estero (cittadinanza = 2) → Campo vuoto |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/2 (e/o DISC/0)</b>   |   |                 |   |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| ASLCI     | Comune di residenza incoerente con regione e/o asl di residenza |
| COME      | Comune di residenza errato                                      |
| COMM      | Comune di residenza mancante                                    |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Il dato deve essere omesso esclusivamente per Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale. |

| NOME CAMPO: Regione di residenza |             |           |              |           |
|----------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                  | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>17.0</h1>                    | C1          | OBB       |              |           |
|                                  |             |           |              |           |
|                                  |             |           |              |           |
|                                  |             |           |              |           |
|                                  |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO                 |
|-----------------------------------|
| Codice della Regione di residenza |

| FORMALISMO                        |   |          |   |
|-----------------------------------|---|----------|---|
| LUNGHEZZA:                        | 3 | FORMATO: | N |
| VALORI AMMESSI:                   |   |          |   |
| TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: |   |          |   |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| RRE       | Regione di residenza errata                                     |
| RRM       | Regione di residenza mancante                                   |
| ASLCI     | Comune di residenza incoerente con regione e/o asl di residenza |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| Nel caso di Stranieri/italiani residenti → cod. Regione di assistenza = 150<br>Il dato deve essere omesso esclusivamente per Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale. |

| NOME CAMPO: ASL di residenza |             |           |              |           |
|------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:              | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>18.0</h1>                | F1          | OBB       |              |           |
|                              |             |           |              |           |
|                              |             |           |              |           |
|                              |             |           |              |           |
|                              |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO             |
|-------------------------------|
| Codice della Asl di residenza |

| FORMALISMO  |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 3 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>  |   |                 |   |
| Il campo "ASL residenza" deve essere alimentato o con il codice della ASL di residenza per i cittadini italiani o con il codice della ASL che ha preso in carico il paziente, in caso di cittadini non italiani o apolidi |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>  |   |                 |   |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| ACI       | Incongruenza tra Asl e Comune di residenza                      |
| ASLCI     | Comune di residenza incoerente con regione e/o asl di residenza |
| ASLRE     | Asl Residenza Errore  |
| ASLRM     | ASL di residenza mancante                                       |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Il dato deve essere omesso esclusivamente per Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale. |

| NOME CAMPO: Tipo Ricetta |             |           |              |           |
|--------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:          | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>19.0</h1>            | F1          | OSP       |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Indica il tipo di ricetta in caso di assistito non appartenente al S.S.N. |

| FORMALISMO   |   |                 |    |
|--|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 2 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>   |   |                 |    |
| “ “ (BLANK) per assistiti del S.S.N. o per prestazioni erogate privatamente a carico dell'assistito<br>ST = straniero temporaneamente presente (in possesso di codice STP)<br>UE = soggetti assicurati da istituzioni estere europee<br>EE = soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee<br>NE = assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee<br>NX = assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni extraeuropee |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |   |                 |    |

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| CICI      | Codice Istituzione incoerente con tipo ricetta |
| TRE       | Tipologia ricetta errata                       |
| TRMD40    | Tipologia ricetta errata (D40)                 |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Codice Istituzione Competente |             |            |              |           |
|---|-------------|------------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                           | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <b>20.0</b>                               | <b>F1</b>   | <b>OSP</b> |              |           |
|   |             |            |              |           |
|   |             |            |              |           |
|   |             |            |              |           |
|   |             |            |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Codice Istituzione Competente, nel caso in cui il campo “tipo ricetta” sia valorizzato indica l’istituzione competente per l’assistito. |

| FORMALISMO                               |    |                 |    |
|--|----|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 28 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |    |                 |    |
|  |    |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |    |                 |    |

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| CICI      | Codice Istituzione incoerente con tipo ricetta |
| CICM      | Codice Istituzione competente mancante         |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| <p>Valorizzare se il tipo ricetta assume uno dei valori: UE, EE, NE, NX.<br/>                     Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta rossa.<br/>                     In tutti gli altri casi il campo deve essere lasciato a spazi (ad esempio: assistito SSN residente in Italia = spazi).<br/>                     Se il campo è valorizzato, bisogna obbligatoriamente compilare in maniera concatenata anche i campi relativi alle Schede n. 21.0 – 22.0 – 23.0</p> |

| NOME CAMPO: Stato Estero |             |           |              |           |
|--------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:          | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| 21.0                     | F1          | OSP       |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--|
| Codice dello Stato estero di residenza dell'assistito cui è stata erogata la prestazione (ai fini Flusso Ministeriale DM 31 luglio 2007 e succ. mod.). |

| FORMALISMO                               |   |          |    |
|--|---|----------|----|
| LUNGHEZZA:                               | 2 | FORMATO: | AN |
| VALORI AMMESSI:                          |   |          |    |
| TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/0 |   |          |    |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| SEI       | Stato estero incoerente con tipo ricetta        |
| SEM       | Stato estero mancante                           |
| SENP      | Stato estero non previsto per la riabilitazione |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Se il campo "Cittadinanza" è valorizzato = 2, (cittadino altro Stato) valorizzare sempre il campo "Stato Estero". |

| NOME CAMPO: Numero identificazione personale |             |           |              |           |
|--|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                              | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>22.0</h1>                                | F1          | OSP       |              |           |
|  |             |           |              |           |
|  |             |           |              |           |
|  |             |           |              |           |
|  |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--|
| Numero di Identificazione personale dell'Assistito da Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) da valorizzare se il campo "tipo ricetta" assume i valori UE o NE |

| FORMALISMO                        |    |          |    |
|-----------------------------------|----|----------|----|
| LUNGHEZZA:                        | 20 | FORMATO: | AN |
| VALORI AMMESSI:                   |    |          |    |
|                                   |    |          |    |
| TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: |    |          |    |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| NIPM      | Numero identificativo personale mancante per "tipo ricetta" = UE o NE |
| NIPi      | Numero identificativo personale incongruente                          |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| Se il campo è valorizzato, bisogna obbligatoriamente compilare in maniera concatenata anche i campi relativi alle Schede n. 20.0 – 21.0 – 23.0 |

| NOME CAMPO: Numero identificazione della tessera |             |           |              |           |
|--|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                                  | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>23.0</h1>                                    | F1          | OSP       |              |           |
|  |             |           |              |           |
|  |             |           |              |           |
|  |             |           |              |           |
|  |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Numero di Identificazione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) dell'Assistito da valorizzare se il campo "tipo ricetta" assume i valori UE o NE |

| FORMALISMO                        |    |          |    |
|-----------------------------------|----|----------|----|
| LUNGHEZZA:                        | 20 | FORMATO: | AN |
| VALORI AMMESSI:                   |    |          |    |
| TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: |    |          |    |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| NITI      | Numero identificativo della tessera mancante per "tipo ricetta" = UE o NE |
| NITM      | Numero identificativo della tessera incongruente                          |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |
|              |

| NOME CAMPO: Progressivo riga per ricetta/pratica |             |            |              |            |
|--|-------------|------------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                                  | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>24.0</b>                                      | <b>F1</b>   | <b>OBB</b> | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|  |             |            |              |            |
|  |             |            |              |            |
|  |             |            |              |            |
|  |             |            |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--|
| <p>Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta/pratica.<br/>                     Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'assistito. Tutte le eventuali righe/record successive devono essere integralmente compilate, avere una numerazione progressiva 02, 03, ecc. Deve essere sempre presente una riga conclusiva, codificata con il progressivo 99 che identifica il fine ricetta. Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record la 01 (inizio) e la 99 (fine).</p> |

| FORMALISMO   |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                                    | 2 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Valori numerici da 01 a 99 |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>             |   |                 |   |

| CONTROLLI |                                  |
|-----------|----------------------------------|
| PPRE      | Progressivo per ricetta errato   |
| PPRM      | Progressivo per ricetta mancante |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| <p>Insieme con i 3 campi che dell'Identificativo (schede 26.0 - 27.0 - 28.0) rappresenta l'unica correlazione con il rispettivo insieme contenuto nella parte sanitaria.</p> |

| NOME CAMPO: Stampa informatizzata della ricetta |             |           |              |           |
|---|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                                 | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>25.0</h1>                                   | F1          | NV        |              |           |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| <p>Indica la presenza sulla ricetta rossa della relativa biffatura.<br/>Se la ricetta è dematerializzata o per prestazioni erogate privatamente a carico dell'assistito (campo Regime erogativo=2) lasciare blank</p> |

| FORMALISMO  |   |                 |    |
|---|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 1 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <p><b>VALORI AMMESSI:</b><br/>1 se sulla ricetta è presente la biffatura<br/>0 se sulla ricetta non è presente la biffatura</p> |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>  |   |                 |    |

| CONTROLLI |                                     |
|-----------|-------------------------------------|
| SIRE      | Stampa informativa ricetta errata   |
| SIRM      | Stampa informativa ricetta mancante |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Anno |             |            |              |            |
|------------------|-------------|------------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:  | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>26.0</b>      | <b>F1</b>   | <b>OBB</b> | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                  |             |            |              |            |
|                  |             |            |              |            |
|                  |             |            |              |            |
|                  |             |            |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--------------------|
| Anno di Erogazione |

| FORMALISMO   |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 4 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Anno formalmente valido nel formato AAAA |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>                           |   |                 |   |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| ANNOE     | Anno di riferimento errato                              |
| ANNOM     | Anno di riferimento mancante                            |
| DTPZI     | Data Erogazione: anno incongruente con anno riferimento |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| Insieme con il codice struttura e il progressivo costituisce l'identificativo univoco per ogni singola ricetta/pratica indipendentemente dal numero di prestazioni al suo interno. |

| NOME CAMPO: Codice Struttura |             |            |              |            |
|------------------------------|-------------|------------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:              | TRAC. ANAG. | MODALITA'  | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>27.0</b>                  | <b>F1</b>   | <b>OBB</b> | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                              |             |            |              |            |
|                              |             |            |              |            |
|                              |             |            |              |            |
|                              |             |            |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione. |

| FORMALISMO   |   |                 |    |
|--|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 8 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>E' costituito dal codice a 6 cifre dei modelli ministeriali seguito dalle 2 cifre dello stabilimento se presente. Per le strutture non dotate di stabilimenti inserire in coda al codice struttura il valore "00". |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |   |                 |    |

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| STRE      | Codice struttura erogatrice errato                                 |
| STRM      | Codice struttura erogatrice mancante                               |
| STRI      | Struttura incoerente con quella specificata in fase di caricamento |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Insieme con l'anno e il progressivo costituisce l'identificativo univoco per ogni singola ricetta/pratica indipendentemente dal numero di prestazioni al suo interno. |

| NOME CAMPO: Progressivo |             |           |              |           |
|-------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:         | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| 28.0                    | F1          | OBB       | F2           | OBB       |
|                         |             |           |              |           |
|                         |             |           |              |           |
|                         |             |           |              |           |
|                         |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Progressivo univoco nel corso dell'anno di riferimento per la singola struttura erogatrice. |

| FORMALISMO  |   |          |   |
|---|---|----------|---|
| LUNGHEZZA:  | 8 | FORMATO: | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Numero univoco compreso tra "00000001" e "99999999" |   |          |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>                                      |   |          |   |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| IDPD      | Progressivo annuo duplicato               |
| IDPE      | Identificativo progressivo annuo errato   |
| IDPM      | Identificativo progressivo annuo mancante |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| Insieme con l'anno e il codice struttura costituisce l'identificativo univoco per ogni singola ricetta/pratica indipendentemente dal numero di prestazioni al suo interno. |

| NOME CAMPO: Identificativo ricetta |             |           |              |            |
|------------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                    | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>36.0</b>                        |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                                    |             |           |              |            |
|                                    |             |           |              |            |
|                                    |             |           |              |            |
|                                    |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO                          |
|--|
| Identificativo relativo al tipo di ricetta |

| FORMALISMO                                 |   |                 |    |
|--|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                          | 1 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Spazio<br>M<br>D |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |   |                 |    |

| CONTROLLI                        |
|----------------------------------|
| TRE Tipo Ricetta errata          |
| TRM Tipo Ricetta mancante        |
| TRED40 Tipo Ricetta errata (D40) |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Per una ricetta residenziale (D40) il campo è null. |

| NOME CAMPO: Numero Ricetta |             |           |              |            |
|----------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:            | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <h1>37.0</h1>              |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                            |             |           |              |            |
|                            |             |           |              |            |
|                            |             |           |              |            |
|                            |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO    |
|----------------------|
| Numero della ricetta |

| FORMALISMO  |    |                 |    |
|---|----|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 15 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Valori compresi tra "0000000000000000" e "9999999999999999" |    |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>  |    |                 |    |

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| CDRE      | Check digit ricetta errato               |
| NRCE      | Errore ricetta.                          |
| NRCEA     | Errore ricetta: controllare la ASL       |
| NRCES     | Errore ricetta: controllare la struttura |
| NRCF      | Errore ricetta: controllare il formato   |
| NRCL      | Errore ricetta: controllare lunghezza    |
| NRCM      | Numero ricetta mancante                  |
| RICD      | Ricetta duplicata                        |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| <p>Per tipo ricetta "D" o "M" il numero sarà così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 caratteri corrispondenti all'ASL/A.O di appartenenza</li> <li>• 6 caratteri per il codice struttura;</li> <li>• 6 caratteri per un numero progressivo univoco per struttura.</li> </ul> <p>Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, il numero coinciderà con l'NRE della ricetta dematerializzata o con il codice a barre presente sulla ricetta rossa.</p> |

| NOME CAMPO: Data della prescrizione |             |           |              |            |
|-------------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                     | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <h1>38.0</h1>                       |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                                     |             |           |              |            |
|                                     |             |           |              |            |
|                                     |             |           |              |            |
|                                     |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO                               |
|---|
| Data in cui è stata effettuata la prescrizione. |

| FORMALISMO                               |   |                 |    |
|--|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 8 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |   |                 |    |
| Una data valida nel formato GGMMAAAA.    |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |   |                 |    |

| CONTROLLI   |
|---|
| DTALL Date non allineate (prescrizione, prenotazione, erogazione) |
| DTPRE Data Prescrizione errore                                    |
| DTPRI Data prescrizione: anno incongruente con anno riferimento   |
| DTPRM Data Prescrizione mancante                                  |
| DTPZU Nessuna data di prestazione/erogazione specificata          |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Il campo deve essere valorizzato su tutte le singole righe della prescrizione da 01 a 98 con lo stesso valore, la riga 99 non va valorizzata. |

| NOME CAMPO: Data erogazione |             |           |              |            |
|-----------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:             | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>40.0</b>                 |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                             |             |           |              |            |
|                             |             |           |              |            |
|                             |             |           |              |            |
|                             |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO                        |
|--|
| Data di effettuazione delle prestazioni. |

| FORMALISMO                               |   |                 |    |
|--|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 8 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |   |                 |    |
| Una data valida nel formato GGMMAAAA     |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |   |                 |    |

| CONTROLLI  |
|--|
| DTALL Date non allineate (prescr, prenot, prest)               |
| DTPZE Data Prestazione errore                                  |
| DTPZI Data Prestazione: anno incongruente con anno riferimento |
| DTPZM Data Prestazione mancante                                |
| DTPZU Nessuna data di prestazione/erogazione specificata       |
| DEE Data di erogazione non valida                              |
| DEI Data di erogazione incoerente con anno riferimento         |
| DEM Data di erogazione farmaco mancante                        |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Le singole righe da 01 a 98 possono contenere valori diversi (data di effettiva erogazione), la riga 99 non va valorizzata. Nel caso di un ciclo di prestazioni specialistiche ambulatoriali riportare la data di chiusura del ciclo. |
| Nel caso di Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali; SERT; Istituti penitenziari; Centri di salute mentale corrisponde alla data di consegna dei medicinali alla Struttura                |

| NOME CAMPO: Posizione Ticket |             |           |              |           |
|------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:              | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>44.0</h1>                |             |           | F2           | OSP       |
|                              |             |           |              |           |
|                              |             |           |              |           |
|                              |             |           |              |           |
|                              |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--|
| <p>Indica la posizione dell'assistito nei confronti del ticket</p> |

| FORMALISMO   |   |                 |    |
|--|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                                      | 1 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>'1' non esente<br>'2' esente |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>               |   |                 |    |

| CONTROLLI   |
|---|
| ESECE Codice di esenzione errato<br>ESECI Codice d'esenzione specificato in assenza di esenzione<br>ESECM Codice di esenzione mancante<br>ESERI Esenzione per reddito specificata in assenza di esenzione<br>ESETE Tipo esenzione errata<br>ESETM Tipo Esenzione mancante |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Codice Esenzione |             |           |              |           |
|------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:              | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| 45.0                         |             |           | F2           | OSP       |
|                              |             |           |              |           |
|                              |             |           |              |           |
|                              |             |           |              |           |
|                              |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO |
|-------------------|
| Codice esenzione  |

| FORMALISMO                                |   |          |    |
|---|---|----------|----|
| LUNGHEZZA:                                | 6 | FORMATO: | AN |
| VALORI AMMESSI:                           |   |          |    |
| TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/10 |   |          |    |

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| ESECE     | Codice di esenzione errato                             |
| ESECI     | Codice d'esenzione specificato in assenza di esenzione |
| ESECM     | Codice di esenzione mancante                           |
| ESECMD40  | Codice di esenzione valorizzato (D40)                  |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Esenzione per reddito. |             |           |              |            |
|------------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                    | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>46.0</b>                        |             |           | <b>F2</b>    | <b>OSP</b> |
|                                    |             |           |              |            |
|                                    |             |           |              |            |
|                                    |             |           |              |            |
|                                    |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO                        |
|--|
| Indica l'eventuale esenzione per reddito |

| FORMALISMO   |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                                    | 1 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                               |   |                 |   |
| 1 = Esente per reddito<br>2 = Non esente per reddito |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>             |   |                 |   |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| ESERE     | Valore per esenzione reddito errato                       |
| ESERI     | Esenzione per reddito specificata in assenza di esenzione |
| ESERM     | Esenzione per reddito mancante                            |
| ESERID40  | Esenzione per reddito errata (D40)                        |

| OSSERVAZIONI                               |
|--|
| Per ricetta residenziale (D40) valore = 0. |

| NOME CAMPO: Onere della Prestazione |             |           |              |            |
|-------------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                     | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>47.0</b>                         |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                                     |             |           |              |            |
|                                     |             |           |              |            |
|                                     |             |           |              |            |
|                                     |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO       |
|-------------------------|
| Onere della prestazione |

| FORMALISMO  |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 1 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Inserire uno dei seguenti valori numerici da "0" a "9" :<br><br>1 = S.S.N.<br>2 = Ministero degli Interni - Prefettura (STP)<br>3 = S.S.R. (STP)<br>4 = Ministero della Salute (Stati Esteri)<br>5 = Ministero della Salute (Ricette SASN)<br>6 = S.S.R. (Prestazioni fuori LEA)<br>7 = Prestazioni a parziale carico (Ticket)<br>8 = Compartecipazione alla spesa<br>9 = Cittadino europeo non iscritto al SSN (ENI)<br>0 = Prestazioni erogate privatamente a carico dell'assistito |   |                 |   |
| TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:   |   |                 |   |

| CONTROLLI   |
|---|
| ONEE    Onere della prestazione errato<br>ONEM    Onere della prestazione mancate |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Posizione Contabile |             |           |              |            |
|---------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                 | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>58.0</b>                     |             |           | <b>F2</b>    | <b>NOB</b> |
|                                 |             |           |              |            |
|                                 |             |           |              |            |
|                                 |             |           |              |            |
|                                 |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---------------------|
| Posizione contabile |

| FORMALISMO                               |   |                 |    |
|--|---|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 1 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |   |                 |    |
| Valorizzare con SPAZI (blank)            |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |   |                 |    |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>            |   |                 |    |

| CONTROLLI |
|-----------|
|           |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Anno e mese di invio |             |           |              |           |
|----------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                  | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>59.0</h1>                    |             |           | F2           | OBB       |
|                                  |             |           |              |           |
|                                  |             |           |              |           |
|                                  |             |           |              |           |
|                                  |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--|
| Anno e mese di contabilizzazione in cui viene inviato il file. |

| FORMALISMO                               |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 6 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |   |                 |   |
| Anno e mese valido nel formato AAAAMM    |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |   |                 |   |

| CONTROLLI  |
|--|
| ANME Anno e mese di invio errato   |
| ANMI Anno e/o mese di invio incoerente con quelli scelti in fase di caricamento. |
| ANMM Anno e mese di invio mancante   |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Va indicato il mese di contabilizzazione del flusso e non quello di erogazione. |

| NOME CAMPO: A.S.L. Campana iniziale di addebito |             |           |              |           |
|---|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                                 | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| 61.0  |             |           | F2           | NOB       |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |
|   |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO                   |
|-------------------------------------|
| A.S.L. Campana iniziale di addebito |

| FORMALISMO                                       |   |          |   |
|--|---|----------|---|
| LUNGHEZZA:                                       | 3 | FORMATO: | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br><br>Riempire con "000" |   |          |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>         |   |          |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>                    |   |          |   |

| CONTROLLI |  |
|-----------|--|
| CAMPE     | A.S.L. Campana iniziale di addebito errata   |
| CAMPM     | A.S.L. Campana iniziale di addebito mancante |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

|                                   |                    |                  |                     |                  |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|---------------------|------------------|
| <b>NOME CAMPO:</b> Codice farmaco |                    |                  |                     |                  |
| <b>RIF. SCHEDA N°:</b>            | <b>TRAC. ANAG.</b> | <b>MODALITA'</b> | <b>TRAC. SANIT.</b> | <b>MODALITA'</b> |
| <b>63.0</b>                       |                    |                  | <b>F2</b>           | <b>OBB</b>       |
|                                   |                    |                  |                     |                  |
|                                   |                    |                  |                     |                  |
|                                   |                    |                  |                     |                  |
|                                   |                    |                  |                     |                  |

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>DESCRIZIONE CAMPO</b>             |
| Codice identificativo del medicinale |

|   |    |                 |    |
|---|----|-----------------|----|
| <b>FORMALISMO</b>   |    |                 |    |
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 10 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>  |    |                 |    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• codice AIC per tipo medicinale “1”;</li> <li>• codice farmaco galenico o il codice ATC di massimo dettaglio disponibile per tipo medicinale “2”</li> <li>• codice farmaco estero per tipo medicinale “3”;</li> <li>• codice ATC Per tipo medicinale “6” (altri Gas medicinali)</li> <li>• codici emocomponenti (tabella codici per emocomponenti) per tipo medicinale “7”</li> </ul> |    |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/13</b>  |    |                 |    |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>   |    |                 |    |

DM 31 luglio 2007 e succ. mod. e int.

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>CONTROLLI</b> |  |
| DGATCE           | Farmaco Galenico non valido  |
| DTATCE           | Farmaco Estero non valido  |
| DTLPE            | Codice del farmaco errato  |
| DTLPM            | Codice del farmaco mancante  |
| CEAI             | Farmaco non può essere erogato per il canale di erogazione specificato (scheda 75.0) |

|  |
|--|
| <b>OSSERVAZIONI</b>  |
| <p>Il campo “Codice farmaco” deve essere coerente con il campo “Tipo medicinale” secondo la tabella dei valori ammessi.</p> <p>I vaccini da iniezione per <b>imenotteri</b> possono invece essere classificati come preparazioni magistrali utilizzando il codice ATC V01AA.</p> <p>I <b>test allergologici</b> vanno rendicontati nei flussi informativi con ATC V04CL E TIPO MEDICINALE=2 se non provvisti di codice AIC.</p> <p>I <b>radiofarmaci</b> prodotti industrialmente ed i radiofarmaci preparati in ospedale, se non dotati di AIC, possono essere assimilati a preparazioni magistrali ed individuati mediante i codici ATC V0916 e V1017.</p> |

| NOME CAMPO: Targatura |             |           |              |           |
|-----------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:       | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <b>64.0</b>           |             |           | F2           | OSP       |
|                       |             |           |              |           |
|                       |             |           |              |           |
|                       |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--|
| Riportare il codice targatura identificativo della singola confezione; obbligatorio nel caso sia presente in fustella. |

| FORMALISMO  |    |                 |    |
|---|----|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 10 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>0 = ASSENZA DEL DATO<br>decimo carattere = check digit<br>decimo carattere = A se la lettura automatica del carattere di controllo non è andata buon fine (errore del lettore ottico) |    |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>  |    |                 |    |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>   |    |                 |    |

| CONTROLLI  |
|--|
| TARM Targatura farmaco mancante<br>TRGE Targatura errata<br>TRGM Targatura mancate |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Codice Tipo Erogatore |             |           |              |            |
|-----------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                   | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>74.0</b>                       |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                                   |             |           |              |            |
|                                   |             |           |              |            |
|                                   |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO        |
|--------------------------|
| Tipologia dell'erogatore |

| FORMALISMO  |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>   | 2 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>1 = Struttura di ricovero e cura pubblica o privata<br>2 = Altra struttura sanitaria pubblica o privata (Residenza sanitaria assistita, ambulatorio, SERT, CSM, ecc.)<br>3 = Istituto o centro di riabilitazione<br>4 = Farmacia territoriale convenzionata<br>5 = Istituti Penitenziari<br>6 = ASL |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/21</b>  |   |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>   |   |                 |   |

| CONTROLLI   |
|---|
| TERE Tipo erogazione errata<br>TERM Tipo erogazione mancate |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| I campi "Codice Struttura Erogatrice", "Tipologia Struttura" del File F1 ed i campi "Codice Tipo Erogatore" e "Tipo Struttura Erogante" del File F2 permettono di stabilire se la struttura erogante rientra tra le tipologie di strutture "RSA, altre strutture residenziali e semiresidenziali, SERT e Centri di Salute Mentale ed Istituti Penitenziari"; solo per queste strutture è prevista la possibilità di omettere i dati relativi a "prescrittore, contatto e assistito". |

|   |                    |                  |                     |                  |
|---|--------------------|------------------|---------------------|------------------|
| <b>NOME CAMPO:</b> Canale di erogazione |                    |                  |                     |                  |
| <b>RIF. SCHEDA N°:</b>                  | <b>TRAC. ANAG.</b> | <b>MODALITA'</b> | <b>TRAC. SANIT.</b> | <b>MODALITA'</b> |
| <b>75.0</b>                             |                    |                  | <b>F2</b>           | <b>OBB</b>       |
|   |                    |                  |                     |                  |
|   |                    |                  |                     |                  |
|   |                    |                  |                     |                  |

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>DESCRIZIONE CAMPO</b>         |
| Canale di erogazione del farmaco |

|  |   |                 |    |
|--|---|-----------------|----|
| <b>FORMALISMO</b>  |   |                 |    |
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 1 | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>D = Distribuzione diretta;<br>P = Distribuzione per conto;<br>M = rimborso farmaci erogati in regime di ricovero (ordinario o day hospital);<br>E = rimborso di farmaci erogati in regime ambulatoriale/Day service;<br>X = rimborso farmaci mobilità interregionale |   |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |   |                 |    |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>  |   |                 |    |

D.G.R.C. n°1034/06; D.G.R.C. n° 2250/07; Decreto n°15/2009

DM 31 luglio 2007 e succ. mod. e int.

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>CONTROLLI</b>                     |
| CERE    Canale di erogazione errato  |
| CERM    Canale di erogazione mancata |

|   |
|---|
| <b>OSSERVAZIONI</b>   |
| I valori "D", "P" e "R" costituiscono il Flusso di cui al DM 31 luglio 2007 e succ. mod.;<br>i valori "M", "E" ed "X" costituiscono il flusso regionale per la compensazione intra/extra regionale. |

| NOME CAMPO: Tipologia farmaco erogato |             |           |              |           |
|---------------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                       | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| <h1>76.0</h1>                         |             |           | F2           | FAC       |
|                                       |             |           |              |           |
|                                       |             |           |              |           |
|                                       |             |           |              |           |
|                                       |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO             |
|-------------------------------|
| Tipologia del farmaco erogato |

| FORMALISMO                               |  |                 |    |
|--|--|-----------------|----|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 3  | <b>FORMATO:</b> | AN |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |  |                 |    |
| <b>SPE</b>                               | Farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, co. 4 L. 23.12.96 n. 648.                              |                 |    |
| <b>DIM</b>                               | Farmaci consegnati alla dimissione per il prosieguo della cura (D.G.R.C. 4063 del 07.09.01). |                 |    |
| <b>MRA</b>                               | Malattia rara  |                 |    |
| <b>OFF</b>                               | Farmaci OFF Label  |                 |    |
| <b>Vuoto</b>                             |  |                 |    |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |  |                 |    |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>            |  |                 |    |

| CONTROLLI                             |
|---------------------------------------|
| <b>TFE</b> Tipologia farmaco errata   |
| <b>TFM</b> Tipologia farmaco mancante |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

|   |
|---|
| <b>NOME CAMPO:</b> Modalità di erogazione del farmaco |
|---|

| RIF. SCHEDA N°: | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
|-----------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| <h1>77.0</h1>   |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                 |             |           |              |            |
|                 |             |           |              |            |
|                 |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO                  |
|------------------------------------|
| Modalità di erogazione del farmaco |

| FORMALISMO   |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 3 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                                     |   |                 |   |
| <b>Flussi ministeriali:</b>                                |   |                 |   |
| D01 Alla dimissione da ricovero                            |   |                 |   |
| D02 A seguito di visita Specialistica                      |   |                 |   |
| D03 Diretta a cronici                                      |   |                 |   |
| D04 In assistenza domiciliare                              |   |                 |   |
| D05 In assistenza residenziale o semiresidenziale          |   |                 |   |
| <b>Flussi regionali:</b>                                   |   |                 |   |
| SOR Somministrazione in regime di ricovero ordinario       |   |                 |   |
| SDH Somministrazione in regime di ricovero in Day Hospital |   |                 |   |
| AMB Somministrazione in regime ambulatoriale               |   |                 |   |
| SDS Somministrazione in regime ambulatoriale Day Service   |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/22</b>           |   |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>                              |   |                 |   |

| CONTROLLI  |
|--|
| <p>Modalità erogazione errata/incongruente con Canale di erogazione, tipo</p> <p>MEE erogatore o tipo struttura erogante</p> <p>MEM Modalità erogazione mancante</p> |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per SERT, CSM o altra struttura territoriale il valore è = D03;</li> <li>- Per RSA, Istituti Penitenziari o altre strutture residenziali o semiresidenziali il valore è = D05</li> </ul> |

|                                      |                    |                  |                     |                  |
|--------------------------------------|--------------------|------------------|---------------------|------------------|
| <b>NOME CAMPO:</b> Numero Nosologico |                    |                  |                     |                  |
| <b>RIF. SCHEDA N°:</b>               | <b>TRAC. ANAG.</b> | <b>MODALITA'</b> | <b>TRAC. SANIT.</b> | <b>MODALITA'</b> |
| <h1>78.0</h1>                        |                    |                  | <b>F2</b>           | <b>OSP</b>       |
|                                      |                    |                  |                     |                  |
|                                      |                    |                  |                     |                  |
|                                      |                    |                  |                     |                  |
|                                      |                    |                  |                     |                  |

|   |
|---|
| <b>DESCRIZIONE CAMPO</b>                                    |
| Numero cartella Clinica della SDO/SDA nella forma AAXXXXXX. |

|  |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>FORMALISMO</b>  |   |                 |   |
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 8 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Numero cartella Clinica della SDO/SDA nella forma AAXXXXXX.<br>Campo vuoto (solo per modalità di erogazione AMB) |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |   |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>  |   |                 |   |

|   |
|---|
| <b>CONTROLLI</b>  |
| NNE      Numero nosologico: formato errato<br>NNM      Numero nosologico mancante |

|   |
|---|
| <b>OSSERVAZIONI</b>   |
| Numero di cartella clinica della SDO nel caso di erogazione del farmaco collegata ad una prestazione di ricovero (ordinario o day hospital).<br>Il “Numero Nosologico SDA” della cartella clinica ambulatoriale presente sulla scheda SDA.<br>Il numero nosologico deve essere unico per Struttura erogante e per anno di attività e, nelle strutture di ricovero, deve essere un progressivo diverso e distinto tra nosologico della cartella clinica dei ricoveri e Numero Nosologico SDA<br>E' un campo numerico costruito con le ultime due cifre dell'anno di competenza e il numero progressivo |

| NOME CAMPO: Tipo Medicinale |             |           |              |            |
|-----------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:             | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <h1>79.0</h1>               |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                             |             |           |              |            |
|                             |             |           |              |            |
|                             |             |           |              |            |
|                             |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO |
|-------------------|
| Tipo Medicinale   |

| FORMALISMO                                       |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                                | 1 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                           |   |                 |   |
| 1 = Confezione con AIC                           |   |                 |   |
| 2 = Formule Magistrali ed officinali             |   |                 |   |
| 3 = Esteri                                       |   |                 |   |
| 6 = Altri gas medicali                           |   |                 |   |
| 7= emocomponenti                                 |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/23</b> |   |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>                    |   |                 |   |

| CONTROLLI  |
|--|
| TPME Tipo medicinale errato<br>TPMM Tipo medicinale mancante |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Il campo "Codice farmaco" deve essere coerente con il campo "Tipo medicinale" secondo la tabella dei valori ammessi (vedi scheda n°63).<br><br>i codici degli emocomponenti sono riportati nella tabella dell'accordo di mobilità interregionale. |

| NOME CAMPO: Unità di misura |             |           |              |            |
|-----------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:             | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>80.0</b>                 |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                             |             |           |              |            |
|                             |             |           |              |            |
|                             |             |           |              |            |
|                             |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO                      |
|--|
| Unità di misura del farmaco consegnato |

| FORMALISMO                               |            |                 |   |
|--|------------|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                        | 2          | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                   |            |                 |   |
| 01                                       | Confezione |                 |   |
| 10                                       | Numero     |                 |   |
| 14                                       | Litri      |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b> |            |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>            |            |                 |   |

| CONTROLLI   |
|---|
| DTLUM Unità di misura della prestazione {0} mancante  |
| DTLUE L'unità di misura non è un valore numero o non è nel formato previsto                     |
| DTLUE L'unità di misura non vale 14 (litri) per tipo medicinale pari a 6 (Ossigeno e altri gas) |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| Per tutto il Flusso Distribuzione Diretta è necessario utilizzare come unità di misura le confezioni/bombole, litri o altre unità equiparate alle confezioni indicate nell'AIC.              |
| Per l'ossigeno o il gas medicinale (contenitori mobili o bombole) quando identificato con codice AIC ("Tipo medicinale" = "1") l'unità di misura dovrà essere "numero" di unità posologiche. |
| Solo nel caso di gas commercializzati in contenitori fissi o altri gas medicinali non dotati di AIC, l'unità di misura va espressa in litri.   |

| NOME CAMPO: Quantità |             |           |              |            |
|----------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:      | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>81.0</b>          |             |           |              |            |
|                      |             |           |              |            |
|                      |             |           |              |            |
|                      |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                      |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--|
| Il campo “Quantità” indica la quantità di medicinale dispensata al netto dei resi. |

| FORMALISMO   |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 9 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>   |   |                 |   |
| Valore numerico tra “000000,01” e “999999,99”  |   |                 |   |
| Per SERT, CSM, RSA, Istituti Penitenziari o altre strutture residenziali o semiresidenziali sono ammessi valori negativi utilizzando il segno “-“ prima del valore, solo nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne del medicinale. |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |   |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>  |   |                 |   |

| CONTROLLI                       |
|---------------------------------|
| DTLQM Quantità non specificata. |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| Con riferimento all’ossigeno e agli altri gas medicinali, si precisa che nei casi in cui l’ossigeno o il gas medicinale sia dotato di codice AIC (Tipo medicinale 1), il campo “Quantità” indica il numero di pezzi dell’unità di misura indicata nell’Autorizzazione all’immissione in commercio (bombole, litri o altre unità di misura equiparate alle confezioni). |
| Gli emoderivati di produzione regionale devono essere identificati con il relativo codice AIC; il campo “Quantità” dovrà essere valorizzato con gli effettivi quantitativi movimentati, mentre, il campo “Costo d’acquisto” dovrà riportare il valore (fittizio) pari a “0,00”.  |

| NOME CAMPO: Importo unitario |             |           |              |            |
|------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:              | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>82.0</b>                  |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                              |             |           |              |            |
|                              |             |           |              |            |
|                              |             |           |              |            |
|                              |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Il campo "Costo di acquisto" indica il costo medio ponderato, comprensivo di IVA della singola unità di misura selezionata al relativo campo. |

| FORMALISMO  |    |                 |   |
|---|----|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                                     | 14 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                                |    |                 |   |
| Importo valido da "00000000,00000" a "99999999,99999" |    |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>              |    |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>                         |    |                 |   |

| CONTROLLI   |
|---|
| IMPUE Importo unitario errato<br>IMPUM L'importo unitario non è stato specificato (blank) |

| OSSERVAZIONI   |
|--|
| Il DM 31/7/07 prevede, per i dati che So.Re.Sa. dovrà inviare al Ministero, il costo unitario per confezione, che è ricavabile dalla moltiplicazione dell'importo unitario per il Fattore di Conversione |

|  |                    |                  |                     |                  |
|--|--------------------|------------------|---------------------|------------------|
| <b>NOME CAMPO:</b> Importo quota fissa Assistito |                    |                  |                     |                  |
| <b>RIF. SCHEDA N°:</b>                           | <b>TRAC. ANAG.</b> | <b>MODALITA'</b> | <b>TRAC. SANIT.</b> | <b>MODALITA'</b> |
| <b>83.0</b>                                      |                    |                  | <b>F2</b>           | <b>OBB</b>       |
|  |                    |                  |                     |                  |
|  |                    |                  |                     |                  |
|  |                    |                  |                     |                  |

|  |
|--|
| <b>DESCRIZIONE CAMPO</b>                                 |
| Quota fissa pagata dal cittadino per singola prestazione |

|   |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
| <b>FORMALISMO</b>                             |   |                 |   |
| <b>LUNGHEZZA:</b>                             | 9 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                        |   |                 |   |
| Valore numerico tra "000000,00" e "999999,99" |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>      |   |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>                 |   |                 |   |

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>CONTROLLI</b>                     |
| IQFE      Importo quota fissa errato |

|                     |
|---------------------|
| <b>OSSERVAZIONI</b> |
|                     |

| NOME CAMPO: Importo quota % a carico Assistito |             |           |              |            |
|--|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                                | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>84.0</b>                                    |             |           |              |            |
|  |             |           |              |            |
|  |             |           |              |            |
|  |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|  |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--|
| Quota percentuale pagata dal cittadino per singola prestazione |

| FORMALISMO                                    |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                             | 9 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                        |   |                 |   |
| Valore numerico tra "000000,00" e "999999,99" |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>      |   |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>                 |   |                 |   |

| CONTROLLI                               |
|---|
| IQCE      Importo quota a carico errato |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Fattore di Conversione |             |           |              |           |
|------------------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                    | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| 85.0                               |             |           | F2           | OBB       |
|                                    |             |           |              |           |
|                                    |             |           |              |           |
|                                    |             |           |              |           |
|                                    |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Numero di Unità posologiche presenti nella confezione intera. |

| FORMALISMO  |   |          |   |
|---|---|----------|---|
| LUNGHEZZA:  | 6 | FORMATO: | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Valore numerico compreso tra 1 e 999999 |   |          |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>                          |   |          |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>                                     |   |          |   |

| CONTROLLI |   |
|-----------|---|
| FTCE      | Fattore di conversione errato   |
| FTCI      | Fattore di conversione incongruente                                   |
| FTCM      | Fattore di conversione mancante                                       |
| FTCQE     | Fattore di conversione incongruente con Quantità per targatura valida |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| - Se la quantità è espressa in unità posologiche, il fattore di conversione indica il numero di unità posologiche della confezione. |

- Se la quantità espressa in confezioni/altre unità equiparate indicate nell'Autorizzazione all'immissione in commercio o in litri il fattore di conversione va indicato con valore "1".
- Nel caso di preparazioni galeniche va indicato il FC con valore "1".
- Per i farmaci esteri il fattore di conversione indica il numero di unità posologiche della confezione.

| NOME CAMPO: Costo del Servizio per Impegnativa |             |           |              |            |
|--|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                                | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>86.0</b>                                    |             |           | <b>F2</b>    | <b>OSP</b> |
|  |             |           |              |            |
|  |             |           |              |            |
|  |             |           |              |            |
|  |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| <p>Campo riservato alla Somministrazione per conto. Indica il Costo totale del servizio per la prescrizione. Qualora il costo sia imputabile al singolo farmaco, il campo va lasciato vuoto e va valorizzato il campo "Costo del Servizio per Farmaco" (scheda 102.0)</p> |

| FORMALISMO                                    |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                             | 9 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                        |   |                 |   |
| Valore numerico tra "000000,00" e "999999,99" |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>      |   |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>                 |   |                 |   |

| CONTROLLI   |
|---|
| <p>COSE Costo del servizio per impegnativa errato</p> |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Tipo Struttura Erogante |             |           |              |            |
|-------------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:                     | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>101.0</b>                        |             |           | <b>F2</b>    | <b>OSP</b> |
|                                     |             |           |              |            |
|                                     |             |           |              |            |
|                                     |             |           |              |            |
|                                     |             |           |              |            |

**DESCRIZIONE CAMPO**

Indica la tipologia di struttura erogante nel caso di Tipo erogatore (scheda 74.0) uguale a 02 e consente di specificare se la struttura cui si riferiscono i dati in oggetto è un SERT, RSA, CSM, altra struttura residenziale o semiresidenziale o un'altra struttura territoriale.

| <b>FORMALISMO</b>                                |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>                                | 1 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>                           |   |                 |   |
| 0 = per tipo erogatore diverso da 02             |   |                 |   |
| 1 = SERT   |   |                 |   |
| 2 = Residenza Sanitaria Assistita (RSA)          |   |                 |   |
| 3 = Struttura Residenziale o Semiresidenziale    |   |                 |   |
| 4 = Altra Struttura Territoriale                 |   |                 |   |
| 5 = Centro Salute Mentale (CSM)                  |   |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: DISC/26</b> |   |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>                    |   |                 |   |

| <b>CONTROLLI</b> |  |
|------------------|--|
| TSEE             | Tipo Struttura Erogante Errata                             |
| TSETE            | Tipo Struttura Erogante incongruente con il Tipo Erogatore |
| TSETM            | Tipo Struttura Erogante mancante                           |
| TSEED40          | Tipo Struttura Erogante Errata (D40)                       |

**OSSERVAZIONI**

I campi "Codice Struttura Erogatrice", "Tipologia Struttura" del File F1 ed i campi "Codice Tipo Erogatore" e "Tipo Struttura Erogante" del File F2 permettono di stabilire se la struttura erogante rientra tra le tipologie di strutture "RSA, altre strutture residenziali e semiresidenziali, SERT e Centri di Salute Mentale ed Istituti Penitenziari"; **solo per queste strutture è prevista la possibilità di omettere i dati relativi a "prescrittore, contatto e assistito"**.

| NOME CAMPO: Costo del Servizio per Farmaco |             |           |              |           |
|--|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:                            | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| 102.0                                      |             |           |              |           |
|  |             |           |              |           |
|  |             |           |              |           |
|  |             |           | F2           | OSP       |
|  |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO  |
|--|
| Costo sostenuto per il servizio di distribuzione diretta, riferito al medicinale prescritto. Tale Campo è Obbligatorio qualora non sia valorizzato il campo "Costo del Servizio per Impegnativa" (scheda 86.0) |

| FORMALISMO  |   |          |   |
|---|---|----------|---|
| LUNGHEZZA:  | 9 | FORMATO: | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br>Valore numerico tra "000000,00" e "999999,99" |   |          |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>                                |   |          |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>   |   |          |   |

| CONTROLLI |
|-----------|
|           |

| OSSERVAZIONI  |
|---|
| Il costo del servizio è previsto solo nel caso di distribuzione per conto (DPC) |

| NOME CAMPO: Importo totale |             |           |              |            |
|----------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|
| RIF. SCHEDA N°:            | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA'  |
| <b>103.0</b>               |             |           | <b>F2</b>    | <b>OBB</b> |
|                            |             |           |              |            |
|                            |             |           |              |            |
|                            |             |           |              |            |
|                            |             |           |              |            |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| <p>Si compila per tutte le prestazioni.<br/>                     Per le <b>righe da 01 a 98</b>: il campo contiene il prodotto ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario della prestazione.<br/>                     Nella <b>riga 99</b> si deve riportare, in questo campo, la somma degli importi totali delle righe precedenti meno la somma delle quote a carico dell'assistito (ticket, quota a carico etc).</p> |

| FORMALISMO   |    |                 |   |
|--|----|-----------------|---|
| <b>LUNGHEZZA:</b>  | 14 | <b>FORMATO:</b> | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b>   |    |                 |   |
| Per il FILE F2 la lunghezza è di 14 con valori ammessi tra "00000000,00000" a "99999999,99999" |    |                 |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |    |                 |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>  |    |                 |   |

| CONTROLLI                                    |
|--|
| LRDE Importo Totale errato                   |
| LRDM Importo Totale Mancante                 |
| DTLIE Importo totale negativo                |
| LRDI Importo totale incongruente             |
| LRDI99 Importo totale incongruente (riga 99) |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |

| NOME CAMPO: Innovatività |             |           |              |           |
|--------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| RIF. SCHEDA N°:          | TRAC. ANAG. | MODALITA' | TRAC. SANIT. | MODALITA' |
| 104.0                    |             |           | F2           | OSP       |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |
|                          |             |           |              |           |

| DESCRIZIONE CAMPO   |
|---|
| Campo da compilare per tutte le erogazioni di farmaci innovativi erogati per indicazione terapeutica innovativa |

| FORMALISMO   |   |          |   |
|--|---|----------|---|
| LUNGHEZZA:   | 1 | FORMATO: | N |
| <b>VALORI AMMESSI:</b><br><br>0 = farmaco non innovativo<br>1 = farmaco innovativo erogato per indicazione terapeutica non innovativa<br>2 = farmaco innovativo erogato per indicazione terapeutica innovativa |   |          |   |
| <b>TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:</b>   |   |          |   |
| <b>RIFERIMENTI NORMATIVI:</b>  |   |          |   |

| CONTROLLI |
|-----------|
|           |

| OSSERVAZIONI |
|--------------|
|              |