



Linee guida

**per la rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale,
di diagnostica strumentale e di laboratorio (SPA)**

A cura dell'Osservatorio per la Salute

(Deliberazione della G.P. n. 965 del 25.06.2012)

Aggiornata il 18.12.2025

Linee guida per la rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio (SPA)

Dicembre 2025

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano

Ripartizione Salute

Osservatorio per la Salute

Scaricabile dal sito internet:

<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/>

INDICE

PAG.

1. INTRODUZIONE	4
2. STORIA DEL DOCUMENTO	5
3. DEFINIZIONE	5
4. UNITA' DI RILEVAZIONE	6
5. LE STRUTTURE CHE DEVONO RILEVARE LE PRESTAZIONI	6
6. RISPETTO DELLA PRIVACY	7
7. TRASMISSIONE E CORREZIONE DEI DATI	7
8. QUANTITÀ DI PRESTAZIONI PER IMPEGNATIVA	7
9. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET) PER IL PRONTO SOCCORSO e OBI.....	8
10. COMPITI E RESPONSABILITA'	8
11. CASI PARTICOLARI	8
12. ELENCO DELLE VARIABILI	10
13. SPECIFICAZIONE DELLE VARIABILI	12
13.1. DATI ANAGRAFICI	12
13.2. DATI CLINICI	16
14. CALCOLO IMPORTO TARIFFE E TICKET	26
14.1 PRESTAZIONI NON DI PRONTO SOCCORSO.....	26
14.2 PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO	27
14.3 PRESTAZIONI EROGATE IN OBI	28
ALLEGATI	29
ALLEGATO A: TRACCIATO RECORD PER L'INVIO DEI DATI	30
ALLEGATO B: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI.....	42
ALLEGATO C: TRACCIATO RECORD SIAG PER L'OSSERVATORIO PER LA SALUTE	68
ALLEGATO D: CODICI DELLE BRANCHE SPECIALISTICHE (DPCM 12.01.2017)	71
ALLEGATO E: CODICI DELLE DISCIPLINE	72
ALLEGATO F: TIPOLOGIA ESENZIONE TICKET	73
ALLEGATO G: CODICI ESENZIONI TICKET	74
ALLEGATO H: PRESTAZIONI PAC CHIRURGICHE	79
ALLEGATO I: PROCESSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI IN NEURO-PSICHIATRIA LIMITAMENTE AI DISTURBI DELL'AUTISMO (TIPO)	85
ALLEGATO J: PROCESSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI IN NEURO-PSICHIATRIA LIMITAMENTE AI DISTURBI DELL'AUTISMO (CODICE)	86
ALLEGATO K: PRESTAZIONI PAC NON CHIRURGICHE	89
ALLEGATO L: PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (PPGLA) – VISITE SPECIALISTICHE.....	91
ALLEGATO M: PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (PPGLA) – PRESTAZIONI STRUMENTALI	92
ALLEGATO N: ELENCO NOTE E CORRISPONDENTI CONDIZIONI DI EROGABILITÀ/INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA	94
ALLEGATO O: PATOLOGIE GENETICA	105
ALLEGATO P: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELL'ECONOMIA E FINANZE (MEF)	121

1. INTRODUZIONE

Il presente documento contiene le linee guida per la rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio. La trasmissione e lo scambio dei dati sulla specialistica ambulatoriale è stata inizialmente disciplinata dalle note del Ministero della Salute 100/scps/4.4583 del 23.03.1994, 100/scps/4.6593 del 09.05.1996 e 100/scps/4.344spec. del 28.01.1997 ai fini della compensazione interregionale della mobilità sanitaria. Le Conferenze dei Presidenti e degli Assessori alla Salute delle Regioni e delle Province Autonome hanno approvato in tempi successivi documenti che hanno integrato e modificato le citate note ministeriali nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria.

A livello provinciale la Giunta provinciale ha approvato con deliberazione n.1071 del 23.03.1998 la "Direttiva per la regolamentazione della procedura informativa per la rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio con decorrenza dal 01.06.1998", successivamente modificata dalla deliberazione della Giunta provinciale del n.88 del 24.01.2000 e da successive circolari dell'Assessore alla Sanità¹. In seguito alla normativa emanata in applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 50 del D.L. 30.09.2003, n. 269 concernenti la definizione dei modelli di ricettari medici standardizzati e di ricetta medica a lettura ottica, sono state aggiornate anche le linee guida provinciali con deliberazione n. 1016 della G.P. del 27.03.2006, entrate in vigore con il 01.04.2006. Nel gennaio 2007 la procedura ha subito qualche lieve modifica per migliorare la rilevazione dei dati e per adattarsi ad alcune novità a livello provinciale (come la sperimentazione odontoiatrica nei sub-distretti). Successivamente nel luglio 2007 le modifiche all'articolo 50 del D.L. 30.09.2003, n. 269 e di conseguenza ai tracciati per l'invio dei dati al Ministero dell'Economia e Finanza (MEF) hanno portato ad una revisione del tracciato provinciale. Nello stesso anno è stato deciso di istituire per il Pronto Soccorso un flusso specifico che consente di rilevare non solo le prestazioni erogate e i relativi dati economici ma anche le informazioni relative alla diagnosi, alle cause di accesso ed alle modalità di accesso, nonché nel caso di incidenti sciistici, la descrizione dell'incidente. Questo flusso, denominato procedura informativa della "Scheda di Pronto Soccorso", è stato approvato con delibera della G.P. n. 4824 del 18.12.2006 ed è entrato in vigore il 01.02.2007². Al fine di avere un quadro del percorso e del trattamento ricevuto da parte di un utente in Pronto Soccorso è necessario collegare il flusso del Pronto Soccorso (flusso SPS) con il flusso della specialistica ambulatoriale (flusso SPA). L'introduzione della nuova forma di assistenza "Osservazione Breve Intensiva" (OBI) prevista con deliberazione della G.P. n. 3642 del 06.10.2008, ha portato ad una conseguente modifica del tracciato approvata con deliberazione della G.P. n. 4822 del 15.12.2008 con entrata in vigore con il 01.01.2009 e successive modifiche ed integrazioni. In seguito alla deliberazione della G.P. n. 1988 del 19.12.2011 che prevede a partire dal 01.01.2012 nuove prestazioni di chirurgia ambulatoriale (PAC) e di chemioterapia precedentemente erogate in regime di ricovero, corrispondenti sostanzialmente agli accorpamenti di prestazioni, il tracciato della specialistica ambulatoriale ha subito nuovamente delle modifiche con entrata in vigore con il 01.07.2012. Il tracciato è stato modificato dopo l'approvazione del Piano Provinciale di Governo delle Liste di Attesa (PPGLA), con deliberazione della G.P. n. 915 del 05.11.2019. Il piano prevede il rispetto dei tempi massimi di attesa per una serie di prestazioni erogate sul proprio territorio. Con deliberazione della G.P. n. 1070 del 26.11.2024, sono state introdotte tutte le modifiche (prestazioni e tariffe) in virtù del recepimento del DPCM del 12.01.2017, che ha aggiornato a livello nazionale i livelli di assistenza (LEA).

¹ Dall'anno di compensazione 2001 i dati del flusso della specialistica ambulatoriale per quanto riguarda la mobilità sanitaria interregionale sono estratti direttamente dalla banca dati provinciale della specialistica ambulatoriale (come stabilito nella circolare dell'Assessorato alla Sanità prot. FH/BK/55.04.09/3133 del 14.03.2001). Tali dati vengono poi inviati alle altre regioni entro i termini stabiliti per la mobilità interregionale.

² La procedura informativa della "Scheda di Pronto Soccorso" è stata in seguito modificata dal 01.01.2012 secondo il disciplinare tecnico "Sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" contenente le specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso redatte dal Ministero della Salute, in quanto è divenuto obbligatorio l'invio dei dati al NSIS - Nuovo Sistema Informativo Sanitario (DM 17.12.2008).

2. STORIA DEL DOCUMENTO

VERSIONE	DATA	NOTE / MODIFICHE EFFETTUATE
Gennaio 2020	15.01.2020	Inserimento campi: TIPO_ACCESSO (Tipologia di accesso) GARANZIA (Garanzia dei tempi massimi) DIAGNOSI (Diagnosi/sospetto diagnostico) Modifica campo POS_TICKET
Aprile 2020	02.04.2020	Inserimento codice Branca 51 (Abbandono PS)
Luglio 2020	17.07.2020	Spostamento posizione campo COD_PREP Inserimento codice esenzioni COV, TEL, E10, E11, E12
Gennaio 2021	26.01.2021	Inserimento campo MOD_ERO (Modalità di erogazione della prestazione)
Marzo 2021	02.03.2021	Modifica descrizione Tipologia Esenzione X
Ottobre 2021	08.10.2021	Inserimento codice esenzione CV2123
Giugno 2022	16.06.2022	Inserimento codice esenzione X22
Luglio 2022	06.07.2022	Inserimento codice esenzione BZ04
Dicembre 2022	22.12.2022	Inserimento codice esenzioni D01, D02, D03, D04, D05, D99, X23, X24
Febbraio 2024	16.02.2024	Inserimento campo invio prescrizioni dematerializzate non chiuse Inserimento codice esenzioni 0031, 0A02, 0A31, 0B02, BZ6
Aprile 2024	10.04.2024	Inserimento MOD_ACC (Modalità di accesso) = 16 (PMA)
Dicembre 2024	30.12.2024	Obbligatorietà campo: DATA_IMP (Data della Prescrizione) Modifica lunghezza campo C_NOMENC Inserimento campi: CICLO_SEDUTE (Numero di Sedute per Ciclo) CPP (Codice del Prescrivibile Erogato) NUMERO_NOTA (Numero Nota relativa a condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva) CODICE_PAT (Codice della patologia)
Maggio 2025	05.05.2025	Modifica Obbligatorietà campo CDC Modifica campo REG_EROG
Agosto 2025	20.08.2025	Modifica lunghezza campo CPP Modifica codice esenzione CP
Dicembre 2025	18.12.2025	Inserimento MOD_ACC (Modalità di accesso) = 17 (NPIA)

3. DEFINIZIONE

La procedura informativa “Assistenza specialistica ambulatoriale” rileva tutte le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché le visite e le altre prestazioni previste dal Nomenclatore nazionale (D.M. del 22.07.1996) con le integrazioni decise a livello provinciale. Costituiscono pertanto oggetto della rilevazione tutte le prestazioni definite nel vigente nomenclatore tariffario provinciale di cui alla deliberazione della G.P. n. 399 del 09.02.2004 “Aggiornamento della deliberazione della G.P. n. 2568 del 15.06.1998: nomenclatore tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio” e successive modifiche ed integrazioni. Sono escluse dalla suddetta rilevazione le prestazioni erogate dal servizio di igiene pubblica, dal servizio di medicina del lavoro, dal servizio di fisica sanitaria e dal servizio di medicina legale, ovvero le prestazioni definite nella deliberazione della G.P. n. 2573 del 15.06.1998 (“Tariffe delle prestazioni erogate nell’interesse o su richiesta del privato”) e successive modifiche e integrazioni.

4. UNITA' DI RILEVAZIONE

L'unità di rilevazione della procedura informativa è rappresentata da:

- ogni singola prestazione erogata dagli ambulatori specialistici pubblici ospedalieri ed extraospedalieri pubblici a tutti i pazienti esterni;
- ogni singola prestazione erogata dal pronto soccorso provinciali anche se seguita da ricovero;
- ogni singola prestazione erogata dalle unità operative di Osservazione Breve Intensiva (OBI) anche se seguita da ricovero;
- ogni singola prestazione erogata in regime di convenzione (su presentazione di prescrizione) dagli ambulatori specialistici privati accreditati a tutti i pazienti esterni.

La procedura informatica prevede l'archiviazione dei dati in due archivi distinti: il primo contenente i dati anagrafici del paziente, il secondo i dati di accesso e i dati sanitari. I due archivi potranno essere ricongiunti attraverso tre "variabili chiave" rappresentate dal codice ASL inviante, ID-impegnativa e progressivo riga.

Il flusso della specialistica ambulatoriale (SPA), infatti, oltre a rilevare le prestazioni di specialistica ambulatoriale in senso stretto rileva anche le prestazioni di Pronto soccorso e OBI, mentre le prestazioni pre e post-ricovero³ strettamente correlate al ricovero programmato (quindi non di Pronto Soccorso o OBI) sono escluse dalla rilevazione.

L'attività di Pronto Soccorso ed OBI è anche oggetto di uno specifico flusso (EMUR Pronto Soccorso); per avere un quadro completo dell'attività di Pronto Soccorso ed OBI (tutte le prestazioni erogate, relativo importo e ticket) è quindi necessario collegare il flusso della specialistica ambulatoriale (flusso SPA) con il flusso del Pronto soccorso (EMUR Pronto Soccorso) attraverso la variabile chiave "ID_ACC"⁴. In fase di elaborazioni dati, a seconda dello scopo dell'analisi, è necessario tenere presente la distinzione tra le prestazioni di specialistica ambulatoriale in senso stretto e le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero, come le prestazioni rese in Pronto Soccorso e in Osservazione Breve Intensiva (OBI) seguite da ricovero, che sono remunerate con tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero (tariffa corrispondente al DRG del ricovero in questione) e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

5. LE STRUTTURE CHE DEVONO RILEVARE LE PRESTAZIONI

Con la procedura informativa vengono rilevate le prestazioni specialistiche erogate dalle seguenti tipologie di strutture operanti sul territorio della Provincia di Bolzano:

1. strutture pubbliche interne ad istituti di ricovero (poliambulatorio e ambulatori interni all'ospedale);

³ Le prestazioni pre-ricovero (oggetto della normativa provinciale deliberazione della G.P. nr. 6337, Circolare provinciale del 14.0.1997, deliberazione della G.P. n. 1385/1999) devono essere strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato. Devono, inoltre, essere preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero (dall'ospedale di Bressanone per le specialità di dermatologia e di oculistica per i propri residenti ricoverati successivamente nell'ospedale di Brunico; dall'ospedale di Brunico per le specialità di otorino e di urologia a propri residenti ricoverati successivamente nell'ospedale di Bressanone; da un ospedale della Provincia per i propri residenti che vengono successivamente ricoverati in un altro ospedale facente parte dello stesso comprensorio – Merano, Bressanone, Brunico) ed effettuate di norma entro 30 giorni precedenti il ricovero. Le prestazioni atte a motivare/stabilire la necessità di un ricovero continuano ad essere soggette alla partecipazione di spesa da parte del cittadino. Secondo la normativa provinciale (deliberazione della G.P. n. 2797 del 27.08.2001; deliberazione della G.P. n. 4560 del 17.12.2001) le prestazioni post ricovero in regime ordinario (prima visita specialistica ambulatoriale di controllo post ricovero, prima medicazione ambulatoriale effettuate entro 30 giorni dalla dimissione) vengono considerate come parte integrante del ricovero stesso e confluiscono nella tariffa onnicomprensiva DRG specifica del ricovero, con conseguente gratuità della prestazione per il paziente. La circolare provinciale del 14.07.1997 "4.a" stabilisce che se il ricovero non viene effettuato per decisione motivata dal medico (motivi clinici o organizzativi interni), il paziente non sarà tenuto a pagare la prestazione; se il ricovero programmato non viene effettuato per esclusiva volontà del paziente, egli sarà tenuto al pagamento delle prestazioni effettuate".

⁴ La procedura informativa della SPS è stata aggiornata sulla base del decreto ministeriale del 17.12.2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito della assistenza sanitaria in emergenza-urgenza".

2. strutture pubbliche esterne ad istituti di ricovero (distretti, poliambulatori esterni all'ospedale);
3. strutture private e liberi professionisti convenzionati (limitatamente alle prestazioni specialistiche erogate in regime di convenzione).

6. RISPETTO DELLA PRIVACY

Per la natura dei dati da rilevare, si richiama l'attenzione sul rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali", D.lgs. 30.06.2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni. I dati idonei ad identificare anche indirettamente i soggetti interessati sono comunque trattati nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 22, comma 6 e comma 7 del D.lgs del 30.06.2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni. Le strutture coinvolte nel flusso dei dati relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuano al loro interno i soggetti responsabili e incaricati del trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 29 e 30 del citato decreto legislativo, ed adottano le misure minime di sicurezza individuate ai sensi dell'art. 34 del Codice e dell'allegato B "Disciplinare tecnico". Il codice identificativo dell'assistito viene anonimizzato dalla Società Informatica Alto Adige S.p.A. mediante procedura standard di anonimizzazione. Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali si prevede la conservazione dei dati in due archivi distinti: il primo contenente i dati anagrafici del paziente, il secondo i dati sanitari. Il collegamento dei due archivi è garantito da tre variabili "chiave": codice ASL inviante + ID-impegnativa e progressivo riga.

7. TRASMISSIONE E CORREZIONE DEI DATI

Tutti i dati relativi ad ogni paziente, residente e no, cui è stata erogata una prestazione ambulatoriale devono essere inviati alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. entro il giorno 6 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta medica secondo il tracciato descritto in modo che i dati possano essere controllati e inviati al MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze) entro la scadenza del giorno 10.

I dati da trasmettere alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. devono essere contenuti in due archivi disgiunti: il primo contenente i dati anagrafici del paziente, il secondo i sanitari. Il collegamento dei due archivi è garantito da tre variabili "chiave" rappresentate dal codice ASL inviante + ID-impegnativa e progressivo riga.

I dati prima di essere caricati nella banca dati provinciale, vengono sottoposti ad una procedura di controllo. I dati errati non vengono caricati nella banca dati provinciale finché non vengono corretti dall'Azienda. L'ultimo invio di dati da parte delle aziende sanitarie e di tutte le strutture private di ricovero viene considerato quello valido.

Per poter rispondere tempestivamente a tutti gli obblighi istituzionali, **la banca dati provinciale verrà chiusa inderogabilmente entro il 31 marzo.**

La provincia invia i dati al MEF i dati delle strutture pubbliche secondo il tracciato previsto, mentre le strutture private provvedono direttamente ad inviare i dati al MEF. Sono escluse le prestazioni erogate ai privati paganti, in quanto - come previsto dall'art.50 - al sistema TS devono pervenire solo le prestazioni carico del SSN, nonché le prestazioni erogate in Pronto soccorso. Sono inoltre escluse le prestazioni seguite da ricovero in quanto il relativo importo è contenuto nella tariffa omnicomprendiva DRG del successivo ricovero.

8. QUANTITÀ DI PRESTAZIONI PER IMPEGNATIVA

Su ogni impegnativa possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni specialistiche appartenenti alla medesima branca; fanno eccezione i prelievi di sangue per gli esami di laboratorio che possono essere aggiunti sulla stessa impegnativa.

Per le prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione, che recano l'indicazione del ciclo, ogni impegnativa può contenere fino a un massimo di tre cicli, fatte salve le specifiche patologie individuate all'articolo 1 del DM del 20.10. 1998, per le quali ciascuna impegnativa può contenere fino a un massimo di sei cicli (vedi anche la definizione della variabile "ciclo", nella parte "definizione del contenuto delle variabili e relativa codifica").

Sulla stessa impegnativa non possono essere prescritte prestazioni in ciclo insieme a prestazioni singole (ossia non in ciclo).

Inoltre, la prescrizione su unica ricetta, di più prestazioni, sedute o cicli dello stesso tipo (stesso codice prestazione) è possibile esclusivamente per scopi terapeutici, salvo eccezioni stabilite dalla normativa provinciale⁵.

Per quanto riguarda le regole prescrittive per i PAC chirurgici (Allegato H), sulla stessa impegnativa potrà essere prescritto solo 1 PAC senza l'aggiunta di ulteriori prestazioni; invece, per i PAC non chirurgici (Allegato K) continua ad applicarsi la regola generale, cioè la possibilità di prescrivere fino ad 8 prestazioni/sedute per singola impegnativa. In presenza di PAC non chirurgici, la singola prestazione/seduta si deve intendere riferita al singolo accesso del paziente e non alla singola prestazione stessa.

9. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET) PER IL PRONTO SOCCORSO e OBI

Con delibera n. 983 del 19.11.2019, la Giunta Provinciale ha emanato disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria del Pronto Soccorso nella Provincia Autonoma di Bolzano, entrate in vigore il 01.12.2019.

La delibera prevede l'applicazione dei seguenti addebiti:

- nessun ticket per gli accessi seguiti da ricovero ospedaliero/decesso del paziente;
- nessun ticket per gli accessi codificati in accesso con codici di priorità verde, giallo, arancione, rosso;
- un ticket pari a 25,00 Euro (12,50 Euro per i figli a carico) per gli accessi in Pronto Soccorso non seguiti da ricovero codificati con codice di priorità blu o bianco, salvo esenzioni previste a livello nazionale e provinciale e ulteriori cause di esclusione dalla compartecipazione (minori di 14 anni, traumatismi, avvelenamenti acuti, infortuni sul lavoro e a scuola, accessi inviati dal triagista all'ambulatorio cure primarie, accessi nei casi considerati dal DPCM 24.11.2017 e vittime di violenza).

Le nuove disposizioni in materia di compartecipazione si applicano anche all'Osservazione Breve Intensiva (Delibera G.P. n. 3610 del 6.10.2008), la cui valorizzazione comprende una quota fissa pari a euro 250,00, a copertura delle spese alberghiere e la somma delle tariffe delle prestazioni erogate come da nomenclatore tariffario provinciale.

Per le modalità di rilevazione delle prestazioni erogate in Pronto Soccorso e OBI si rimanda al capitolo 13 "Specificazione delle variabili" e in particolare alla variabile "posizione del paziente nei confronti del ticket".

Per quanto riguarda le prestazioni di chirurgia ambulatoriale (PAC) e la chemioterapia attualmente valgono le stesse regole di compartecipazione al pagamento del ticket già in vigore per le altre prestazioni di specialistica ambulatoriale, fino a che non si introdurranno, anche in forma sperimentale, modalità di contribuzione alla spesa sanitaria (ticket) alternative più confacenti a questo nuovo tipo di assistenza.

10. COMPITI E RESPONSABILITA'

Per avere una soddisfacente gestione della procedura, considerata anche la notevole quantità di dati che l'Azienda sanitaria deve trasmettere alla Provincia, devono essere ben definiti i compiti e le responsabilità dell'Azienda sanitaria e della Provincia.

Alla Provincia spetta il compito di definire, aggiornare e distribuire:

- i tracciati standard per lo scambio dei dati;
- i sistemi di codifica di riferimento;
- le tabelle di dominio (nomenclatore provinciale, codici dei centri di costo, ecc.)

In qualità di gestore della banca dati della specialistica, la Provincia provvede alla raccolta dei dati, sia per adempiere le proprie funzioni di coordinamento e controllo che per garantire la fornitura in modo integrato di una serie di informazioni legate all'assistibile.

L'Azienda sanitaria deve attenersi alle direttive e agli standard stabiliti a livello provinciale e trasmettere nei tempi e nei modi stabiliti i dati richiesti.

11. CASI PARTICOLARI

Due sono i casi particolari:

⁵ La circolare dell'Assessorato alla Sanità, prot. n.23.2/55.07.03/12360 del 23.08.2006 stabilisce che per persone esenti per patologia e limitatamente alle prestazioni previste dalla relativa esenzione, è possibile prescrivere sulla medesima impegnativa prestazioni identiche anche per scopi diagnostici.

1. Anonimato

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del nome e cognome, del codice sanitario e del codice fiscale.

Le variabili del tracciato dovranno essere compilate come segue.

Nei campi del cognome e del nome dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO". Nel campo della data di nascita dovrà essere indicato solo l'anno di nascita, ponendo come data fittizia il 1° gennaio di quell'anno nel formato 0101aaaa. Nel campo comune di nascita indicare il codice '999999'. Nel campo cittadinanza indicare 998 (sconosciuto). Nel campo tipo identificativo utente andrà inserito il codice "3", nel campo codice identificativo utente andranno inserite 20 "X". Il codice fiscale non va rilevato salvo possibili modifiche normative a livello nazionale⁶.

2. Screening di massa

Dal 01.09.2008 le prestazioni di specialistica ambulatoriale comprese nel nomenclatore tariffario provinciale erogate nell'ambito degli screening preventivi di massa (es. esame tubercolinico, visita oculistica, ecc.) dovranno essere rilevate individualmente con tutti i dati anagrafici rispettando il limite massimo di prestazioni per ricetta e per branca specialistica.

Dal 01.07.2011 le prestazioni dei donatori vengono rilevate come prestazioni per interni (Circolare della Direzione Aziendale prot. Nr.50655-Bz del 17.06.2011).

⁶ Secondo l'art. 50 (commi 2 e 5), del decreto-legge 30.09.2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge n. 326 del 24.11.2003, l'anonimato è garantito dalla codifica del Codice Fiscale o dell'STP, che non sono immediatamente comprensibili al lettore, e dal fatto che tali codici vengono disgiunti dalla ricetta a cui erano associati e cancellati dal sistema una volta che il file telematico è stato acquisito.

12. ELENCO DELLE VARIABILI

Tracciato 1 – Dati anagrafici

1. Comprensorio Sanitario Inviante
2. Numero Prescrizione/impegnativa
3. Identificativo Prescrizione/impegnativa
4. Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa
5. Cognome Assistito
6. Nome Assistito
7. Cognome acquisito Assistito
8. Sesso Assistito
9. Data di Nascita Assistito
10. Comune di Nascita Assistito
11. Stato Civile Assistito
12. Comune di Residenza Assistito
13. Cittadinanza Assistito
14. Codice Sanitario Individuale Assistito
15. Regione di Residenza Assistito
16. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza Assistito
17. Regione di Assistenza Assistito
18. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Assistenza Assistito
19. Tipo Identificativo Assistito
20. Identificativo Assistito
21. Numero Identificazione TEAM
22. Codice istituzione competente TEAM
23. Acronimo istituzione competente TEAM
24. Stato che rilascia la TEAM
25. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM
26. Data Scadenza TEAM

Tracciato 2 – Dati clinici

1. Comprensorio Sanitario Inviante
2. Numero Prescrizione/Impegnativa
3. Identificativo Prescrizione/Impegnativa
4. Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa
27. Presenza Impegnativa
28. Identificativo Accesso PS
29. Tipo Impegnativa
30. Data Prescrizione
31. Prescrizione Suggesta da uno specialista
32. Priorità Prestazione
33. Modalità di Accesso
34. Tipologia di struttura
35. (campo vuoto)
36. Struttura erogatrice STS11
37. Codice Disciplina
38. Sospetto Diagnostico
39. Data Prenotazione
40. Codifica Nomenclatore
41. (campo vuoto)
42. Numero Prestazioni
43. Ciclo
44. Data Inizio Ciclo
45. Data Prestazione
46. Diagnosi di Refertazione
47. Data Refertazione
48. Codice Branca
49. Regime di Erogazione
50. Posizione Ticket
51. Tipologia Esenzione
52. Esenzione
53. Importo Ticket
54. Importo Totale
55. Nosografico Ricovero
56. Centro di Costo Provinciale
57. Tipo trasmissione (campo tecnico)
58. Codice Raggruppamento
59. Codice Fiscale Discordante
60. Invio Dati oltre i termini previsti
61. Centro di Costo Aziendale
62. Codice TD
63. Codice Impegnativa Madre
64. Tipologia di Accesso
65. Garanzia dei tempi massimi
66. Diagnosi
67. Codice Prestazione Erogata
68. Modalità di erogazione
69. Prescrittore
70. Invio prescrizioni dematerializzate
71. Numero Sedute per Ciclo
72. Codice Prestazione Prescritta
73. Numero Nota
74. Codice della Patologia

13. SPECIFICAZIONE DELLE VARIABILI

13.1. DATI ANAGRAFICI

1. Comprensorio Sanitario Inviante (ASL INVI)

Indicare il codice del Comprensorio Sanitario inviante i dati.

I codici da utilizzare sono:

101 = comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = comprensorio sanitario di Merano;

103 = comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = comprensorio sanitario di Brunico.

Il campo è obbligatorio.

2. Numero Prescrizione/Impegnativa (NUM IMP)

Indicare il numero dell'impegnativa (codice a barre, escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) e compilare il campo PRES_IMP con "1".

Per le impegnative NRE (Nuova Ricetta Elettronica), riportare il numero impegnativa così composto: AAA (codice regione) + BB (codice alfanumerico) + C identificativo + DDDDDDD (codice numerico) + EE (numero protocollo) e compilare il campo PRES_IMP con "2".

Nei casi di prestazioni erogate senza la presenza di un'impegnativa (es. pronto soccorso, alcune prestazioni territoriali o domiciliare) il campo deve essere così composto: 999 + anno (2 cifre) + codice comprensorio (1 cifre) + numero progressivo interno del comprensorio (8 cifre) + 0 e il campo PRES_IMP deve essere compilato con "0".

Il campo è obbligatorio.

3. Identificativo Prescrizione/Impegnativa (ID IMPEG)

Il numero ID-impegnativa identifica in modo univoco nel corso degli anni la singola impegnativa all'interno dello stesso comprensorio sanitario, ciò significa che il numero non deve essere reiniziato all'inizio di ogni anno.

Il campo è obbligatorio.

4. Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa (PROG IMP)

Indicare il numero progressivo delle prestazioni di una stessa impegnativa. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record dell'impegnativa e la prima prestazione; il valore 02 identifica la seconda prestazione, ecc.

L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine impegnativa. Ogni impegnativa deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 e la riga 99.

Le righe/record con valore del campo "progressivo riga" diverso da "99" comportano che i campi debbano essere compilati interamente, ossia che si debbano inserire tutte le informazioni relative al paziente e all'impegnativa, eccetto il campo "importo ticket" che non deve essere valorizzato.

Nell'ultima riga/record con valore del campo "progressivo riga" uguale a "99" devono essere riportati il ticket pagato e l'importo totale netto da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse quelle specifiche riferite alla prestazione (es. codice prestazione, quantità, codifica nomenclatore, priorità della prestazione).

Il campo è obbligatorio.

5. Cognome Assistito (COGNOME)

Indicare il cognome dell'assistito. Deve essere riportato esclusivamente il cognome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non dott. Rossi, ma Rossi).

Nel caso di assistiti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

Il campo è obbligatorio.

6. Nome Assistito (NOME)

Indicare il nome dell'assistito. Deve essere riportato esclusivamente il nome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non suor Maria, ma Maria).

Nel caso di assistiti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

Il campo è obbligatorio.

7. Cognome acquisito Assistito (NOMEA)

Indicare il cognome acquisito dell'assistito che deve essere di sesso femminile.

Nel caso di assistiti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome acquisito.

8. Sesso Assistito (SESSO)

Indica il sesso dell'assistito. I codici da utilizzare sono:

1 = maschio;

2 = femmina.

Il campo è obbligatorio.

9. Data di Nascita Assistito (DATA NAS)

Indicare il giorno, il mese e l'anno di nascita dell'assistito nel formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

10. Comune di Nascita Assistito (COM NASC)

Il codice da utilizzare è il codice ISTAT, i cui primi 3 caratteri individuano la provincia ed i successivi 3 un progressivo all'interno di ciascuna provincia che identifica il singolo comune.

Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.

Per i nati all'estero codificare: 999+codice Paese estero.

Se il paziente è nato in Italia, ma non si conosce il comune, codificare: 999997.

Se nato all'estero e non si conosce il Paese estero codificare: 999998.

Se non si conosce il comune codificare: 999999.

Il campo è obbligatorio.

11. Stato Civile Assistito (S CIVILE)

Indica lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione. I codici da utilizzare sono:

1 = celibe/nubile;

2 = coniugato/a;

3 = separato/a;

4 = divorziato/a;

5 = vedovo/a;

6 = non dichiarato.

12. Comune Residenza Assistito (COM RESI)

Identifica il comune nella cui anagrafe è iscritto il cittadino cui è stata erogata la prestazione. Il codice da utilizzare è il codice ISTAT, i cui primi 3 caratteri individuano la provincia ed i successivi 3 un progressivo all'interno di ciascuna provincia che identifica il singolo comune.

Nel caso di pazienti residenti all'estero, codificare 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.

Se il paziente è residente all'estero codificare: 999 + codice Paese estero.

Se il paziente è residente in Italia, ma non si conosce il comune, codificare 999997.

Se straniero e non si conosce il paese estero codificare: 999998.

Se non si conosce il comune o per persone senza fissa dimora codificare: 999999.

Il campo è obbligatorio.

13. Cittadinanza Assistito (CITTADIN)

Indica il Paese di cittadinanza dell'assistito. Se l'assistito ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta dall'assistito. I codici da utilizzare sono:

cittadinanza italiana = 100;

cittadinanza estera = codice a 3 cifre Paese estero definito dal Ministero dell'Interno;

apolidi = 999;
sconosciuta = 998.
Il campo è obbligatorio.

14. Codice sanitario individuale Assistito (COD SANI)

Per gli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale il codice è rappresentato dal libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash (simbolo “/”) escludendo le ultime due cifre che rappresentano la data di nascita.

Se il paziente non è iscritto al Servizio Sanitario Provinciale e viene ricoverato presso un ospedale pubblico, il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche.

Nel caso di pazienti che richiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, verrà generato un codice fittizio.

Si sottolinea che è compito dell’Azienda Sanitaria inserire le nuove posizione anagrafiche nella banca dati provinciale assistibili (BDPA).

Il campo è obbligatorio per gli assistiti con codice STP, TEAM, ENI o Altro (codice uguale a 2, 4, 9 o Z alla variabile (19) “Tipo Identificativo Assistito”).

15. Regione Residenza Assistito (REG RESI)

Per i residenti italiani è la regione in cui il paziente ha la sua residenza (Codice Ministero della Sanità a 3 cifre, DM 17.09.1986). La regione di residenza può essere diversa dalla regione di assistenza. Per i residenti all’estero inserire il codice dello Stato estero definito dal Ministero dell’interno. Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES=999999 o 999998 o 999997) compilare con “000”.

Il campo è obbligatorio.

16. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza Assistito (ASL RESI)

Identifica il comprensorio sanitario o l’azienda sanitaria di residenza che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Per i residenti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = comprensorio sanitario di Merano;

103 = comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = comprensorio sanitario di Brunico.

Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17.09.1986) e successive modifiche.

Per i residenti all’estero inserire il codice 999.

17. Regione Residenza Assistito (REG ASS)

Per i residenti italiani è la regione di appartenenza dell’ASL di assistenza (Codice Ministero della Sanità a 3 cifre, DM 17.09.1986). La regione di residenza può essere diversa dalla regione di assistenza. Per i residenti all’estero non compilare.

18. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza Assistito (ASL ASS)

Identifica il comprensorio sanitario o l’azienda sanitaria in cui è iscritto il paziente. Il comprensorio sanitario di assistenza può essere diverso da quello di residenza.

Per i residenti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = comprensorio sanitario di Merano;

103 = comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = comprensorio sanitario di Brunico.

Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17.09.1986) e successive modifiche.

Per i residenti all’estero non compilare.

19. Tipo Identificativo Assistito (TIPO ID)

Indicare se il codice contenuto nella variabile (20) “Identificativo Assistito” fa riferimento a:

1	=	codice fiscale
2	=	STP (straniero temporaneamente presente)

3	=	AA (anonimo)
4	=	TEAM (codice personale della TEAM)
9	=	ENI (Cittadino UE indigente con attestato ENI) ⁷
Z	=	Altro ⁸

Il campo è obbligatorio.

20. Identificativo Assistito (COD ID)

Indicare il codice identificativo univoco dell'assistito.

Per i residenti in Italia va compilato con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero delle Finanze, ovvero quello riportato nella tessera sanitaria.

Per gli stranieri temporaneamente presenti va indicato il codice STP a 16 caratteri ai sensi del DPR n. 394 del 31.08.1999 e della circolare del Ministero della Sanità 24.04.2000 n.5, composto da STP + codice regione + codice ASL + progressivo.

Nel caso di stranieri comunitari non residenti, va inserito nel campo 21. N_TEAM il numero di identificazione personale indicato sulla Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), corrispondente al campo nr.6 della TEAM.

Nel caso di stranieri comunitari indigenti, va compilato il codice ENI a 16 caratteri composto da ENI + codice regione + codice ASL + progressivo.

Per tutti gli altri casi (TIPO_ID = "Z"), compilare con il codice associato (SPAG, ASC, HIC, paziente residente a cassa estera⁹) o con 20 "X".

Il campo è obbligatorio.

21. Numero identificazione TEAM (N TEAM)

Riportare il campo nr. 6 della TEAM.

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (19) "Tipo Identificativo Assistito").

22. Codice istituzione competente TEAM (COD IST)

Riportare il campo nr. 8 della TEAM.

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (19) "Tipo Identificativo Assistito").

23. Acronimo istituzione competente TEAM (DEN IST)

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (19) "Tipo Identificativo Assistito").

24. Stato che rilascia la tessera TEAM (ST ESTERO)

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (19) "Tipo Identificativo Assistito").

25. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM (TIPO TEAM)

I codici da utilizzare sono:

E111 o E106

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (19) "Tipo Identificativo Assistito").

26. Data scadenza TEAM (DATA SCAD)

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (19) "Tipo Identificativo Assistito").

⁷ Il codice ENI sostituisce il codice CTA (Cittadini Temporaneamente Assistiti).

⁸ Comprende i codici SPAG (Straniero Pagante in Proprio), ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato da altre tipologie non elencate), HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia e paziente residente a cassa estera).

⁹ Se paziente residente a cassa estera va compilato con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero delle Finanze, ovvero quello riportato nella tessera sanitaria.

13.2. DATI CLINICI

1. Comprensorio Sanitario Inviante (ASL INVI)

Indicare il codice del Comprensorio Sanitario inviante i dati.

I codici da utilizzare sono:

101 = comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = comprensorio sanitario di Merano;

103 = comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = comprensorio sanitario di Brunico.

Il campo è obbligatorio.

2. Numero Riga Prescrizione/Impegnativa (NUM IMP)

Indicare il numero dell'impegnativa (codice a barre, escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) e compilare il campo PRES_IMP con "1".

Per le impegnative NRE (Nuova Ricetta Elettronica), riportare il numero impegnativa così composto: AAA (codice regione) + BB (codice alfanumerico) + C identificativo + DDDDDDD (codice numerico) + EE (numero protocollo) e compilare il campo PRES_IMP con "2".

Nei casi di prestazioni erogate senza la presenza di un'impegnativa (es. pronto soccorso, alcune prestazioni territoriali o domiciliare) il campo deve essere così composto: 999 + anno (2 cifre) + codice comprensorio (1 cifre) + numero progressivo interno del comprensorio (8 cifre) + 0 e il campo PRES_IMP deve essere compilato con "0".

Il campo è obbligatorio.

3. Identificativo Riga Prescrizione/Impegnativa (ID IMPEG)

Il numero ID-impegnativa identifica in modo univoco nel corso degli anni la singola impegnativa all'interno dello stesso comprensorio sanitario, ciò significa che il numero non deve essere reinizializzato all'inizio di ogni anno.

Il campo è obbligatorio.

4. Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa (PROG IMP)

Indicare il numero progressivo delle prestazioni di una stessa impegnativa. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record dell'impegnativa e la prima prestazione; il valore 02 identifica la seconda prestazione, ecc.

L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine impegnativa. Ogni impegnativa deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 e la riga 99.

Le righe/record con valore del campo "progressivo riga" diverso da "99" comportano che i campi debbano essere compilati interamente, ossia che si debbano inserire tutte le informazioni relative al paziente e all'impegnativa, eccetto il campo "importo ticket" che non deve essere valorizzato.

Nell'ultima riga/record con valore del campo "progressivo riga" uguale a "99" devono essere riportati il ticket pagato e l'importo totale netto da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse quelle specifiche riferite alla prestazione (es. codice prestazione, quantità, codifica nomenclatore, priorità della prestazione).

Il campo è obbligatorio.

27. Presenza Impegnativa (PRES IMP)

Indicare se per la prestazione erogata è stata compilata o no un'impegnativa del SSP/SSN.

I codici da utilizzare sono:

0 = impegnativa del SSP/SSN mancante (es. per prestazioni di Pronto Soccorso);

1 = presenza dell'impegnativa del SSP/SSN;

2 = impegnativa NRE.

Il campo è obbligatorio.

28. Identificativo Accesso PS (ID ACC)

Indicare il codice progressivo che identifica l'accesso in modo univoco all'interno del presidio ospedaliero e dell'anno. La numerazione è prevista per tutti gli accessi in Pronto Soccorso ed OBI e consente di collegare tutte le prestazioni erogate ad un paziente nell'ambito del medesimo accesso di Pronto Soccorso. È unico per ogni accesso di Pronto Soccorso del paziente; ad esso possono

essere collegati ID- Impegnativa diversi. Considerato che per gli accessi in OBI il paziente passa prima per il Pronto Soccorso, l'accesso OBI deve avere lo stesso numero dell'accesso di Pronto Soccorso.

Questa variabile inoltre consente di collegare la banca dati di specialistica ambulatoriale (SPA) con quella della (EMUR-Pronto Soccorso).

È composto da: anno (4 cifre) + codice ospedale (6 cifre) + numero progressivo accesso (6 cifre).

Il campo è obbligatorio se si tratta di un accesso al Pronto Soccorso (codici 1, 2, 11, 12 alla variabile (33) "Modalità di accesso").

29. Tipo Impegnativa (TIPO IMP)

Indicare il codice identificativo di una impegnativa per soggetti stranieri o naviganti.

Inserire se il relativo campo è compilato nell'impegnativa. I codici da utilizzare sono:

EE = Assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno;

UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno;

NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale;

ND = Assistiti SASN con visita domiciliare;

NE = Assistiti da istituzioni estere;

NX = Assistito SASN extraeuropeo;

ST = Straniero in temporaneo soggiorno.

Per i assistiti SSN residenti il campo non va compilato.

Nel caso di soggetto assicurato da istituzioni estere (TEAM) va inserito il valore UE.

30. Data della prescrizione (DATA IMP)

Indicare la data della prescrizione nel formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

31. Prescrizione suggerita da uno specialista (IMP SUGG)

Indicare la lettera "S" in caso di prescrizione suggerita dallo specialista se il relativo campo è compilato sulla ricetta

32. Priorità Prestazione (PRI PRES)

Indicare la classe di priorità della prestazione sulla base di un sistema di prenotazione che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute del paziente e quindi alla gravità del quadro clinico.

L'indicazione è a cura del prescrittore; nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, ad esse deve essere attribuita la medesima classe di priorità.

I codici da utilizzare sono:

U = Urgente (da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 24 ore);

B = Breve (da eseguire entro 10 giorni);

D = Differibile (da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostico strumentali);

P = Programmabile (prestazioni che possono essere programmate in un arco temporale maggiore, in quanto non influenzano prognosi, dolore, disfunzione o disabilità. Sono da eseguirsi oltre il tempo massimo previsto per la corrispondente prestazione differibile e comunque, a partire dall'01.01.2020 entro 120 giorni).

33. Modalità di Accesso (MOD ACC)

Le diverse modalità di accesso sono raffigurate nella figura 1.

I codici da utilizzare sono:

1 = paziente trattato in pronto soccorso non seguito da ricovero;

2 = paziente trattato in pronto soccorso seguito da ricovero nello stesso o altro istituto;

4 = accesso diretto (per le specialità ammesse);

5 = specialistica con impegnativa del MMG/PLS o altro specialista;

6 = prestazioni territoriali (prestazioni con sigla "TD" (codice 2110, 2120, 3160, 3181, 3183, 75350) o "TD_S" (codice 900.10) o "TD-PCT";

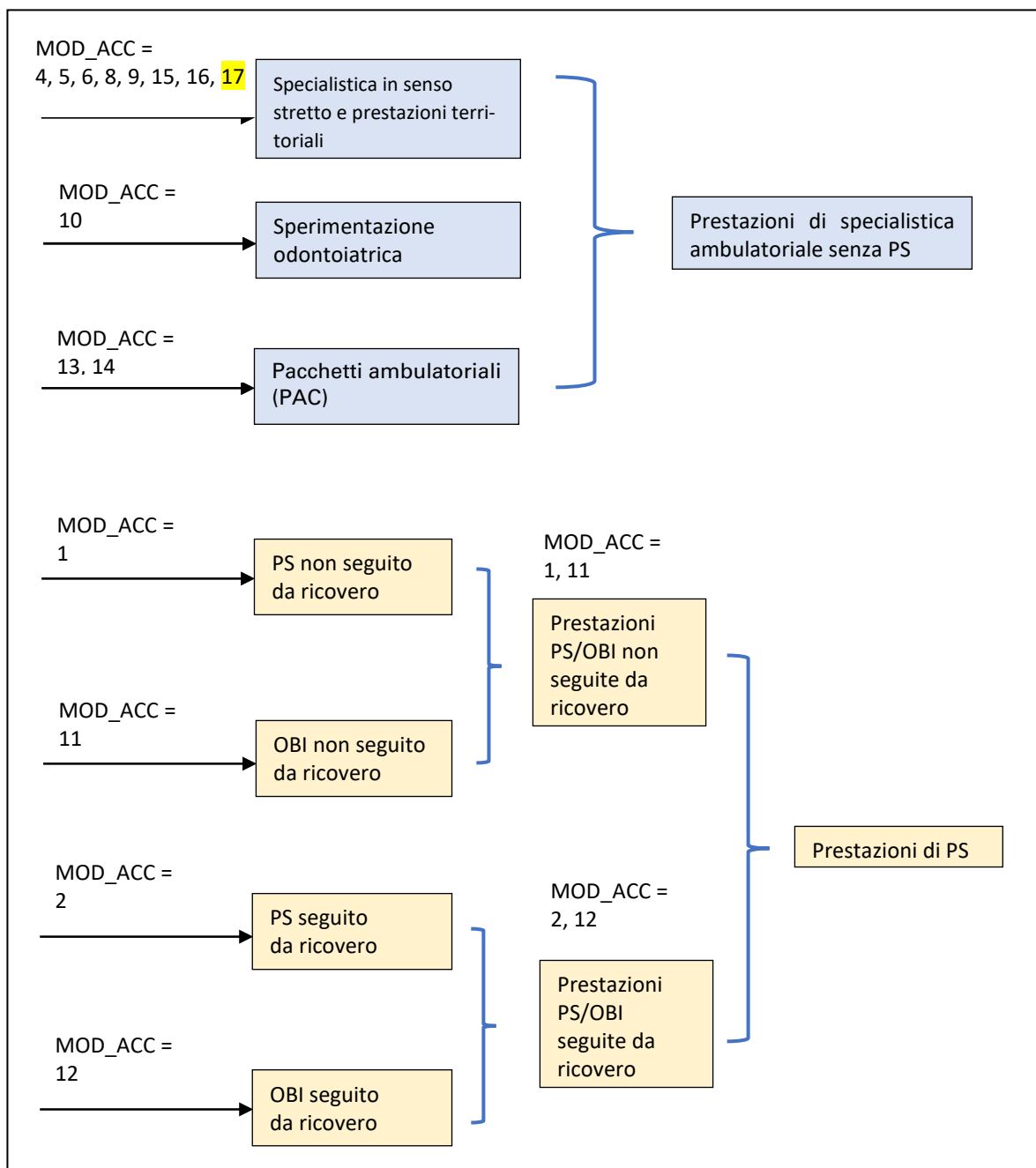
8 = screening;

9 = altro (ricetta specialistica interna, privati paganti, prestazioni di psicologi, ecc.);

10 = odontoiatrica sul territorio;

11 = paziente trattato in OBI non seguito da ricovero;
 12 = paziente trattato in OBI seguito da ricovero nello stesso o altro istituto;
 13 = pacchetti ambulatoriali chirurgici;
 14 = pacchetti ambulatoriali non chirurgici;
 15 = prestazioni domiciliari;
 16 = procreazione medicalmente assistita (PMA)
 17 = neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza.
 Il campo è obbligatorio.

Figura 1 – Modalità di accesso per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale



34. Tipologia di struttura (TIP_STRU)

Indicare se la prestazione viene erogata da una struttura pubblica o privata convenzionata e se è ospedaliera o territoriale. I codici da utilizzare sono:

1 = servizio, ambulatorio o poliambulatorio pubblico che eroga la prestazione di specialistica ambulatoriale è ubicato all'interno di un istituto di ricovero pubblico;
 2 = ambulatorio o servizi pubblico ubicato all'esterno di un istituto di ricovero sul territorio;
 3 = ambulatorio privato convenzionato situato all'interno di una struttura privata convenzionata;
 4 = ambulatorio privato convenzionato situato all'esterno di struttura privata convenzionata.
Il campo è obbligatorio per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa".

35. (campo vuoto)

36. Struttura erogatrice STS11 (CO STS11)

Inserire il codice della struttura erogatrice previsto dal modello ministeriale STS.11.

Il campo è obbligatorio per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa".

37. Codice Disciplina (SPEC)

Indicare il codice della disciplina dell'ambulatorio previsto nell'Allegato E.

Per le seguenti prestazioni è obbligatorio rilevare la disciplina, che però non può essere uguale a "000".

CODICE	DESCRIZIONE	BRANCA	DISCIPLINA
89.01 89.01.x	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima. Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post-chirurgica, prenatale, NAS. Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia. Consulenza genetica. Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo, esame del Neglect, esame psicodiagnostico. Visita di sorveglianza terapia anticoagulante	Vedi codici allegato D	Vedi codici allegato E
89.13	VISITA NEUROLOGICA	15 (neurologia)	30 (Neurochirurgia) 32 (Neurologia) o vedi codici allegato E
89.26.1 89.26.2 89.26.3 89.26.4	VISITA GINECOLOGICA/OSTETRICA	20 (Ostetricia e ginecologia)	37 (Ostetricia e ginecologia) o vedi codici allegato E
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo. Incluso: eventuale prescrizione di lenti. Non associabile al codice 95.01	16 (Oculistica)	34 (Oculistica) o vedi codici allegato E
89.7 89.7x.x	VISITA GENERALE - Visita specialistica. Prima visita - Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	Vedi codici allegato D	Vedi codici allegato E

38. Sospetto Diagnostico (DIAG SOS)

Indicare il sospetto diagnostico (codice ICD9-CM) indicato sulla prescrizione da parte del medico prescrittore.

39. Data Prenotazione (D PRENOT)

Indicare la data nel formato ggmmaaaa, in cui il soggetto che richiedendo la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data è riferibile a qualunque modalità di accesso al si-

stema di prenotazione, anche, ad esempio, nel caso in cui sia direttamente il medico di medicina generale che provvede ad effettuare la prenotazione. Nel caso di cicli di prestazioni indicare la data in cui è stata prenotata la prima prestazione/seduta del ciclo. Per le prestazioni senza prenotazione (ad es. prestazioni di invio diretto da Pronto Soccorso) indicare la data di erogazione.

Il campo è obbligatorio per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa".

40. Codifica nomenclatore (C NOMENC)

I codici da utilizzare sono:

N = prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario nazionale;

I = ulteriori prestazioni aggiunte a livello provinciale;

N-A = accorpamenti di due o più prestazioni a livello nazionale;

I-A = accorpamenti di due o più prestazioni a livello provinciale;

S = Prestazione PS25 o OBI60;

F = prestazioni richieste fuori Provincia.

I codici N, I, N-A, I-A e S sono indicati nel nomenclatore tariffario provinciale nel campo "NOTA_PROV" per ogni codice di prestazione.

Se si tratta di una prestazione richiesta da una struttura provinciale a una struttura extra provinciale che non ha codice incluso nel nomenclatore tariffario provinciale (ad esempio le prestazioni con codice da XXXXX1 a XXXXX18 richiesta dall'azienda sanitaria di Bolzano a strutture extra provinciali) codificare con "F" (Fuori Provincia).

Il campo è obbligatorio per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa".

41. (campo vuoto)

42. Numero di Prestazioni (NUM PRES)

Indicare il numero di prestazioni erogate per codice di prestazione. Nel caso siano state prescritte delle prestazioni con indicazione del ciclo, va indicato il numero delle sedute effettivamente effettuate.

Il campo è obbligatorio per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa".

43. Ciclo (CICLO)

Indicare se la prestazione erogata sia compresa in un ciclo di prestazioni.

Le prestazioni che possono essere erogate in ciclo sono esclusivamente quelle per le quali l'indicazione del ciclo (con relativo numero massimo di sedute) è contenuta nella descrizione della prestazione del nomenclatore tariffario provinciale.

Un'impegnativa con prestazioni di riabilitazione in ciclo non può contenere più di tre voci (sei voci nel caso delle specifiche patologie individuate all'articolo 1 del decreto del Ministero della Sanità 20.10.1998), e queste dovranno essere tutte prestazioni erogabili in ciclo.

Il numero massimo di prestazioni (sedute) in un ciclo non può superare 16 o 6, cioè il numero di sedute per ciclo indicato nella descrizione di ciascuna prestazione. Nel caso si voglia prescrivere una quantità di sedute superiore a 10, è necessario dividerla su due o più cicli (es: 14 prestazioni saranno divise sulla prescrizione in un ciclo da 10 ed un ciclo da 4);

La stessa ricetta non può contenere la prescrizione di prestazioni di ciclo insieme a prestazioni non di ciclo.

I codici da utilizzare sono:

0 = prestazione singola, non compresa in un ciclo;

1 = prestazione compresa in un ciclo.

Il campo è obbligatorio.

44. Data Inizio Ciclo (D CICLO)

Indicare la data in cui è stata erogata la prima prestazione di un ciclo nel formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa e per le prestazioni erogate in ciclo (codice 1 alla variabile (43) "Ciclo").

45. Data Prestazione (DATA ERO)

Indicare la data di effettuazione della prestazione nel formato ggmmaaaa.

Nel caso di un ciclo riportare la data di chiusura ciclo.

Nel caso di impegnative registrate in data diversa dall'effettiva erogazione della prestazione è fondamentale inserire la data effettiva di erogazione.

Nella riga 99 dovrà essere inserita la data più recente dell'impegnativa cioè la data dell'ultima prestazione erogata o la data di chiusura dell'impegnativa.

Il campo è obbligatorio.

46. Diagnosi di Refertazione (DIAG REF)

Indicare la diagnosi di refertazione (codice ICD9-CM) della prestazione erogata.

47. Data Refertazione (DATA REF)

Indicare la data di rilascio del referto nel formato ggmmaaaa.

48. Codice Branca (BRANCA)

Indicare il codice della branca della prestazione come da Allegato D.

Qualora una prestazione inclusa nell'elenco "ALTRE" (branca 26) sia prescritta nella stessa ricetta con prestazioni riconducibili ad una delle altre branche specialistiche del tariffario, deve essere considerata come appartenente a tale branca. Qualora, invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento dell'unità operativa/professionista che la eroga (Testo Unico delle Linee guida" allegato alla deliberazione G.P. n. 2390 del 14.06.1999).

Solo nel caso in cui all'unità operativa/professionista che eroga la prestazione non corrisponda una branca specialistica (es. pediatria, medicina interna, geriatria), la prestazione potrà essere attribuita alla branca 26.

Il campo è obbligatorio.

49. Regime di Erogazione (REG EROG)

Indicare il soggetto sul quale ricade l'onere di rimborsare la tariffa della prestazione. I codici da utilizzare sono:

1 = prestazione totalmente o parzialmente a carico del SSN/SSP (per pazienti esenti, non esenti ticket e ticket non dovuto);

2 = rimborso (terzo pagante);

3 = solvente ovvero prestazione per cui il paziente paga direttamente la tariffa intera;

4 = altro;

5 = privati paganti in PS con successivo ricovero, non tenuti al pagamento.

Il campo è obbligatorio.

50. Posizione Ticket (POS TICK)

Indicare la posizione del paziente nei confronti del ticket (figura 2). I codici da utilizzare sono:

2 = non esente ticket: utente che paga un importo inferiore o uguale alla franchigia attuale di 36,15 euro; per tutte le prestazioni specialistiche escluse quelle di Pronto Soccorso;

5 = riduzione ticket del 50%: figlio/a fiscalmente a carico dei genitori o di un genitore che paga un importo inferiore o uguale a 18,08 euro; per tutte le prestazioni escluse prestazioni di Pronto Soccorso;

12 = esente ticket/ticket non dovuto;

13 = non esente ticket per le prestazioni di Pronto Soccorso/OBI;

14 = privato pagante: utente che accede alle strutture accreditate del SSP in forma privata senza impegnativa, senza essere coperto da assicurazione;

15 = riduzione ticket del 50%: figlio fiscalmente a carico dei genitori o di un genitore per prestazioni di Pronto Soccorso/OBI;

16 = abbandono dal Pronto Soccorso prima dell'accesso alle aree di trattamento.

Il campo è obbligatorio.

51. Tipologia Esenzione (TP ESENZ)

Indicare la tipologia di esenzione. I codici da utilizzare sono (allegato F):

N = nessuna esenzione;

R = esenzione per motivi di reddito;
 C = esenzione per età (es. non previsto sull'impegnativa);
 P = esenzione per patologia;
 X = esente per successivo ricovero (ticket da non incassare);
 A = altra esenzione (es. figli a carico).

Il campo è obbligatorio per modalità di accesso diverso da NPIA (codici diversi da 17 alla variabile (33) "Modalità di accesso").

Figura 2 – Quadro riassuntivo per la compilazione del campo relativo alla posizione ticket

	Descrizione	Importi	Codice POS_TICK
Prestazioni non di Pronto Soccorso	Prestazione non di Pronto Soccorso per persone esenti ticket	Importo ticket = 0	12
	Prestazione non di Pronto Soccorso per persone non esenti ticket	Importo ticket = importo tariffario delle prestazioni fino ad un massimo di 36,15 euro per impegnativa	2
	Prestazione non di Pronto Soccorso per privato pagante	Importo delle prestazioni con tariffa per privati paganti	14
	Prestazione non di Pronto Soccorso per figli fiscalmente a carico dei genitori/di un genitore	50% dell'importo delle prestazioni specialistiche effettuate fino ad un massimo di 18,08 euro per branca specialistica	5
Prestazioni di Pronto Soccorso	Prestazioni di Pronto Soccorso per persone esenti ticket	Importo ticket = 0	12
	Prestazioni di Pronto Soccorso associate ad accessi seguiti da ricovero o non soggetti a compartecipazione perché esclusi ai sensi della DGP 983/2019	Importo ticket = 0	12
	Prestazione di Pronto Soccorso non urgenti per non esenti ticket	Importo ticket = 25,00 euro	13
	Prestazione di Pronto Soccorso giustificata per privati paganti	Importo ticket = Tariffa delle prestazioni ricevute	14
	Prestazione di Pronto Soccorso per figli fiscalmente a carico dei genitori/di un genitore	Importo ticket = 12,50 euro (50% del ticket di PS)	15
	Abbandono da Pronto Soccorso prima dell'accesso alle aree di trattamento	Importo ticket = 0 o 12,50 o 25 euro	16
OBI	Prestazione OBI esente ticket	Importo ticket = 0	12
	Prestazione OBI non esente ticket	Importo ticket = 0 o 25,00 euro	13
	Prestazione OBI non seguita da ricovero per privati paganti	Importo ticket = 250,00 euro (quota OBI fissa) + tariffa delle prestazioni	14

52. Esenzione (CD ESENZ)

Indicare il codice di esenzione dal pagamento del ticket del cittadino. Per la compilazione di questo campo si veda l'allegato G. Nel caso di esenzione per patologie croniche e invalidanti riportare le prime tre cifre del codice identificativo di esenzione della malattia o condizione indicato nella ricetta (D.M. n.329 del 28.10.1999). Nel caso di esenzione per malattie rare riportare il codice identificativo di esenzione indicato nella ricetta (D.M. n. 279 del 18.05.2001). Fermi restando i limiti di prescrittibilità previsti dalla vigente normativa, ciascuna ricetta non può contestualmente contenere la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione e altre prestazioni non esenti.

Il campo è obbligatorio per modalità di accesso diverso da NPIA (codici diversi da 17 alla variabile (33) "Modalità di accesso").

53. Importo Ticket (IMP TICK)

Indicare l'importo pagato dal paziente per singola impegnativa (si veda capitolo 14).

Il campo va calcolato soltanto nella riga/record con "progressivo riga" uguale a "99".

Nel caso di figli fiscalmente a carico dei genitori o di un genitore il ticket va ridotto al 50%, l'importo delle prestazioni nelle righe di dettaglio (campo "progressivo riga" da 1 a 8) non va però dimezzato, ma inserito come da tariffario provinciale (moltiplicato per la quantità delle prestazioni erogate).

Il campo è obbligatorio.

54. Importo Totale (IMP TARI)

Nella riga/record con valore del campo "progressivo riga" diverso da "99" riportare l'importo calcolato come prodotto del campo "numero prestazioni" e la tariffa della prestazione, ad eccezione dei casi in cui la tariffa si riferisce all'intero ciclo di prestazioni o all'intero trattamento e non alla seduta singola (es. 14.24, 92.29.U, 93.10, 93.89.1, 94.45, 93.37 etc.).

Nella riga/record con valore del campo "progressivo riga" uguale a 99 riportare l'importo netto, ossia la somma degli importi totali decurtati dell'importo del ticket (si veda capitolo 14).

Il campo è obbligatorio.

55. Nosografico Ricovero (NOSOGRAF)

Indicare il codice progressivo del ricovero, così come attribuito nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Il campo è obbligatorio per i pazienti inviati in ricovero (codice "2" o "12" alla variabile (33) "Modalità di accesso").

56. Centro di Costo Provinciale (CDC)

Indicare il codice del punto di erogazione ai sensi della deliberazione della G.P. n. 1193 del 11.04.2005 "Sistema di contabilità direzionale del Servizio sanitario Provinciale: approvazione delle linee guida riguardanti la rilevazione dei costi, il sistema di codifica dei centri di costo, il piano dei fattori produttivi e il tracciato record" e successive modifiche.

Nel caso di prestazioni erogate dal distretto sanitario di Bolzano per altri distretti deve essere inserito il centro di costo di erogazione della prestazione.

Se ad esempio viene fatto un prelievo a Bressanone, poi spedito al servizio di istologia patologica di Bolzano per eseguire gli esami specialistici, devono essere rilevati entrambi i centri di costo; per il prelievo quello di Bressanone, e per i restanti esami quello del servizio interaziendale di Bolzano. I dati dell'impegnativa dovranno essere inviati alla Provincia dal distretto sanitario che ha eseguito il prelievo, cioè il distretto al quale si è rivolto il paziente (nell'esempio suddetto è il distretto sanitario di Bressanone).

Il campo è facoltativo per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa".

57. Tipo trasmissione (TIPO OPER)

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate. I valori ammessi sono:

I = Inserimento (trasmissione di informazioni nuove o per la trasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione);

V = Variazione (trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione);

C = Cancellazione (trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione).

Il campo è obbligatorio.

58. Codice Raggruppamento (COD RAG)

Indicare se la ricetta è informatizzata o non informatizzata.

I codici da utilizzare sono:

0 = ricetta manuale;

1 = ricetta informatizzata con biffatura campo "Stampa PC" e codice fiscale in barcode;

2 = ricetta informatizzata con la sola biffatura del campo "Stampa PC".

Il campo è obbligatorio.

59. Codice Fiscale Discordante (CF DISC)

Inserire la lettera "D" se il codice fiscale inserito nel campo COD_ID (che risulta inserito nell'impegnativa) non coincide con quello della Tessera Sanitaria o se il paziente si è presentato senza tessera sanitaria. Si specifica che solo l'erogatore ovvero l'impiegato all'accettazione può fare questa verifica e quindi compilare questo campo in caso rilevi discordanza.

60. Invio Dati oltre i termini previsti (ALTRO)

Indicare il tipo di invio dei dati:

I codici da utilizzare sono:

1 = invio variazione tardiva;

V = invio impegnative doppie;

W = invio impegnative sospese doppie.

61. Centro di Costo Aziendale (CDC AS)

Indicare il codice del punto di erogazione della prestazione secondo il piano dei centri di costo aziendali¹⁰.

62. Codice TD (COD TD)

Indicare il codice dei processi diagnostico-terapeutici in neuro-psichiatria limitatamente ai disturbi dell'autismo (deliberazione della Giunta provinciale n. 1492 del 28.12.2017). Il codice è costituito fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere (Allegato J).

Il campo è obbligatorio per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa e se la variabile (63) "Codice Impegnativa Madre" è compilata.

63. Codice Impegnativa Madre (IMP MADRE)

Indicare il numero dell'impegnativa associato al codice dei processi diagnostico-terapeutici in neuro-psichiatria limitatamente ai disturbi dell'autismo (deliberazione della Giunta provinciale n. 1492 del 28.12.2017).

Il campo è obbligatorio per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa e se la variabile (62) "Codice TD" è compilata.

64. Tipologia di Accesso (TIPO ACCESSO)

Indicare se la prestazione richiesta si riferisce a:

- primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico;
- accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

I codici da utilizzare sono:

0 = altra tipologia di accesso;

1 = primo accesso.

65. Garanzia dei tempi massimi (GARANZIA)

Indicare le situazioni per cui il cittadino accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSP non è tenuto a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la Classe di Priorità indicata in ricetta.

I codici da utilizzare sono:

0 = utente che non rientra nella categoria precedente;

1 = utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa.

¹⁰ Nuovo campo richiesto dal direttore generale dell'azienda sanitaria con lettera del 07.05.2012 prot. 0048184-BZ 08.05.2012.

66. Diagnosi (DIAGNOSI)

Indicare la descrizione in testo libero del sospetto diagnostico indicato sulla ricetta da parte del medico prescrittore.

67. Codice Prestazione Erogata (COD PRES)

Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale (deliberazione della Giunta provinciale n. 2568 del 15.06.1998 e successive modifiche).

Il tariffario provinciale riprende il sistema di codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definito a livello nazionale con il D.M. del 22.07.1996. I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di dieci caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere. Non costituiscono oggetto della rilevazione le prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato (assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro) e quindi a completo carico dell'assistito come le prestazioni di fisica sanitaria, le prestazioni di igiene pubblica, le prestazioni di medicina del lavoro, e le prestazioni di medicina legale (nel nomenclatore provinciale identificate dalla sigla P-DOS, P-IG, P-LAV, P-LEG). Analogamente è previsto l'inserimento nel nomenclatore tariffario provinciale di una prestazione (cod. "OBI60") che identifica la tariffa forfetaria dell'attività di osservazione breve (250,00 euro). In caso di abbandono del Pronto Soccorso prima dell'accesso alle aree di trattamento, è previsto l'inserimento di una prestazione (cod. "PS25"), in riferimento alla delibera DGP n. 983 del 19.11.2019 che dà diritto dell'Azienda Sanitaria alla riscossione del ticket al momento della conclusione del triage infermieristico.

Il campo è obbligatorio per codice diverso da "99" alla variabile (4) "Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa".

68. Modalità di Erogazione (MOD ERO)

Indicare la modalità di erogazione della prestazione specialistica.

I codici da utilizzare sono:

A = ambulatorio;

D = domicilio;

T = telemedicina.

69. Prescrittore (PRESCRITTORE)

Indicare il codice fiscale del medico prescrittore.

Il campo è obbligatorio per codice uguale a "1" o "2" alla variabile (27) "Presenza Impegnativa" (Controllo sospeso).

70. Invio Prescrizioni Dematerializzate (INVIO DEMA)

Indicare se la prescrizione dematerializzata deve essere inviata al MEF, poiché non risulta essere stata chiusa all'interno del Sistema di Accoglienza Provinciale (SAP).

I codici da utilizzare sono:

0 = no;

1 = sì.

71. Numero di Sedute per Ciclo (CICLO SEDUTE)

Indicare il numero massimo di sedute per ciclo indicate nella prescrizione.

72. Codice del Prescritto Erogato (CPP)

Indicare il codice della prestazione secondo il Catalogo Provinciale del Prescrivibile (Delibera G.P. n. 768 del 05.07.2016 e successive modifiche). Il Catalogo Provinciale del Prescrivibile (CPP) è stato definito a seguito dell'introduzione del processo di dematerializzazione del ciclo prescrittivo ed erogativo (DM 02.011.2011) e successivamente recepito con Delibera G.P. n. 204 dell'11.02.2013. In particolare, l'art. 2 del DM 02.11.2011 prevede che la diffusione e la messa a regime della dematerializzazione nelle Regioni/Province Autonome sia definita attraverso accordi specifici tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), il Ministero della Salute e le singole Regioni/Province Autonome, tenuto conto dei sistemi regionali/provinciali. Al fine di garantire il raggiungimento di obiettivi di efficienza ed economicità nella gestione delle prescrizioni dematerializzate, è stata individuata una codifica delle prestazioni riconosciuta in modo univoco anche nella fase di prescrizione, implementata nel CPP.

73. Numero Nota (NUMERO NOTA)

Indicare il numero nota, come previsto nel DM 09.12.2015 e successivamente recepito con Delibera G.P. n. 169 del 19.03.2024. Tale numero riporta la descrizione di particolari condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza a cui è obbligatorio attenersi per la prescrizione della prestazione.

74. Codice della Patologia (CODICE PAT)

Indicare il codice della patologia, come previsto nel DM 09.12.2015 e successivamente recepito con Delibera G.P. n. 169 del 19.03.2024. Tale codice individua le patologie diagnosticabili con le prestazioni di genetica medica, citogenetica, oncoematologiche (associate a indagini genetiche e/o citogenetica), immunogenetica, genetica molecolare.

14. CALCOLO IMPORTO TARIFFE E TICKET

14.1 PRESTAZIONI NON DI PRONTO SOCCORSO

Paziente esente ticket

Progressivo Riga	Codice Prestazione	Numero Prestazioni	Posizione Ticket	Importo Ticket (euro)	Importo Prestazione (euro)	Importo Totale (euro)
01	PRES_01	NUM_01	12	-	TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	12	-	TAR_02	IMP_02 ¹
99			12	TICK ²		IMP_TOT ³

¹ $IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x$

² TICK = 0,00

³ IMP_TOT = somma di IMP_0x

Paziente non esente ticket (paga un importo inferiore o uguale a 36,15 euro)

Progressivo Riga	Codice Prestazione	Numero Prestazioni	Posizione Ticket	Importo Ticket (euro)	Importo Prestazione (euro)	Importo Totale (euro)
01	PRES_01	NUM_01	2		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	2		TAR_02	IMP_02 ¹
99			2	TICK ^{2,3}		IMP_TOT ^{2,3}

¹ $IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x$

² Se (somma di IMP_0x) ≤ 36,15 → TICK = (somma di IMP_0x) e IMP_TOT = 0,00

³ Se (somma di IMP_0x) > 36,15 → TICK = 36,15 e IMP_TOT = [(somma di IMP_0x) - 36,15]

Paziente privato pagante

Progressivo Riga	Codice Prestazione	Numero Prestazioni	Posizione Ticket	Importo Ticket (euro)	Importo Prestazione (euro)	Importo Totale (euro)
01	PRES_01	NUM_01	14		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	14		TAR_02	IMP_02 ¹
99			14	TICK ²		IMP_TOT ³

¹ $IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x$

² TICK = somma di IMP_0x

³ IMP_TOT = 0,00

Paziente con riduzione ticket del 50% (paga un importo inferiore o uguale a 18,08 euro)

Progressivo Riga	Codice Prestazione	Numero Prestazioni	Posizione Ticket	Importo Ticket	Importo Prestazione	Importo Totale (euro)
------------------	--------------------	--------------------	------------------	----------------	---------------------	-----------------------

				(euro)	(euro)	
01	PRES_01	NUM_01	5		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	5		TAR_02	IMP_02 ¹
99			5	TICK ^{2,3}		IMP_TOT ^{2,3}

¹ $IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x$

² Se $(somma\ di\ IMP_0x) \leq 36,15 \rightarrow TICK = [(somma\ di\ IMP_0x)]/2$ e $IMP_TOT = [(somma\ di\ IMP_0x)]/2$

³ Se $(somma\ di\ IMP_0x) > 36,15 \rightarrow TICK = 18,08$ e $IMP_TOT = [(somma\ di\ IMP_0x) - 18,08]$

14.2 PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO

Gli importi di 12,5 e 25 euro sono considerati come una compartecipazione del paziente alla spesa sanitaria ed i relativi importi vanno inseriti nel campo "importo ticket". Ne consegue che nel caso di prestazioni erogate a non residenti la suddetta quota viene sottratta all'importo da addebitare alle altre regioni come avviene già per gli altri importi ticket pagati da paziente.

Se al paziente che deve pagare una delle quote suddette vengono erogate prestazioni appartenenti a branche diverse, la quota fissa dovrà essere inserita soltanto su una delle impegnative, ma la stessa posizione ticket, 13, 14 o 15, dovrà essere ripetuta su tutte le altre impegnative (una impegnativa per ogni branca) dello stesso paziente.

Paziente esente ticket

Progressivo Riga	Codice Prestazione	Numero Prestazioni	Posizione Ticket	Importo Ticket (euro)	Importo Prestazione (euro)	Importo Totale (euro)
01	PRES_01	NUM_01	12	-	TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	12	-	TAR_02	IMP_02 ¹
99			12	TICK ²		IMP_TOT ³

¹ $IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x$

² TICK = 0,00

³ $IMP_TOT = somma\ di\ IMP_0x$

Paziente privato pagante

Progressivo Riga	Codice Prestazione	Numero Prestazioni	Posizione Ticket	Importo Ticket (euro)	Importo Prestazione (euro)	Importo Totale (euro)
01	PRES_01	NUM_01	14		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	14		TAR_02	IMP_02 ¹
99			14	TICK ²		IMP_TOT ³

¹ $IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x$

² TICK = somma di IMP_0x

³ $IMP_TOT = 0,00$

Paziente non esente ticket (paga un importo uguale a 25,00 euro)

Progressivo Riga	Codice Prestazione	Numero Prestazioni	Posizione Ticket	Importo Ticket (euro)	Importo Prestazione (euro)	Importo Totale (euro)
01	PRES_01	NUM_01	13		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	13		TAR_02	IMP_02 ¹
99			13	TICK ^{2,3}		IMP_TOT ^{2,3}

¹ $IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x$

² Se $(somma\ di\ IMP_0x) \leq 25,00 \rightarrow TICK = 25,00$ e $IMP_TOT = 0,00$

³ Se $(somma\ di\ IMP_0x) > 25,00 \rightarrow TICK = 25,00$ e $IMP_TOT = [(somma\ di\ IMP_0x) - 25,00]$

Paziente con riduzione ticket del 50% (paga un importo uguale a 12,50 euro)

Progressivo Riga	Codice Prestazione	Numero Prestazioni	Posizione Ticket	Importo Ticket	Importo Prestazione	Importo Totale (euro)
------------------	--------------------	--------------------	------------------	----------------	---------------------	-----------------------

				(euro)	(euro)	
01	PRES_01	NUM_01	15		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	15		TAR_02	IMP_02 ¹
99			15	TICK ^{2,3}		IMP_TOT ^{2,3}

¹ $IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x$

² Se $(somma\ di\ IMP_0x) \leq 12,50 \rightarrow TICK = 12,50$ e $IMP_TOT = 0,00$

³ Se $(somma\ di\ IMP_0x) > 12,50 \rightarrow TICK = 12,50$ e $IMP_TOT = [(somma\ di\ IMP_0x) - 12,50]$

14.3 PRESTAZIONI EROGATE IN OBI

Nel flusso della specialistica qualora sia stata rilevata una impegnativa riferita all'OBI deve esserci almeno una impegnativa riferita al Pronto Soccorso con lo stesso numero di identificativo dell'accesso (28. ID_ACC).

È necessario creare un'impegnativa fittizia con nella riga di dettaglio "1" e un codice prestazione uguale a "OBI60" di importo tariffa pari a 250 euro.

Nelle altre impegnative vengono rilevate le prestazioni erogate in OBI appartenenti a branche diverse.

Nel caso in cui il paziente ammesso in OBI sia stato codificato in accesso con un triage blu e non ricorrano cause di esenzione/esclusione, nel campo "importo ticket" della riga "99" dovrà essere inserito l'importo pari a 25,00 euro o 12,50 euro nel caso di figli a carico.

ALLEGATI

Allegato A: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI

Allegato B: CONTROLLI DELLA QUALITÀ DEI DATI

Allegato C: TRACCIATO RECORD SIAG PER L'OSSERVATORIO PER LA SALUTE

Allegato D: CODICI DELLE BRANCHE SPECIALISTICHE

Allegato E: CODICI DELLE DISCIPLINE

Allegato F: TIPOLOGIA ESENZIONE TICKET

Allegato G: CODICI ESENZIONE TICKET

Allegato H: PRESTAZIONI PAC CHIRURGICHE

Allegato I: PROCESSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI IN NEURO-PSICHIATRIA LIMITAMENTE AI DISTURBI DELL'AUTISMO (TIPO)

Allegato J: PROCESSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI IN NEURO-PSICHIATRIA LIMITAMENTE AI DISTURBI DELL'AUTISMO (CODICE)

Allegato K: PRESTAZIONI PAC NON CHIRURGICHE

Allegato L: PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (PPGLA) – VISITE SPECIALISTICHE

Allegato M: PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (PPGLA) – PRESTAZIONI STRUMENTALI

Allegato N: ELENCO NOTE E CORRISPONDENTI CONDIZIONI DI EROGABILITÀ/INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA

Allegato O: PATOLOGIE GENETICA

Allegato P: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELL'ECONOMIA E FINANZE (MEF)

ALLEGATO A: TRACCIATO RECORD PER L'INVIO DEI DATI

Legenda:

OBB V = Campo obbligatorio e vincolante

OBB = Campo obbligatorio in determinate circostanze

“vuoto” = Campo facoltativo

Tracciato 1 – Dati anagrafici

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
1	ASL_INVI	Comprensorio Sanitario Inviante	AN	3	1	3	OBB V	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico
2	NUM_IMP	Numero Prescrizione/Impegnativa	AN	16	4	19	OBB V	
3	ID_IMPEG	Identificativo Prescrizione/Impegnativa	AN	20	20	39	OBB V	
	Campo vuoto				40	49		
4	PROG_IMP	Progressivo Prescrizione/Impegnativa	AN	2	50	51	OBB V	
	Campo vuoto				52	100		
5	COGNOME	Cognome dell'assistito	AN	30	101	130	OBB V	
6	NOME	Nome dell'assistito	AN	20	131	150	OBB V	
7	NOMEA	Cognome acquisito dell'assistito	AN	30	151	180		
8	SESSO	Sesso dell'assistito	N	1	181	181	OBB V	1 = maschio 2 = femmina
9	DATA_NAS	Data di nascita dell'assistito	DATA	8	182	189	OBB V	Formato GGMMAAAA
10	COM_NASC	Comune di nascita dell'assistito	AN	6	190	195	OBB V	Codici ISTAT 999+codice Paese estero Comune sconosciuto: 999999 Nato all'estero e paese sconosciuto: 999998 Nato in Italia e comune sconosciuto: 999997

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
11	S_CIVILE	Stato civile dell'assistito	N	1	196	196		1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato
12	COM_RESI	Comune in cui il soggetto è residente	AN	6	197	202	OBB V	Codici ISTAT 999+codice Paese estero Comune sconosciuto: 999999 Residente all'estero e paese sconosciuto: 999998 Residente in Italia e comune sconosciuto: 999997
13	CITTADIN	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	203	205	OBB V	Codici Ministero Interni apolidi = 999 sconosciuta = 998 anonimo = 998
14	COD_SANI	Codice sanitario individuale	AN	20	206	225	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID è uguale a 2, 4, 9, Z Se compilato, verifica della presenza in banca dati anagrafica assistibili
15	REG_RESI	Regione in cui il soggetto è residente	AN	3	226	228	OBB V	Codici DM 17.09.1986 Se COM_RES = 999999 o 999998 o 999997 compilare 000

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
16	ASL_RESI	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito	AN	3	229	231		Se COM_RES = 021xxx, codificare 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico altrimenti Codici DM 17/09/86 999 = Estero Se COM_RES = 999997, 999998 o 999999 allora ASL_RES = 999
17	REG_ASS	Regione di appartenenza dell'ASL di assistenza	AN	3	232	234		Codici DM 17.09.1986
18	ASL_ASS	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria in cui è iscritto l'assistito	AN	3	235	237		Se COM_RES = 021xxx, codificare 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico altrimenti Codici DM 17.09.1986
19	TIPO_ID	Tipo identificativo assistito	AN	1	238	238	OBB V	1 = codice fiscale 2 = STP 3 = AA 4 = TEAM 9 = ENI Z = altro
20	COD_ID	Codice identificativo univoco dell'assistito	AN	20	239	258	OBB V	
21	N_TEAM	Numero identificazione TEAM dell'assistito	AN	20	259	278	OBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
22	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN	15	279	293	OBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
23	DEN_IST	Acronimo istituzione competente TEAM	AN	30	284	323		
24	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera TEAM	AN	2	324	325	OBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
25	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	4	326	329		E111 E106
26	DATA_SCAD	Data Scadenza TEAM	DATA	8	330	337	OBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4

Nota:

I campi con tracciato alfanumerico (AN) vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.

I campi con tracciato numerico (N) vanno sempre allineati a destra e riempiti con zero.

I campi data di questo archivio sono di tipo GGMMAAAA; se mancanti, valorizzati con spazio.

Le variabili evidenziate in verde sono definite variabili chiave per l'unione dei tracciati.

Tracciato 2 – Dati clinici

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
1	ASL_INVI	Comprensorio Sanitario Inviante	AN	3	1	3	OBB V	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico
2	NUM_IMP	Numero Prescrizione/Impegnativa	AN	16	4	19	OBB V	
3	ID_IMPEG	Identificativo Prescrizione/Impegnativa	AN	20	20	39	OBB V	
	Campo vuoto				40	49		
4	PROG_IMP	Progressivo Prescrizione/Impegnativa	AN	2	50	51	OBB V	
27	PRES_IMP	Presenza Impegnativa	AN	1	52	52	OBB V	0 = impegnativa SSP/SSN mancante 1 = presenza impegnativa SSP/SSN 2 = impegnativa NRE
28	ID_ACC	Identificativo Accesso PS	AN	16	53	68	OBB	Compilare se MOD_ACC = 1, 2, 11, 12,
29	TIPO_IMP	Tipologia di impegnativa	AN	2	69	70		EE = Assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale ND = Assistiti SASN con visita domiciliare NE = Assistiti da istituzioni estere NX = Assistiti SASN extraeuropeo ST = Straniero in temporaneo soggiorno
30	DATA_IMP	Data Prescrizione	DATA	8	71	78	OBB V	Formato GGMMAAAA
31	IMP_SUGG	Prescrizione suggerita da uno specialista	AN	1	79	79		S
32	PRI_PRES	Priorità della prestazione	AN	1	80	80		U = Urgente B = Breve D = Differibile P = Programmabile

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
33	MOD_ACC	Modalità di accesso	AN	2	81	82	OBB V	1 = pronto soccorso non seguito da ricovero 2 = paziente trattato in pronto soccorso seguito da ricovero 4 = accesso diretto 5 = specialistica con impegnativa 6 = prestazioni territoriali 8 = screening 9 = altro (ricetta specialistica interna, privati paganti, prestazioni di psicologi, ecc.) 10 = odontoiatrica 11 = OBI non seguito da ricovero 12 = OBI seguito da ricovero nello stesso o altro istituto 13 = pacchetti ambulatoriali chirurgici 14 = pacchetti ambulatoriali non chirurgici 15 = prestazioni domiciliari 16 = PMA 17 = NPIA

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
34	TIP_STRU	Tipologia di struttura	AN	1	83	83	OBB	Compilare se PROG IMP <> 99 1 = servizio, ambulatorio o poliambulatorio pubblico all'interno di un istituto di ricovero pubblico 2 = ambulatorio o servizi pubblico all'esterno di un istituto di ricovero sul ter- ritorio 3 = ambulatorio privato convenzionato all'interno di una struttura privata convenzionata 4 = ambulatorio privato convenzionato all'esterno di struttura privata con- venzionata
35		Campo vuoto	AN	9	84	92		
36	CO_STS11	Struttura erogatrice STS11	AN	6	93	98	OBB	Compilare se PROG IMP <> 99 Codici ministeriali STS.11
37	SPEC	Codice disciplina	AN	3	99	101	OBB	Compilare se COD_PRE = 89.7, 89.7x.x, 89.01, 89.01.x, 89.13, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 95.02 Verifica Allegato E
38	DIAG_SOS	Sospetto diagnostico	AN	5	102	106		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
39	D_PRENOT	Data Prenotazione	DATA	8	107	114	OBB	Compilare se PROG IMP <> 99 Formato GGMMAAAA

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
40	C_NOMENC	Codifica Nomenclatore	AN	3	115	117	OBB	Compilare se PROG IMP <> 99 N = prestazioni contenute nel nomenclatore tariffa- rio nazionale I = ulteriori prestazioni ag- giunte a livello provinciale N-A = accorpamenti di due o più prestazioni a livello nazionale I-A = accorpamenti di due o più prestazioni a livello provinciale S = prestazione PS25 o OBI60 F = prestazioni richieste fuori provincia
41		Campo vuoto	AN	5	118	122		
42	NUM_PRES	Numero di Prestazioni	N	3	123	125	OBB	Compilare se PROG IMP <> 99 N > 0
43	CICLO	Ciclo	AN	1	126	126	OBB V	0 = no 1 = si
44	D_CICLO	Data Inizio Ciclo	DATA	8	127	134	OBB	Compilare se PROG IMP <> 99 e CICLO = 1 Formato GGMMAAAA
45	DATA_ERO	Data Prestazione	DATA	8	135	142	OBB V	Formato GGMMAAAA
46	DIAG_REF	Diagnosi di Refertazione	AN	5	143	147		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
47	DATA_REF	Data Refertazione	DATA	8	148	155		Se compilato Formato GGMMAAAA
48	BRANCA	Codice Branca	AN	2	156	157	OBB V	Verifica Allegato D

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
49	REG_EROG	Regime di Erogazione	AN	1	158	158	OBB V	1 = prestazione totalmente o parzialmente a carico del SSN/SSP 2 = rimborso (terzo pagante) 3 = solvente 4 = altro 5 = privati paganti in PS con successivo ricovero, non tenuti al pagamento
50	POS_TICK	Posizione Ticket Assistito	AN	2	159	160	OBB V	2 = non esente (escluso PS) 5 = riduzione ticket 50% (escluso PS) 12 = esente/ticket non dovuto 13 = non esente prestazioni PS 14 = privato pagante 15 = riduzione ticket 50% prestazioni PS 16 = abbandono PS prima del trattamento
51	TP_ESENZ	Tipologia di esenzione	AN	1	161	161	OBB	Compilare se MOD_ACC <> 17 Verifica allegato F
52	CD_ESENZ	Esenzione	AN	6	162	167	OBB	Compilare se MOD_ACC <> 17 Verifica allegato G
53	IMP_TICK	Importo Ticket	N	7	168	174	OBB V	0,00 ≤ N ≤ 9999,99
54	IMP_TARI	Importo Tariffa	N	8	175	182	OBB V	0,00 ≤ N ≤ 99999,99
55	NOSOGRAF	Codice Nosografico Ricovero	AN	10	183	192	OBB	Compilare se MOD_ACC = 2, 12 Formato AAAAXXXXXX
56	CDC	Centro di Costo Provinciale	AN	20	193	212		Compilare se PROG IMP <> 99

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
57	TIPO_OPER	Tipo Operazione	AN	1	213	213	OBB V	I = inserimento V = variazione C = cancellazione
58	COD_RAG	Codice Raggruppamento	N	1	214	214	OBB V	0 = ricetta manuale 1 = ricetta informatizzata con biffatura campo "Stampa PC" e codice fiscale in barcode 2 = ricetta informatizzata con la sola biffatura del campo "Stampa PC"
59	CF_DISC	Codice Fiscale Discordante	AN	1	215	215		Se compilato D = discordante
60	ALTRO	Invio Dati oltre i termini previsti	AN	1	216	216		Se compilato 1 = invio variazione tardiva V = invio impegnative doppie W = invio impegnative sospese doppie
61	CDC_AS	Centro di Costo Aziendale	AN	10	217	226		
62	COD_TD	Codice TD	AN	7	227	233	OBB	Compilare se PROG IMP <> 99 e IMP_MADRE compilata Verifica Allegato J
63	IMP_MADRE	Prescrizione associata al codice NPI o NPA	AN	16	234	249	OBB	Compilare se PROG IMP <> 99 e COD_TD compilata
64	TIPO_ACCESO	Tipologia di Accesso	AN	1	250	250		Se compilato 0 = altra tipologia di accesso 1 = primo accesso

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
65	GARANZIA	Garanzia dei tempi massimi	AN	1	251	251		Se compilato 0 = utente che non rientra nella categoria precedente 1 = utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa
66	DIAGNOSI	Diagnosi/Sospetto diagnostico (testo libero)	AN	25	252	276		
67	COD_PRES	Codice Prestazione Erogata	AN	10	277	286	OBB	Compilare se PROG IMP <> 99 Codici Nomenclatore Provinciale
68	MOD_ERO	Modalità di erogazione della prestazione specialistica	AN	1	287	287		Se compilato A = ambulatorio D = domicilio T = telemedicina
69	PRESCRITTORE	Identificativo Medico Prescrittore	AN	16	288	303	OBB	Compilare se PRES_IMP = 1 o 2 (<i>sospeso</i>)
70	INVIO_DEMA	Prescrizioni dematerializzate da inviare	N	1	304	304		Se compilato Verifica PRES_IMP = 2 0 = no 1 = si
71	CICLO_SEDUTE	Numero massimo di sedute per ciclo indicate nella prescrizione	N	2	305	306		Compilare se PROG IMP <> 99 N > 0
72	CPP	Codice Prestazione Prescritta	AN	15	307	321		Compilare se PROG IMP <> 99 Codici Catalogo Provinciale Prescrivibile (nuovi codici LEA)
73	NUMERO_NOTA	Condizione di erogabilità ed indicazioni di appropriatezza prescrittiva	AN	3	322	324		Compilare se PROG IMP <> 99 Verifica Allegato N
74	CODICE_PAT	Codice della patologia diagnosticabile con le prestazioni di genetica	AN	5	325	329		Compilare se PROG IMP <> 99 Verifica Allegato O

Nota:

I campi con tracciato alfanumerico (AN) vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.
I campi con tracciato numerico (N) vanno sempre allineati a destra e riempiti con zero.
I campi data di questo archivio sono di tipo GGMMAAAA; se mancanti, valorizzati con spazio.
Le variabili evidenziate in verde sono definite variabili chiave per l'unione dei tracciati.

ALLEGATO B: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI

Legenda:

OBB V = Campo obbligatorio e vincolante

OBB = Campo obbligatorio in determinate circostanze

“vuoto” = Campo facoltativo

Nota:

DATA_ERO	DATA_IMP	DATA DI RIFERIMENTO PER I CONTROLLI
< 30.12.2024	< 30.12.2024	DATA_ERO
≥ 30.12.2024	< 30.12.2024 (obbligatoria)	DATA_IMP
≥ 30.12.2024	≥ 30.12.202 (obbligatoria)	DATA_IMP

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBLIGO	
1. ASL_INVI Comprensorio Sanitario Inviante	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
2. NUM_IMP Numero Prescrizione/Impegnativa	AN (16)	OBB V	Obbligatorietà Se PRES_IMP = 1 verifica che il NUM_IMP sia lungo 15 ed abbia il seguente formato: • caratteri 1-3 devono corrispondere ad un codice ISTAT della Regione o Provincia Autonoma (041 per Provincia di Bolzano); • caratteri 4-5 devono corrispondere ad un anno e deve essere ≤ anno in corso; • caratteri 6-14 devono corrispondere ad un numero; per le impegnative che iniziano con 041 verificare l'esistenza del numero nella banca dati delle prescrizioni (programma distribuzione ricettari); • carattere 15: deve corrispondere ad un valore numerico. Se PRES_IMP = 2 verifica che il NUM_IMP sia lungo 15 ed abbia il seguente formato: • caratteri 1-3 devono corrispondere ad un codice ISTAT della Regione o Provincia Autonoma (041 per Provincia di Bolzano); • caratteri 4-5 codice alfanumerico; • caratteri 6-15 codice numerico univoco dell'impegnativa. Se PRES_IMP = 0 verifica che il NUM_IMP sia lungo 15 ed abbia il seguente formato:

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			• caratteri 1-3: 999; • caratteri 4-5 devono corrispondere ad un anno e deve essere <= anno in corso; • caratteri 6: comprensorio sanitario inviante (1= Bolzano, 2= Merano, 3= Bressanone, 4= Brunico); • caratteri 7-14: numero progressivo univoco all'interno del comprensorio inviante; • carattere 15 = 0; Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
3. ID_IMPEG Identificativo Prescrizione/Impegnativa	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà Verifica che ID_IMP sia lungo 20 ed abbia il seguente formato: anno (4 cifre) + codice comprensorio (3 cifre) + numero progressivo interno del comprensorio (13 cifre) Verifica anno ≥ data di erogazione della riga con PROG_IMP = 99 Verifica codice comprensorio: 101, 102, 103, 104
4. PROG_IMP Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa	AN (2)	OBB V	Obbligatorietà Verifica che all'interno della stessa prescrizione ci sia una sola riga 99 Verifica che l'impegnativa contenga almeno una riga "99" ed una riga di dettaglio (PROG_IMP<>99)
5. COGNOME Cognome dell'assistito	AN (30)	OBB V	Obbligatorietà Verifica non presenza criteri non validi Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
6. NOME Nome dell'assistito	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà Verifica non presenza criteri non validi Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
7. NOMEA Cognome acquisito dell'assistito	AN (30)		Verifica congruità con SESSO = 2 Verifica non presenza criteri non validi Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
8. SESSO Sesso dell'assistito	N (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = maschio 2 = femmina Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
9. DATA_NAS Data di nascita dell'assistito	DATA (8)	OBB V	Obbligatorietà Verifica della correttezza della data nel formato ggmmaaaa DATA_NAS < data del sistema DATA_NAS ≤ DATA_IMP DATA_NAS ≤ D_PRENOT DATA_NAS < D_CICLO DATA_NAS ≤ DATA_EROG

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			DATA_NAS ≤ DATA_REF Se il campo di una delle date non obbligatorie è vuoto non controllare Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
10. COM_NASC Comune di nascita dell'assistito	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Se NOME = ANONIMO verifica presenza nei primi 3 caratteri di un codice delle province italiane (codici ISTAT) oppure codice "999". Se NOME <> ANONIMO e i primi tre caratteri sono <> "999", allora verifica l'esistenza del comune nell'elenco dei codici comuni italiani dell'ISTAT; Se NOME <> ANONIMO e i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per l'Italia "100"); Altri codici possibili: 999997 = se nato in Italia ma comune sconosciuto 999998 = se nato all'estero e paese sconosciuto 999999 = se manca qualsiasi informazione Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
11. S_CIVILE Stato civile dell'assistito	N (1)		Se compilato 1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato Verifica sempre stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
12. COM_RESI Comune in cui il soggetto è residente	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Se i primi tre caratteri <> "999" allora verifica l'esistenza del comune nell'elenco dei codici comuni italiani ISTAT Se i primi tre caratteri sono "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per l'Italia "100") Altri codici possibili: 999997 = se nato in Italia ma comune sconosciuto 999998 = se nato all'estero e paese sconosciuto 999999 = se manca qualsiasi informazione Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
13. CITTADIN Cittadinanza dell'assistito	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice nel Codice del Ministero degli Interni

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			998 = sconosciuta o anonimo 999 = apolidi Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
14. COD_SANI Codice sanitario individuale - Libretto	AN (16)	OBB	Se TIPO_ID = 2, 4, 9, Z Obbligatorietà Per gli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale il codice è rappresentato dal libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash (simbolo "/") escludendo le ultime due cifre che rappresentano la data di nascita. Se il paziente non è iscritto al Servizio Sanitario Provinciale e viene ricoverato presso un ospedale pubblico, il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche. Nel caso di pazienti che richiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, verrà generato un codice fittizio. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
15. REG_RESI Regione in cui il soggetto è residente	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (Ministero della Salute) o sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni DM 17.09.1986). Se regione italiana verifica congruenza con il comune di residenza Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES=999999 o 999998 o 999997) verifica REG_RESI=000 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
16. ASL_RESI Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito	AN (3)		Se compilato Se COM_RES = 021xxx allora 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Altrimenti esistenza del codice regione sull'elenco delle regioni definito dal DM 17.09.1986 e successive modifiche Per i residenti all'estero inserire il codice 999 Se COM_RES = 999997, 999998 o 999999 allora ASL_RES = 999 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
17. REG_ASS Regione di appartenenza dell'ASL di assistenza	AN (3)		Se compilato, verifica esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (Ministero della Salute) o sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni DM 17.09.1986). Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
18. ASL_ASS Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria in cui è iscritto l'assistito	AN (3)		Se compilato: Se COM_RES = 021xxx allora 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Altrimenti esistenza del codice regione sull'elenco delle regioni definito dal DM 17.09.1986 e successive modifiche Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
19. TIPO_ID Tipo identificativo assistito	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = codice fiscale 2 = STP (Straniero Temporaneamente Presente) 3 = AA (Anonimo) 4 = TEAM (Codice personale della TEAM) 9 = ENI (Cittadino UE indigente con attestato ENI) Z = Altro Se TIPO_ID= 9 allora verifica CD_ESENZ <> E01, E02, E03, E04, E21, E22, X01, E99 Se TIPO_ID = 4 allora verifica REG_EROG = 1 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
20. COD_ID Codice identificativo univoco dell'assistito	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà Se TIPO_ID=1 ✓ COD_ID deve essere di lunghezza 16 (alfanumerico) oppure lunghezza 11 (numerico); ✓ deve essere presente nella anagrafica BDPA (CF) Se TIPO_ID = 2 ✓ COD_ID deve essere di lunghezza 16 ✓ Formato codice = STP (3) + codice regione (3) + codice ASL (3) + progressivo (7) Se TIPO_ID = 3 ✓ COD_ID deve essere di lunghezza tra 16 e 20 ✓ NOME e COGNOME = "ANONIMO" ✓ DATA_NAS = 0101AAAA ✓ CITTADIN = 998 ✓ COM_NASC = verifica presenza nei primi 3 caratteri di un codice delle province italiane (codici ISTAT) oppure codice 999 ✓ REG_RESI = compilato ✓ deve contenere uno dei seguenti codici:

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			○ Codice CF ○ Codice STP Formato codice = STP (3) + codice regione (3) + codice ASL (3) + progressivo (7) ○ Codice ENI formato codice = ENI (3) + codice regione (3) + codice ASL (3) + progressivo (7) ○ Codice Anonimo = 20X ○ Codice TEAM = N_TEAM Se TIPO_ID = 4 ✓ Compilare il campo N_TEAM Se TIPO_ID = 9 ✓ COD_ID deve essere di lunghezza 16 ✓ Formato codice = ENI (3) + codice regione (3) + codice ASL (3) + progressivo (7) Se TIPO_ID = Z ✓ COD_ID deve essere formato da 20X Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
21. N_TEAM Numero identificazione TEAM dell'assistito	AN (20)	OBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà Inserire il campo nr. 6 della TEAM Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
22. COD_IST Codice istituzione competente TEAM	AN (15)	OBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà Inserire il campo nr. 8 della TEAM Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
23. DEN_IST Acronimo istituzione competente TEAM	AN (30)		Se compilato Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
24. ST_ESTERO Stato che rilascia la tessera TEAM	AN (2)	OBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
25. TIPO_TEAM Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN (4)		Se TIPO_ID = 4 E111 o E106 Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
26. DATA_SCAD	DATA	OBB	Se TIPO_ID = 4

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
Data Scadenza TEAM	(8)		Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA DATA_SCAD ≤ 31.12.2099 DATA_SCAD > DATA_NAS DATA_SCAD ≥ DATA_IMP (se compilato) DATA_SCAD ≥ D_PRENOT (se compilato) DATA_SCAD ≥ D_CICLO (se compilato) DATA_SCAD ≥ DATA_ERO (se compilato) Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
27. PRES_IMP Presenza Impegnativa	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 0 = impegnativa SSP/SSN mancante 1 = presenza impegnativa SSP/SSN 2 = impegnativa NRE Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
28. ID_ACC Identificativo Accesso Pronto Soccorso	AN (16)	OBB	Se MOD_ACC = 1, 2, 11, 12 Obbligatorietà Verifica composizione AAAA(4) + ISTITUTO(6) + Progressivo(6) Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
29. TIPO_IMP Tipologia di impegnativa	AN (2)		Se compilato EE = Assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale ND = Assistiti SASN con visita domiciliare NE = Assistiti da istituzioni estere NX = Assistiti SASN extraeuropee ST = Straniero in temporaneo soggiorno Se TIPO_ID = 4 verifica che TIPO_IMP contenga il valore UE Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
30. DATA_IMP Data Prescrizione	DATA (8)	OBB V	Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA DATA_IMP < data del sistema DATA_IMP ≥ DATA_NAS DATA_IMP ≤ D_CICLO (se compilato) DATA_IMP ≤ DATA_ERO

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			DATA_IMP ≤ DATA_REF (se compilato) DATA_IMP ≤ DATA_SCAD (se compilato) Se DATA_IMP < 30.12.2024 allora DATA_ERO ≤ 30.12.2025 Se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 allora D_PRENOT ≤ DATA_IMP + 180 Se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 allora BRANCA <> 60 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
31. IMP_SUGG Prescrizione suggerita da uno specialista	AN (1)		Se compilato S
32. PRI_PRES Priorità della prestazione	AN (1)		Se compilato U (Urgente) = entro 24 ore B (Breve) = entro 10 giorni D (Differibile) = entro 30 giorni (per le visite specialistiche), entro 60 giorni (per le prestazioni strumentali) P (Programmata): entro 120 giorni Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
33. MOD_ACC Modalità di accesso	AN (2)	OBB V	Obbligatorietà Se MOD_ACC = 1 ✓ ID_ACC compilato ✓ POS_TICK <> 2 o 5 ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR Se MOD_ACC = 2 ✓ ID_ACC e NOSOGRAF compilato ✓ POS_TICK = 12 ✓ CD_ESENZ = TR Se MOD_ACC = 4 ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX Se MOD_ACC = 5 ✓ PRES_IMP = 1 o 2; ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX Se MOD_ACC = 6 ✓ verifica che nell'impegnativa sia presente almeno una prestazione che appartiene alle prestazioni "TD" o "TD-S" o "TD-PCT" ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			Se MOD_ACC = 8 ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX Se MOD_ACC = 9 ✓ PRES_IMP = 0 ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX Se MOD_ACC = 10 ✓ POS_TICK = 5 o 12 o 14 ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX Se MOD_ACC = 11 ✓ ID_ACC compilato ✓ POS_TICK = 12 o 13 o 14 o 15 ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR Se MOD_ACC = 12 ✓ ID_ACC e NOSOGRAF compilato ✓ POS_TICK = 12 ✓ CD_ESENZ = TR Se MOD_ACC = 13 ✓ PRES_IMP = 1 o 2 ✓ POS_TICK = 2 o 5 o 12 o 14 ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX ✓ verifica COD_PRES (nella riga con PROG_IMP <> 99) comprese nell'elenco dell'Allegato H Se MOD_ACC = 14 ✓ PRES_IMP = 1 o 2 ✓ POS_TICK = 2 o 5 o 12 o 14 ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX ✓ verifica COD_PRES (nella riga con PROG_IMP <> 99) comprese nell'elenco dell'Allegato K Se MOD_ACC = 15 ✓ PRES_IMP = 1 o 2 ✓ se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX Se MOD_ACC = 16 ✓ PRES_IMP = 0 ✓ POS_TICK = 12 o 14 ✓ Se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX ✓ Se POS_TICK = 14 verifica che CD_ESENZ = TN ✓ verifica COD_PRES (nella riga con PROG_IMP <> 99) appartiene alle prestazioni "V"

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			Se MOD_ACC = 17 ✓ PRES_IMP = 0 ✓ POS_TICK = 12 ✓ Se POS_TICK = 12 verifica che CD_ESENZ <> TR o TX (se compilato) ✓ verifica COD_PRES (nella riga con PROG_IMP <> 99) = 870.xxx
34. TIP_STRU Tipologia di struttura	AN (1)	OBB	Se PROG_IMP <> 99 Obbligatorietà Se TIP_STRU = 1 o 2 ✓ verifica CDC (se compilato) sia compreso nell'elenco delle strutture pubbliche Se TIP_STRU = 3 o 4 ✓ verifica CDC (se compilato) sia compreso nell'elenco delle strutture private
35.	AN (9)		Campo vuoto
36. CO_STS11 Struttura erogatrice STS11	AN (6)	OBB	Se PROG_IMP <> 99 Obbligatorietà Esistenza nell'elenco dei codici STS.11
37. SPEC Codice Disciplina	AN (3)	OBB	Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO < 30.12.2024 (vecchi codici LEA) Se COD_PRES = 89.7 o 89.01 o 89.13 o 89.26 o 95.02 Obbligatorietà Verifica valore compreso in Allegato E eccetto il codice "000" Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (regime transitorio) Se COD_PRES = 89.7 o 89.01 o 89.13 o 89.26 o 95.02 Obbligatorietà Verifica valore compreso in Allegato E eccetto il codice "000" Se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (nuovi codici LEA) Se COD_PRES = 89.7 o 89.7x.x o 89.01 o 89.01.x o 89.13 o 89.26.1 o 89.26.2 o 89.26.3 o 89.26.4 o 95.02 Obbligatorietà Verifica valore compreso in Allegato E eccetto il codice "000"
38. DIAG_SOS Sospetto diagnostico	AN (5)		Se compilato Verifica Codice ICD9-CM

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
39. D_PRENOT Data di prenotazione	DATA (8)	OBB	Se PROG_IMP <> 99 Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA D_PRENOT < data del sistema D_PRENOT ≥ DATA_NAS D_PRENOT ≤ D_CICLO (se compilato) D_PRENOT ≤ DATA_ERO D_PRENOT ≤ DATA_REF (se compilato) D_PRENOT ≤ DATA_SCAD (se compilato) Se DATA_IMP ≤ 30.12.2024 allora DATA_ERO ≤ 30.06.2024
40. C_NOMENC Codifica nomenclatore	AN (3)	OBB	Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO < 30.12.2024 (vecchi codici LEA) Se PROG_IMP <> 99 Obbligatorietà N = prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario nazionale I = ulteriori prestazioni aggiunte a livello provinciale A = accorpamenti di due o più prestazioni a livello provinciale S = prestazioni PS25 o OBI60 F = prestazioni richieste fuori provincia Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (regime transitorio) Se PROG_IMP <> 99 Obbligatorietà N = prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario nazionale I = ulteriori prestazioni aggiunte a livello provinciale A = accorpamenti di due o più prestazioni a livello provinciale S = prestazioni PS25 o OBI60 F = prestazioni richieste fuori provincia Se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (nuovi codici LEA) N = prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario nazionale I = ulteriori prestazioni aggiunte a livello provinciale N-A = accorpamenti di due o più prestazioni a livello nazionale I-A = accorpamenti di due o più prestazioni a livello provinciale S = prestazioni PS25 o OBI60

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			F = prestazioni richieste fuori provincia
41.	AN (5)		Campo vuoto
42. NUM_PRES Numero di Prestazioni	N (3)	OBB	Se PROG_IMP <> 99 Obbligatorietà Verifica che NUM_PRES <> campo vuoto e <> '000' Se CICLO = 0 e COD_PRES = 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.48.4 o 91.48.5, allora la SOMMA dei NUM_PRES per impegnativa DEVE essere un valore compreso tra 1 e 16 ($\sum(\text{NUM_PRES})$ tra 1 e 16) Se CICLO = 0 e il COD_PRES non rientra tra quelli sopra elencati allora la SOMMA dei NUM_PRES per Impegnativa DEVE essere un valore compreso tra 1 e 8 ($\sum(\text{NUM_PRES})$ tra 1 e 8) Se CICLO = 1 allora la SOMMA dei NUM_PRES per impegnativa DEVE essere un valore compreso tra 1 e 60 ($\sum(\text{NUM_PRES})$)
43. CICLO Ciclo	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 0 = prestazione singola, non compresa in un ciclo 1 = prestazione compresa in un ciclo Se CICLO = 1 e C_NOMENC <> F verifica presenza della prestazione nella tabella di dominio delle prestazioni erogabili in ciclo e NUM_PRES $\geq$ 1 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
44. D_CICLO Data Inizio Ciclo	DATA (8)	OBB	Se PROG_IMP <> 99 e CICLO = 1 Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA D_CICLO < data del sistema D_CICLO > DATA_NAS D_CICLO $\geq$ DATA_IMP (se compilato) D_CICLO $\geq$ D_PRENOT D_CICLO $\leq$ DATA_ERO D_CICLO $\leq$ DATA_REF (se compilato) D_CICLO $\leq$ DATA_SCAD (se compilato)
45. DATA_ERO Data Prestazione	DATA (8)	OBB V	Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA Se PROG_IMP <> 99 ✓ DATA_ERO < data del sistema ✓ DATA_ERO $\geq$ DATA_NAS ✓ DATA_ERO $\geq$ DATA_IMP (se compilato) ✓ DATA_ERO $\geq$ D_PRENOT

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			✓ DATA_ERO ≥ D_CICLO (se compilato) ✓ DATA_ERO ≤ DATA_REF (se compilato) ✓ DATA_ERO ≤ DATA_SCAD (se compilato) Se PROG_IMP = 99 ✓ DATA_ERO ≥ DATA_ERO delle righe di dettaglio (PROG_IMP <> 99) ✓ DATA_ERO ≤ data del sistema. Se DATA_IMP ≤ 30.12.2024 allora DATA_ERO ≤ 31.12.2025
46. DIAG_REF Diagnosi di Refertazione	AN (5)		Se compilato Verifica Codice ICD9-CM
47. DATA_REF Data di Refertazione	DATA (8)		Se compilato Verifica formato GGMMAAAA DATA_REF < data del sistema DATA_REF > DATA_NAS DATA_REF ≥ DATA_IMP (se compilato) DATA_REF ≥ D_PRENOT (se compilato) DATA_REF ≥ D_CICLO (se compilato) DATA_REF ≥ DATA_ERO DATA_REF ≤ DATA_SCAD (se compilato)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
48. BRANCA Codice Branca	AN (2)	OBB V	Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO < 30.12.2024 (vecchi codici LEA) Obbligatorietà Valore compreso nella tabella delle branche (Allegato D) Se PROG_IMP <> 99 e C_NOMENC <> F verificare che la branca contenga il codice di prestazione indicato nel campo COD_PRES. Se BRANCA = 51 allora verifica POS_TICK = 16 e COD_PRES (nella riga PROG_IMP = 01) = PS25 e MOD_ACC = 1 Se BRANCA = 60 allora verifica POS_TICK = 12 o 13 o 14 o 15 e COD_PRES (nella riga PROG_IMP = 01) = OBI60 e MOD_ACC = 11 o 12 Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (regime transitorio) Obbligatorietà Valore compreso nella tabella delle branche (Allegato D) Se PROG_IMP <> 99 e C_NOMENC <> F verificare che la branca contenga il codice di prestazione indicato nel campo COD_PRES. Se BRANCA = 51 allora verifica POS_TICK = 16 e COD_PRES (nella riga PROG_IMP = 01) = PS25 e MOD_ACC = 1 Se BRANCA = 60 allora verifica POS_TICK = 12 o 13 o 14 o 15 e COD_PRES (nella riga PROG_IMP = 01) = OBI60 e MOD_ACC = 11 o 12 Se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (nuovi codici LEA) Obbligatorietà Valore compreso nella tabella delle branche (Allegato D) Se PROG_IMP <> 99 e C_NOMENC <> F verificare che la branca contenga il codice di prestazione indicato nel campo COD_PRES. Se BRANCA = 51 allora verifica POS_TICK = 16 e COD_PRES (nella riga PROG_IMP = 01) = PS25 e MOD_ACC = 1 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
49. REG_EROG Regime di Erogazione	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = prestazione totalmente o parzialmente a carico del SSN/SSP 2 = rimborso (terzo pagante) 3 = solvente 4 = altro 5 = privati paganti in PS con successivo ricovero, non tenuti al pagamento Se REG_EROG = 1 allora POS_TICK = 2, 5, 12, 13, 15, 16.

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			Se REG_EROG = 2 o 3 allora POS_TICK = 14 e CD_ESENZ = TN Se REG_EROG = 5 allora MOD_ACC = 2, 12 e POS_TICK = 12 e CD_ESENZ = TR Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
50. POS_TICK Posizione Ticket Assistito	AN (2)	OBB V	Obbligatorietà 2 = non esente (escluso PS) 5 = riduzione ticket 50% (escluso PS) 12 = esente/ticket non dovuto 13 = non esente prestazioni PS/OBI 14 = privato pagante 15 = riduzione ticket 50% prestazioni PS/OBI 16 = abbandono PS prima dell'accesso alle aree di trattamento Se POS_TICK = 5, 15 verifica CD_ESENZ = E22 Se POS_TICK = 2, 13, 14 verifica CD_ESENZ = TN Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
51. TP_ESENZ Tipologia Esenzione	AN (1)	OBB	Se MOD_ACC <> 17 Obbligatorietà Se TP_ESENZ = R, A o P o POS_TICK = 5 o 12 o 15 o 16 Se TP_ESENZ = C e MOD_ACC = 1, 2, 11, 12 o POS_TICK = 12 o 15 o 16 Se TP_ESENZ = C e MOD_ACC <> 1, 2, 11, 12 o POS_TICK = 5 o 12 Se TP_ESENZ = N e MOD_ACC <> 1, 2, 11, 12 o POS_TICK = 2, 14 Se TP_ESENZ = N e MOD_ACC = 1, 2, 11, 12 o POS_TICK = 13, 14, 16 Se TP_ESENZ = X o POS_TICK = 12 o 16 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
52. CD_ESENZ Esenzione	AN (6)	OBB	Se MOD_ACC <> 17 Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO < 30.12.2024 (vecchi codici LEA) Obbligatorietà Controllo solo per PROG_IMP = 99 Valore compreso nella tabella codici esenzioni (Allegato G) alla data di erogazione (data di riferimento DATA_ERO alla riga 99), tranne CD_ESENZ = E21 Se CD_ESENZ = E21 verifica DATA_IMP ≤ 14.07.2020 (se compilata), altrimenti DATA_ERO ≤

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			14.07.2020 Se CD_ESENZ = CP, COD_PRES = 93.03 e POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = TR o TX, verifica che POS_TICK = 12 o 16 Se CD_ESENZ = TD verifica che l'impegnativa contenga nelle righe con PROG_IMP <> 99 solo prestazioni con sigla "TD" o "TD-S" e che POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = E22, verifica POS_TICK = 5, 15 Se CD_ESENZ = X01 verifica TIPO_ID = 2 e POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = COV o CV2123 verifica POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = TEL verifica POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = E10 o E11 o E12 verifica che POS_TICK = 12 o 16 Se CD_ESENZ = D01 verifica che MOD_ACC = 8 Se CD_ESENZ = D02 o D03 o D04 verifica che PRES_IMP <> 0 Se CD_ESENZ = D05 verifica che NUM_IMP = 041xxxxxxxxxxxxx Se MOD_ACC <> 17 Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (regime transitorio) Obbligatorietà Controllo solo per PROG_IMP = 99 Valore compreso nella tabella codici esenzioni (Allegato G) alla data di erogazione (data di riferimento DATA_ERO alla riga 99), tranne CD_ESENZ = E21 Se CD_ESENZ = E21 verifica DATA_IMP ≤ 14.07.2020 (se compilata), altrimenti DATA_ERO ≤ 14.07.2020 Se CD_ESENZ = CP, COD_PRES = 93.03 e POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = TR o TX, verifica che POS_TICK = 12 o 16 Se CD_ESENZ = TD verifica che l'impegnativa contenga nelle righe con PROG_IMP <> 99 solo prestazioni con sigla "TD" o "TD-S" e che POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = E22, verifica POS_TICK = 5, 15 Se CD_ESENZ = X01 verifica TIPO_ID = 2 e POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = COV o CV2123 verifica POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = TEL verifica POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = E10 o E11 o E12 verifica che POS_TICK = 12 o 16 Se CD_ESENZ = D01 verifica che MOD_ACC = 8 Se CD_ESENZ = D02 o D03 o D04 verifica che PRES_IMP <> 0 Se CD_ESENZ = D05 verifica che NUM_IMP = 041xxxxxxxxxxxxx

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			Se MOD_ACC <> 17 Se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (nuovi codici LEA) Obbligatorietà Controllo solo per PROG_IMP = 99 Valore compreso nella tabella codici esenzioni (Allegato G) alla data di erogazione (data di riferimento DATA_ERO alla riga 99), tranne CD_ESENZ = E21 Se CD_ESENZ = E21 verifica DATA_IMP ≤ 14.07.2020 (se compilata), altrimenti DATA_ERO ≤ 14.07.2020 Se CD_ESENZ = CP, DATA_IMP ≥ 18.03.2025 e COD_PRES = 93.03 o 93.03.2 e POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = TR o TX, verifica che POS_TICK = 12 o 16 Se CD_ESENZ = TD verifica che l'impegnativa contenga nelle righe con PROG_IMP <> 99 solo prestazioni con sigla "TD" o "TD-S" e che POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = E22, verifica POS_TICK = 5, 15 Se CD_ESENZ = X01 verifica TIPO_ID = 2 e POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = COV o CV2123 verifica POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = TEL verifica POS_TICK = 12 Se CD_ESENZ = E10 o E11 o E12 verifica che POS_TICK = 12 o 16 Se CD_ESENZ = D01 verifica che MOD_ACC = 8 Se CD_ESENZ = D02 o D03 o D04 verifica che PRES_IMP <> 0 Se CD_ESENZ = D05 verifica che NUM_IMP = 041xxxxxxxxxxxxx Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
53. IMP_TICK Importo Ticket	N (7)		Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO < 30.12.2024 (vecchi codici LEA) Obbligatorietà 0,00 ≤ N ≤ 9999,99 Se PROG_IMP <> 99 ✓ IMP_TICK = 0,00. Se PROG_IMP = 99 e MOD_ACC <> 10 ✓ Se POS_TICK = 2 ○ se Σ(somma) imp_tari delle righe <> 99 ≥ 36,15 allora IMP_TICK = 36,15 ○ altrimenti 0,00 ≤ IMP_TICK < 36,15 ✓ Se POS_TICK = 5 ○ se Σ(somma) imp_tari delle righe <> 99 ≥ 36,15 allora IMP_TICK = 18,08 ○ altrimenti 0,00 ≤ IMP_TICK < 18,08

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			✓ Se POS_TICK = 12 ○ IMP_TICK = 0,00 ✓ Se POS_TICK = 13 ○ IMP_TICK = 25,00 ✓ Se POS_TICK = 14 ○ IMP_TICK = $\sum(\text{somma})$ imp_tari delle righe <> 99 ✓ Se POS_TICK = 15 ○ IMP_TICK = 12,50 Se PROG_IMP = 99 e BRANCA = 51 ✓ Se POS_TICK = 16 ○ IMP_TICK = 0,00 o 12,50 o 25,00 Euro ○ IMP_TARI = 0,00 Se PROG_IMP = 99 e BRANCA = 60 ✓ Se POS_TICK = 14 ○ IMP_TICK = 250,00 Euro (OBI) ✓ Se POS_TICK <> 14 ○ IMP_TICK = 0,00 o 12,50 o 25,00 Euro Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (regime transitorio) Obbligatorietà $0,00 \leq N \leq 9999,99$ Se PROG_IMP <> 99 ✓ IMP_TICK = 0,00. Se PROG_IMP = 99 e MOD_ACC <> 10 ✓ Se POS_TICK = 2 ○ se $\sum(\text{somma})$ imp_tari delle righe <> 99 ≥ 36,15 allora IMP_TICK = 36,15 ○ altrimenti $0,00 \leq \text{IMP_TICK} < 36,15$ ✓ Se POS_TICK = 5 ○ se $\sum(\text{somma})$ imp_tari delle righe <> 99 ≥ 36,15 allora IMP_TICK = 18,08 ○ altrimenti $0,00 \leq \text{IMP_TICK} < 18,08$ ✓ Se POS_TICK = 12 ○ IMP_TICK = 0,00 ✓ Se POS_TICK = 13 ○ IMP_TICK = 25,00 ✓ Se POS_TICK = 14 ○ IMP_TICK = $\sum(\text{somma})$ imp_tari delle righe <> 99

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			✓ Se POS_TICK = 15 ○ IMP_TICK = 12,50 - Se PROG_IMP = 99 e BRANCA = 51 ✓ Se POS_TICK = 16 ○ IMP_TICK = 0,00 o 12,50 o 25,00 Euro ○ IMP_TARI = 0,00 - Se PROG_IMP = 99 e BRANCA = 60 ✓ Se POS_TICK = 14 ○ IMP_TICK = 250,00 Euro (OBI) ✓ Se POS_TICK <> 14 ○ IMP_TICK = 0,00 o 12,50 o 25,00 Euro Se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (nuovi codici LEA) Obbligatorietà 0,00 ≤ N ≤ 9999,99 Se PROG_IMP <> 99 ✓ IMP_TICK = 0,00. Se PROG_IMP = 99 e MOD_ACC <> 10 ✓ Se POS_TICK = 2 ○ se $\sum(\text{somma}) \text{ imp_tari}$ delle righe <> 99 ≥ 36,15 allora IMP_TICK = 36,15 ○ altrimenti 0,00 ≤ IMP_TICK < 36,15 ✓ Se POS_TICK = 5 ○ se $\sum(\text{somma}) \text{ imp_tari}$ delle righe <> 99 ≥ 36,15 allora IMP_TICK = 18,08 ○ altrimenti 0,00 ≤ IMP_TICK < 18,08 ✓ Se POS_TICK = 12 ○ IMP_TICK = 0,00 ✓ Se POS_TICK = 13 ○ IMP_TICK = 25,00 ✓ Se POS_TICK = 14 ○ IMP_TICK = $\sum(\text{somma}) \text{ imp_tari}$ delle righe <> 99 ✓ Se POS_TICK = 15 ○ IMP_TICK = 12,50 Se PROG_IMP = 99 e BRANCA = 51 ✓ Se POS_TICK = 16 ○ IMP_TICK = 0,00 o 12,50 o 25,00 Euro ○ IMP_TARI = 0,00

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
54. IMP_TARI Importo Tariffa	N (8)	OBB V	Obbligatorietà $0,00 \leq N \leq 99999,99$ Se PROG_IMP <> 99 e C_NOMENC <> F ✓ IMP_TARI = (Importo tariffario della prestazione secondo nomenclatore provinciale) x NUM_PRES ✓ Se PROG_IMP <> 99 e MOD_ACC = 10 e POS_TICK = 12 e CD_ESENZ <> TR o TX ✓ IMP_TARI = (Importo sperimentazione) x NUM_PRES (controllo sospeso) Nella riga PROG_IMP = 99: ✓ $IMP_TARI = \sum (\text{somma imp_tari delle righe } <> 99) - (IMP_TICK \text{ della riga } 99)$. Se tale somma risulta negativa (< 0) allora deve essere posta uguale a zero
55. NOSOGRAF Codice Nosografico Ricovero	AN (10)	OBB	Se MOD_ACC = 2 o 12 Obbligatorietà Se compilato deve contenere i seguenti valori: - i caratteri 1-4 devono corrispondere ad un anno e deve essere $\leq$ anno dell'ID_IMP (1-4) - i caratteri 5-10 devono corrispondere ad un numero La lunghezza deve essere pari a 10 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
56. CDC Centro di Costo Provinciale	AN (20)		Se PROG_IMP <> 99 Se compilato: Verifica presenza nel piano dei centri di costo ai sensi della deliberazione della G.P n.1193 del 11.04.2005 e successive modifiche. Carattere separatore '-' tra un livello e il successivo
57. TIPO_OPER Tipo Operazione	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà I = inserimento V = variazione C = cancellazione
58. COD_RAG Codice Raggruppamento	N (1)	OBB V	Obbligatorietà 0 = ricetta manuale 1 = ricetta informatizzata con biffatura campo "Stampa PC" e codice fiscale in barcode 2 = ricetta informatizzata con la sola biffatura del campo "Stampa PC"
59. CF_DISC Codice Fiscale Discordante	AN (1)		Se compilato D

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
60. ALTRO Invio Dati oltre i termini previsti	AN (1)		Se compilato 1 = invio variazione tardiva V = invio impegnative doppie W = invio impegnative sospese doppie Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
61. CDC_AS Centro di Costo Aziendale	AN (10)		Se compilato verifica valore compreso nella tabella di dominio dei CDC dell'azienda sanitaria
62. COD_TD Codice TD	AN (7)	OBB	Se PROG_IMP <> 99 e IMP_MADRE non vuoto Obbligatorietà Verifica Allegato J
63. IMP_MADRE Numero Prescrizione associato al codice NPI o NPA	AN (16)	OBB	Se PROG_IMP <> 99 e COD_TD non vuoto Obbligatorietà
64. TIPO_ACCESSO Tipologia di Accesso	AN (1)		Se compilato 0 = altra tipologia di accesso 1 = primo accesso Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
65. GARANZIA Garanzia dei tempi massimi	AN (1)		Se compilato 0 = utente che non rientra nella categoria precedente 1 = utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
66. DIAGNOSI Diagnosi/Sospetto diagnostico (testo libero)	AN (25)		
67. COD_PRES Codice della Prestazione Erogata	AN (10)	OBB	Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO < 30.12.2024 (vecchi codici LEA) Se PROG_IMP <> 99 Obbligatorietà Se C_NOMENC <> F verifica valore compreso nel tariffario provinciale e corrispondenza della codifica NOMENCLATORE Se la prestazione appartiene alle prestazioni "V" ✓ POS_TICK = 12 o 14 Se la prestazione appartiene alle prestazioni "TD" o "TD-S" ✓ POS_TICK = 12

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			✓ MOD_ACC = 6 Se la prestazione appartiene alle prestazioni "TD-PCT" ✓ PRES_IMP = 1 o 2 ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6 Se COD_PRES = OBI60 ✓ BRANCA = 60 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ MOD_ACC = 11 o 12 Se COD_PRES = PS25 ✓ BRANCA = 51 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ MOD_ACC = 1 ✓ POS_TICK = 16 Se COD_PRES = 93.31.1, 93.31.2, 93.39.4, 93.39.5, 93.39.9 o 99.99.1 e COM_RES <> "021xxx" e MOD_ACC <> 2 o 12 ✓ POS_TICK = 14 ✓ CD_ESENZ = TN Se la prestazione appartiene alle prestazioni PAC chirurgiche (vedi Allegato H) ✓ MOD_ACC = 13 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 o 2 ✓ PROG_IMP = 01 Se la prestazione appartiene alle prestazioni PAC non chirurgiche (vedi Allegato K) ✓ COD_PRES in tutte le righe di dettaglio ✓ MOD_ACC = 14 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 o 2 Se COD_PRES = E.89.01, E.94.09, E.94.12.1, E.94.3, E.94.42, E.93.01.5, E.93.11.I): ✓ POS_TICK = 12; ✓ CD_ESENZ = TEL o COV o CV2123 (controllo sospeso) Se COD_PRES = 2010, 2011, 89.26.C o 69.9210 ✓ POS_TICK = 14 Se DATA_IMP < 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (regime transitorio)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			Se PROG_IMP <> 99 Obbligatorietà Se C_NOMENC <> F verifica valore compreso nel tariffario provinciale e corrispondenza della codifica NOMENCLATORE Se la prestazione appartiene alle prestazioni "V" ✓ POS_TICK = 12 o 14 Se la prestazione appartiene alle prestazioni "TD" o "TD-S" ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6 Se la prestazione appartiene alle prestazioni "TD-PCT" ✓ PRES_IMP = 1 o 2 ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6 Se COD_PRES = OBI60 ✓ BRANCA = 60 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ MOD_ACC = 11 o 12 Se COD_PRES = PS25 ✓ BRANCA = 51 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ MOD_ACC = 1 ✓ POS_TICK = 16 Se COD_PRES = 93.31.1, 93.31.2, 93.39.4, 93.39.5, 93.39.9 o 99.99.1 e COM_RES <> "021xxx" e MOD_ACC <> 2 o 12 ✓ POS_TICK = 14 ✓ CD_ESENZ = TN Se la prestazione appartiene alle prestazioni PAC chirurgiche (vedi Allegato H) ✓ MOD_ACC = 13 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 o 2 ✓ PROG_IMP = 01 Se la prestazione appartiene alle prestazioni PAC non chirurgiche (vedi Allegato K) ✓ COD_PRES in tutte le righe di dettaglio ✓ MOD_ACC = 14 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 o 2

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			Se COD_PRES = 2010, 2011, 89.26.C o 69.9210 ✓ POS_TICK = 14 Se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (nuovi codici LEA) Se PROG_IMP <> 99 Obbligatorietà Se C_NOMENC <> F verifica valore compreso nel tariffario provinciale e corrispondenza della codifica NOMENCLATORE Se la prestazione appartiene alle prestazioni "V" ✓ POS_TICK = 12 o 14 Se la prestazione appartiene alle prestazioni "TD" o "TD-S" ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6 Se la prestazione appartiene alle prestazioni "TD-PCT" ✓ PRES_IMP = 1 o 2 ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6 Se COD_PRES = OBI60 ✓ BRANCA = 26 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ MOD_ACC = 11 o 12 Se COD_PRES = PS25 ✓ BRANCA = 51 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ MOD_ACC = 1 ✓ POS_TICK = 16 Se COD_PRES = 93.31.1, 93.31.2, 93.39.4, 93.39.5, 93.39.9 o 99.99.1 e COM_RES <> "021xxx" e MOD_ACC <> 2 o 12 ✓ POS_TICK = 14 ✓ CD_ESENZ = TN Se la prestazione appartiene alle prestazioni PAC chirurgiche (vedi Allegato H) ✓ MOD_ACC = 13 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 o 2 ✓ PROG_IMP = 01

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
			Se la prestazione appartiene alle prestazioni PAC non chirurgiche (vedi Allegato K) ✓ COD_PRES in tutte le righe di dettaglio ✓ MOD_ACC = 14 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 o 2 Se COD_PRES = 2010, 2011, 200.01, 200.02 ✓ POS_TICK = 14
68. MOD_ERO Modalità di erogazione della prestazione	AN (1)		Se PROG_IMP <> 99 e se compilato A = ambulatorio D = domicilio T = telemedicina
69. PRESCRITTORE Identificativo Medico Prescrittore <i>(controllo sospeso)</i>	AN (16)	OBB	Se PRES_IMP = 1 o 2 Obbligatorietà Inserire il codice fiscale del medico prescrittore Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
70. INVIO_DEMA Invio prescrizione dematerializzata	N (1)		Se compilato Verifica PRES_IMP = 2 0 = no 1 = sì Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
71. CICLO SEDUTE Numero massimo di sedute per ciclo indicate nella prescrizione	N (2)		Da compilare se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 Se PROG_IMP <> 99 e se compilato Verifica CICLO = 1 N > 0 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa
72. CPP Codice della Prescrivibile Erogato	AN (15)		Da compilare se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 Se PROG_IMP <> 99 e se compilato Verifica valore compreso nel Catalogo Provinciale del Prescrivibile (Nuovi codici LEA)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
73. NUMERO NOTA Condizione di erogabilità ed indicazioni di appropriatezza prescrittiva	AN (3)		Da compilare se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 Se PROG_IMP <> 99 e se compilato Verifica Allegato N
74. CODICE_PAT Codice della patologia diagnosticabile con le prestazioni di genetica	AN (5)		Da compilare se DATA_IMP ≥ 30.12.2024 e DATA_ERO ≥ 30.12.2024 Se PROG_IMP <> 99 e se compilato Verifica Allegato O

ALLEGATO C: TRACCIATO RECORD SIAG PER L'OSSERVATORIO PER LA SALUTE

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Tracciato 1	Tracciato 2
1	ASL_INVI	Comprensorio Sanitario Inviante	AN	3	1	3	x	
2	NUM_IMP	Numero Prescrizione/Impegnativa	AN	16	4	19	x	
3	ID_IMPEG	Identificativo Prescrizione/Impegnativa	AN	20	20	39	x	
4	PROG_IMP	Progressivo Riga Prescrizione/Impegnativa	AN	2	40	41	x	
5	SESSO	Sesso dell'assistito	N	1	42	42	x	
6	DATA_NAS	Data di nascita dell'assistito	DATA	8	43	50	x	
7	COM_NASC	Comune di nascita dell'assistito	AN	6	51	56	x	
8	S_CIVILE	Stato civile dell'assistito	N	1	57	57	x	
9	COM_RES	Comune in cui il soggetto è residente	AN	6	58	63	x	
10	CITTADIN	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	64	66	x	
11	COD_SANI	Codice Sanitario Individuale	AN	16	67	82	x	
12	REG_RESI	Regione in cui il soggetto è residente	AN	3	83	85	x	
13	ASL_RESI	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito	AN	3	86	88	x	
14	REG_ASS	Regione di appartenenza dell'ASL di assistenza	AN	3	89	91	x	
15	ASL_ASS	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria in cui è iscritto l'assistito	AN	3	92	94	x	
16	TIPO_ID	Tipo identificativo assistito	AN	1	95	95	x	
17	N_TEAM	Numero identificazione TEAM dell'assistito	AN	20	96	115	x	
18	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN	15	116	130	x	
19	DEN_IST	Acronimo istituzione competente TEAM	AN	30	131	160	x	
20	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera TEAM	AN	2	161	162	x	
21	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	4	163	166	x	
22	DATA_SCAD	Data scadenza TEAM	DATA	8	167	174	x	
23	PRES_IMP	Presenza Impegnativa	AN	1	175	175		x
24	ID_ACC	Identificativo Accesso Pronto Soccorso	AN	16	176	191		x
25	TIPO_IMP	Tipologia di impegnativa	AN	2	192	193		x
26	DATA_IMP	Data Prescrizione	DATA	8	194	201		x
27	IMP_SUGG	Prescrizione suggerita da uno specialista	AN	1	202	202		x
28	PRI_PRES	Priorità della prestazione	AN	1	203	203		x
29	MOD_ACC	Modalità di accesso	AN	2	203	205		x

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Tracciato 1	Tracciato 2
30	TIP_STRU	Tipologia di struttura	AN	1	206	206		x
31	CO_STS11	Struttura erogatrice STS11	AN	6	207	212		x
32	SPEC	Codice disciplina	AN	3	213	215		x
33	DIAG_SOS	Sospetto diagnostico	AN	5	216	220		x
34	D_PRENOT	Data di Prenotazione	DATA	8	221	228		x
35	C_NOMENC	Codifica Nomenclatore	AN	3	229	231		x
36	COD_PRES	Codice della Prestazione Erogata	AN	10	232	241		x
37	NUM_PRES	Numero di Prestazioni	N	3	242	244		x
38	CICLO	Ciclo	AN	1	245	245		x
39	D_CICLO	Data Inizio Ciclo	DATA	8	246	253		x
40	DATA_ERO	Data Prestazione	DATA	8	254	261		x
41	DIAG_REF	Diagnosi di Refertazione	AN	5	262	266		x
42	DATA_REF	Data Refertazione	DATA	8	267	274		x
43	BRANCA	Codice Branca	AN	2	275	276		x
44	REG_EROG	Regime di Erogazione	AN	1	277	277		x
45	POS_TICK	Posizione Ticket Assistito	AN	2	278	279		x
46	TP_ESENZ	Tipologia Esenzione	AN	1	280	280		x
47	CD_ESENZ	Esenzione	AN	6	281	286		x
48	IMP_TICK	Importo Ticket	N	7	287	293		x
49	IMP_TARI	Importo Tariffa	N	8	294	301		x
50	NOSOGRF	Codice Nosografico Ricovero	AN	10	302	311		x
51	CDC	Centro di Costo Provinciale	AN	20	312	331		x
52	COD_RAG	Codice Raggruppamento	N	1	332	332		x
53	CF_DISC	Codice Fiscale Discordante	AN	1	333	333		x
54	CDC_AS	Centro Di Costo Aziendale	AN	10	334	343		x
55	COD_TD	Codice TD	AN	7	344	350		x
56	IMP_MADRE	Prescrizione associata al codice NPI o NPA	AN	16	351	366		x
57	TIPO_ACCESO	Tipologia di Accesso	AN	1	367	367		x
58	GARANZIA	Garanzia dei tempi massimi	AN	1	368	368		x
59	DIAGNOSI	Diagnosi/Sospetto Diagnostico (testo libero)	AN	1	369	369		x
60	MOD_ERO	Modalità di erogazione della prestazione	AN	1	370	370		x

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Tracciato 1	Tracciato 2
61	PRESCRITTORE	Identificativo Medico Prescrittore	AN	16	370	386		x
62	INVIO_DEMA	Invio prescrizione dematerializzata	N	1	387	387		x
63	CICLO_SEDUTE	Numero massimo di sedute per ciclo indicate nella prescrizione	N	2	388	389		x
64	CPP	Codice della Prestazione Erogata	AN	15	390	404		x
65	NUMERO_NOTA	Condizione di erogabilità ed indicazioni di appropriatezza pre-scrittiva	AN	3	405	407		x
66	CODICE_PAT	Codice della patologia diagnosticabile con le prestazioni di ge-netica	AN	5	408	412		x
67	ASS_SESSO	Sesso dell'assistito	AN	1	413	413	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
68	ASS_DATA_NA	Data di nascita dell'assistito	DATA	8	414	421	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
69	ASS_CITT	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	422	424	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
70	ASS_COM_RES	Comune in cui il soggetto è residente	AN	6	425	430	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
71	ASS_ASL_RES	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito	AN	3	431	433	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
72	ASS_REG_RES	Regione in cui il soggetto è residente	AN	3	434	436	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
73	ETA_ANNO	Età Assistito (anno di analisi – anno di nascita)	N	3	437	439	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
74	ETA_PRES	Età Assistito (anno di erogazione della prestazione – anno di nascita)	N	3	440	442	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	

ALLEGATO D: CODICI DELLE BRANCHE SPECIALISTICHE (DPCM 12.01.2017)

Codice	Descrizione
01	ANESTESIA/ANALGESIA
02	CARDIOLOGIA
03	CHIRURGIA GENERALE
04	CHIRURGIA PLASTICA
05	CHIRURGIA VASCOLARE
06	DERMATOLOGIA/ALLERGOLOGIA
07	MEDICINA NUCLEARE
08	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
09	ENDOCRINOLOGIA
10	GASTROENTEROLOGIA
11	LABORATORIO
12	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
13	NEFROLOGIA
14	NEUROCHIRURGIA
15	NEUROLOGIA
16	OCULISTICA
17	ODONTOSTOMATOLOGIA
18	ONCOLOGIA
19	ORTOPEDIA
20	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
21	OTORINOLARINGOIATRIA
22	PNEUMOLOGIA
23	PSICHIATRIA/PSICOLOGIA - PSICOTERAPIA
24	RADIOTERAPIA
25	UROLOGIA
26	ALTRE PRESTAZIONI
51	ABBANDONO PS (PS25) *
60	PRESTAZIONE OBI (OBI60) **

* Codifica provinciale

** Codifica provinciale valida fino al 30.12.2024

ALLEGATO E: CODICI DELLE DISCIPLINE

Codice	Disciplina	Tipo*	Codice	Disciplina	Tipo*
01	Allergologia	N	48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	N
02	Day Hospital	N	49	Terapia intensiva	N
03	Anatomia ed istologia patologica	N	50	Unità coronarica	N
04	OBI	N	51	Astanteria	N
05	Angiologia	N	52	Dermatologia	N
06	Cardiochirurgia pediatrica	N	54	Emodialisi	N
07	Cardiochirurgia	N	55	Farmacologia clinica	N
08	Cardiologia	N	56	Recupero e riabilitazione funzionale	N
09	Chirurgia generale	N	57	Fisiopatologia della riproduzione umana	N
10	Chirurgia maxillo-facciale	N	58	Gastroenterologia	N
11	Chirurgia pediatrica	N	60	Lungodegenti	N
12	Chirurgia plastica	N	61	Medicina nucleare	N
13	Chirurgia toracica	N	62	Neonatologia	N
14	Chirurgia vascolare	N	64	Oncologia	N
15	Medicina sportiva	N	65	Oncoematologia pediatrica	N
18	Ematologia	N	66	Oncoematologia	N
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	N	67	Pensionanti	N
20	Immunologia	N	68	Pneumologia	N
21	Geriatria	N	69	Radiologia	N
24	Malattie infettive e tropicali	N	70	Radioterapia	N
25	Medicina del lavoro	N	71	Reumatologia	N
26	Medicina generale	N	72	Terapia Intensiva pediatrica	N
27	Medicina legale	N	73	Terapia intensiva neonatale	N
28	Unità spinale	N	74	Radioterapia oncologica	N
29	Nefrologia	N	75	Neuroriabilitazione	N
30	Neurochirurgia	N	76	Neurochirurgia pediatrica	N
31	Nido	N	77	Nefrologia pediatrica	N
32	Neurologia	N	78	Urologia pediatrica	N
33	Neuropsichiatria infantile	N	94	Terapia Semi Intensiva	N
34	Oculistica	N	96	Terapia del dolore	N
35	Odontoiatria e stomatologia	N	97	Detenuti	N
36	Ortopedia e traumatologia	N	98	Day Surgery	N
37	Ostetricia e ginecologia	N	99	Cure Palliative	N
38	Otorinolaringoiatria	N	100	Laboratorio analisi chimico cliniche	P
39	Pediatria	N	101	Microbiologia e virologia	P
40	Psichiatria	N	102	Centro trasfusionale immunoematologia	P
41	Medicina termale	N	103	Radiodiagnostica	P
42	Tossicologia	N	104	Neuroradiologia	P
43	Urologia	N	105	Medicina complementare	P
46	Grandi ustioni pediatriche	N	000	Altro	P
47	Grandi ustioni	N			

Nota:

N = codifica nazionale

P = codifica provinciale

ALLEGATO F: TIPOLOGIA ESENZIONE TICKET

Tipologia Esenzione	Descrizione
N	nessuna esenzione
R	esenzione per motivi di reddito
C	esenzione per età (non previsto sull'impegnativa)
P	esenzione per patologia
X	Esente, laddove previsto in relazione al livello appropriatezza accesso e in relazione alla normativa nazionale in tema di pagamento ticket in Pronto Soccorso
A	altra esenzione (es. figli a carico)

ALLEGATO G: CODICI ESENZIONI TICKET

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Tipo esenzione*
0031 (in vigore dal 18.12.2023)	Ipertensione arteriosa con danno d'organo	P
da 001 a 067 (eccetto 002, 004, 010, 015, 033, 034, 043, 047), A02 (valida fino al 31.12.2024), A31 (valida fino al 31.12.2024), B02 (valida fino al 31.12.2024). 031 (valida fino al 31.12.2024)	persone affette dalle malattie croniche e invalidanti di cui all'allegato 8-bis DPCM 12.01.2017, e successive modifiche	P
0A02 (in vigore dal 18.12.2023)	Affezioni del sistema circolatorio (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari) – malattie cardiache e del circolo polmonare	P
0A31 (in vigore dal 18.12.2023)	Ipertensione arteriosa senza danno d'organo	P
0B02 (in vigore dal 18.12.2023)	Affezioni del sistema circolatorio (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari) – malattie cerebrovascolari	P
0C02 (in vigore dal 01.09.2018)	Malattie delle arterie, arteriole, capillari, vene e vasi linfatici	P
013T (in vigore dal 01.04.2014)	diabete temporaneo (Delibera G.P. 1980 del 27.10.2013). Esenzione con un periodo di validità massima di 6 mesi.	P
BI	cittadini extracomunitari invitati in provincia di Bolzano dalle Associazioni "Il Girotondo", "Chernobyl Alto Adige-Südtirol" e "Chernobyl Eppan-Appiano"	A
da BZ1 a BZ3	persone affette dalle malattie di cui all'art. 35, comma 3, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche	P
BZ4 (in vigore dal 01.09.2022)	Idrosadenite suppurativa (Delibera G.P. 439 del 21.06.2022)	P
BZ6 (in vigore dal 02.02.2024)	Vittime di violenza (Delibera G.P. 1165 del 29.12.2023)	A
BZ7 (in vigore dal 01.02.2026)	Pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI)	P
C01 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6, comma 1, lett. d, del D.M. 01.02.1991)	A

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Tipo esenzione*
C02 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6, comma 1, lett. d, del D.M. 01.02.1991)	A
C03 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità (ex art.6, comma1, lett. d del D.M. 01.02.1991)	A
C04 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art.1, L.n. 289/90 (ex art.5, comma 6, del Dlgs 124/1998)	A
C05 (in vigore dal 01.03.2019)	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad 1/10 ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili- ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. f del D.M. 01.02.1991 (ex art. 6, L.n. 482/68 come modificato dalla L.n.68/99)	A
C06 (in vigore dal 01.03.2019)	Sordi (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. f del D.M. 01.02.1991 (ex art. 7, L.n. 482/68, come modificato dalla L.n. 68/99)	A
C07 (in vigore dal 01.03.2019)	Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile ex D.M. 20.07.1989, n.293, e succ.mod.	A
CP (in vigore dal 18.03.2025)	Visita di collaudo dispositivi protesici (Delibera G.P. 189 del 18.03.2025). Esenzione ticket per valutazione protesica finalizzata al collaudo delle protesi e degli ausili tecnologici (codice 93.03) e valutazione ortesica finalizzata al collaudo delle ortesi (codice 93.03.2)	A
CV2123 (in vigore dal 11.10.2021)	Esenzione di prestazioni di monitoraggio per pazienti ex Covid (Delibera G.P. 828 del 28.09.2021)	P
D01 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art.1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/98)	A
D02 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett. b della L. 388/2000) Citologico	A
D03 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett. a della L. 388/2000) mammografico	A
D04 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett. c della L. 388/2000) colon-retto	A
D05 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della Mammella	A
D99 (in vigore dal 01.01.2023)	Prestazioni diagnostiche correlate alla diagnosi precoce dei tumori in persone portatrici di mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2	A
DE	detenuti	A
E01 (valida dal 01.09.11)	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex. Art. 8, comma 16 della L.537/1993 e successive modifiche e integrazioni)	R

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Tipo esenzione*
E02	disoccupati che hanno presentato ad un Centro per l'impiego la dichiarazione di disponibilità al lavoro ai sensi del decreto legislativo n. 181/2000, e succ. modifiche, oppure un lavoratore in mobilità o in cassa integrazione o loro familiari fiscalmente a carico. Il reddito complessivo del nucleo familiare di appartenenza di tali persone deve essere inferiore a Euro 8.263,31, se il nucleo è composto dal/la solo/a disoccupato/a e, nel caso sia presente anche il coniuge, inferiore a Euro 11.362,05. Tali importi vanno incrementati di ulteriori Euro 516,46 per ogni figlio a carico	R
E03	Titolari di assegno (ex pensione) sociale - e loro familiari a carico (ex art. 8, comma 16, della L. n. 537/1993, e successive modifiche ed integrazioni)	R
E04	titolari di pensione al minimo, di età superiore a 60 anni, oppure loro familiari fiscalmente a carico. Il reddito complessivo del nucleo familiare di appartenenza di tali persone deve essere inferiore a Euro 8.263,31, se il nucleo è composto dal/la solo/a titolare di pensione al minimo e, nel caso sia presente anche il coniuge, inferiore a Euro 11.362,05. Tali importi vanno incrementati di ulteriori Euro 516,46 per ogni figlio a carico	R
E11 (in vigore dal 15.07.20)	Soggetti residenti di età superiore ai 65 anni con reddito familiare compreso tra € 36.151,98 e € 40.000,00	R
E12 (in vigore dal 15.07.20)	Soggetti residenti di età non superiore 14 anni non compiuti	R
E21	persone di età tra i 6 anni (compiuti) e i 14 anni (non compiuti), appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a Euro 36.151,98 (ai sensi dell'articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e succ. modifiche). Esenzione modificata con Circolare Ufficio Distretti Sanitari Prot. Nr 23.2/55.07/392455 del 07.07.2011.	R
E22	Figli a carico (ai sensi della deliberazione della Giunta Provinciale n. 1862 del 27 maggio 2002, e successive modifiche) di età uguale o superiore ad anni 14	C
E99 (in vigore dal 01.07.2014)	persone appartenenti ad un nucleo familiare, che per la propria situazione economica non raggiunge il valore di 1,5 del reddito minimo di inserimento di cui alla delibera della Giunta Provinciale 13.05.2014, n. 539.	R
G01 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla I alla V titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art.6, comma 1, lett. a del D.M. 01.02.1991)	A
G02 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla VI all'VIII (ex art.6, comma 2, lett. a del D.M.01.02.1991)	A (fino al 14.07.20 tipo P)
I01 (in vigore dal 15.12.2014)	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento allo svolgimento di servizio civile (ex D.P.C.M. 28.11.2003)	A
L01 (in vigore dal 01.03.2019)	Grandi invalidi del lavoro - dall' 80% al 100% di invalidità (ex art. 6, comma 1, lett b del D.M.01.02.1991)	A
L02 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità (ex art.6, comma 1, lett. b del D.M. 01.02.1991)	A

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Tipo esenzione*
L03 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore < 2/3 - dall' 1% al 66% di invalidità - (ex art.6, comma 2, lett. b del D.M. 01.02.1991)	A (fino al 14.07.20 tipo P)
L04 (in vigore dal 01.03.2019)	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art.6, comma 2, lett. c del D.M.01.02.1991)	A (fino al 14.07.20 tipo P)
L1	soggetti sospetti di essere affetti da HIV (ex art. 1, comma 5, lettera b), del D.Lgs. 124/1998)	A
L7	donatori di sangue	A
M00 (in vigore dal 01.03.2019)	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.10.09.1998) - in epoca pre-concezionale	P
da M01 a M41 (in vigore dal 01.03.2019)	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.10.09.1998) - in gravidanza ordinaria	P
M42 (in vigore dal 01.03.2019)	Esenzione per gravidanza oltre la 41esima settimana	P
M50 (in vigore dal 01.03.2019)	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.10.09.1998) - in gravidanza a rischio	P
M52 (in vigore dal 01.03.2019)	Ulteriori prestazioni in gravidanza erogate al personale navigante	P
M99 (in vigore dal 01.03.2019)	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.10.09.1998) - in gravidanza ordinaria (qualora il medico non fosse in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione)	P
N01 (in vigore dal 01.03.2019)	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L.n.210 del 25.02.1992 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (ex art.1, comma 5, lett.d del Dlgs n.124/1998)	A
PREV	prestazioni di cui all'ex art. 1, comma 4, lettera a) e b), del decreto legislativo 124/1998, prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85, comma 4, della legge. 388/2000), prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione ed affidamento, allo svolgimento del servizio civile e prestazioni di cui al punto 1 della deliberazione della G.P. n. 1069 del 29.03.1999	A
R99 R99999	prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5, comma 2, del D.M. 18.05.2001, n. 279) sostituisce "UB" dal 01/02/2008 (deliberazione della G.P. 4471 del 17.12.2007)	A
Da RA0010 a RQ0010	persone affette dalle malattie rare esenti ai sensi del decreto del Ministro della Salute 18.05.2001, n. 279	P
S01 (in vigore dal 01.03.2019)	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla I categoria - titolari di specifica pensione (ex art. 6, comma 1, lett. c del D.M. 01.02.1991)	A
S02 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla II alla V (ex art.6, comma 1, lett. c del D.M. 01.02.1991)	A
S03 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla VI all'VIII (ex art. 6, comma 2, lett. d del D.M. 01.02.1991)	A

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Tipo esenzione*
S04 (in vigore dal 01.03.2019)	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6, comma 1, L. 08.07.1998, n. 230)	A
T01 (in vigore dal 01.06.2017)	Donatori viventi di sangue, organi e tessuti	A
T12 (valida dal 11.06.2012 al 31.12.2014 salvo proroga)	Esenzione terremoto 2012 ER (circolare Regione Emilia-Romagna del 08.06.2012, n.9, codice comuni: 035xxx, 036xxx, 037xxx, 038xxx)	A
TD	Prestazioni contraddistinte dalla sigla "TD" ("Prestazioni territoriali e domiciliari") o "TD-S" che ai sensi del Testo Unico delle Linee guida di cui alla delibera della G.P. n. 2390 del 14.06.99 sono erogate senza alcuna partecipazione alla spesa da parte dell'utente. (Da utilizzare solo se il paziente non ha altre esenzioni)	A
TEL	Telemedicina (Delibera G.P. 433 del 16.06.2020)	A
TN	Prestazioni erogate senza esenzione	N
TR	Prestazioni di PS/OBI seguite da ricovero	X
TX	Ticket non dovuto per urgenza dell'accesso o ricorrenza di una delle cause di esclusione previste dall'Allegato A della Delibera GP n.983/2019	X
V01 (in vigore dal 01.02.2016)	Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (ex art. 15 L. n. 302/90, art. 5, comma 6, D.Lgs. 124/1998); Vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità < 80% e loro familiari (ex art. 9 L. 206/2004); Vittime del dovere e familiari superstiti (ex D.P.R. 7 luglio 2006, n. 243);	A
V02 (in vigore dal 01.02.2016)	Vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità > 80% e loro familiari (ex art. 4, L. 3.8.2004, n. 243)	A
X01	Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti (ex art. 35, comma 3, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e relativo regolamento di attuazione). <u>Tale codice va utilizzato quando il cittadino straniero assistito non goda ad altro titolo (es. gravidanza, malattia cronica, ecc.) dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa.</u> (Deliberazione della G.P. n. 982 del 7 giugno 2010).	R
X22 (valida dal 31.05.2022 al 31.12.2024 salvo proroga)	Protezione temporanea profughi ucraini	A
X23 (valida dal 07.06.2022)	Minori stranieri non regolari con meno di 6 anni Risoluzione nr. 25/E AdE	A
X24 (valida dal 07.06.2022)	Minori stranieri non accompagnati Risoluzione nr. 25/E AdE	A

* vedi allegato F

ALLEGATO H: PRESTAZIONI PAC CHIRURGICHE

Nota naz	Nota prov	Codice	Descrizione	Branca
H	N-A	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE - Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	NEUROCHIRURGIA ORTOPEDIA
H	N-A	04.44 (dal 30.12.24)	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	NEUROLOGIA NEUROCHIRURGIA ORTOPEDIA
H	N-A	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	NEUROLOGIA NEUROCHIRURGIA
H	A	08.38 (fino al 30.12.25)	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA. Se eventualmente effettuati sono inclusi, procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	OCULISTICA
H	A	08.72 (fino al 30.12.25)	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso codici 08.44 e 08.6. Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	OCULISTICA
H	A	08.74 (fino al 30.12.25)	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso codici 08.44 e 08.6. Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	OCULISTICA
H	N-A	11.99.5	IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE [CROSS LINKING CORNEALE]. Incluso: visita pre-intervento ed esami preoperatori di arruolamento, intervento, visite di controllo entro 12 mesi	OCULISTICA
H	A	12.92.1 (fino al 30.12.25)	INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Incluso: esami preoperatori di arruolamento, intervento, OCT, visita di controllo. La tariffa non include il costo del farmaco	OCULISTICA
H	A	13.19.1 (fino al 30.12.25)	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE - Incluso: visita pre-intervento, intervento, visita di controllo, biometria	OCULISTICA
H	N-A	13.41 dal 30.12.24	INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita pre-intervento e visite di controllo, Biometria	OCULISTICA

Nota naz	Nota prov	Codice	Descrizione	Branca
	N-A	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio facho) - Incluso: visita pre-intervento, intervento, visita di controllo, biometria	OCULISTICA
H	N-A	13.71	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso lenti	OCULISTICA
H	N-A	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	OCULISTICA
H	A	13.8 (fino al 30.12.25)	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO. Incluso visita pre-intervento e visita di controllo. Biometria.	OCULISTICA
H	I-A	38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale poplitea, safena, tibiale. Se effettuati sono inclusi: procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni e rimozione punti, visita di controllo	CHIRURGIA VASCOLARE
H	A	38.59.1 (fino al 30.12.25)	MINISTRIPPING [VARICECTOMIA] DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali - Escluse le safene. Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	CHIRURGIA VASCOLARE
H	A	38.59.2 (fino al 30.12.25)	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER - Se effettuati sono inclusi: procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	CHIRURGIA VASCOLARE
	I-A	38.59.3 (dal 30.12.24)	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER. Se effettuati sono inclusi: procedure anestesilogiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	CHIRURGIA VASCOLARE
HR	N-A	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento	CHIRURGIA GENERALE
HR	N-A	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento	CHIRURGIA GENERALE

Nota naz	Nota prov	Codice	Descrizione	Branca
HR	N-A	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento	CHIRURGIA GENERALE
HR	N-A	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento	CHIRURGIA GENERALE
HR	N-A	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento	CHIRURGIA GENERALE
HR	N-A	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento	CHIRURGIA GENERALE
H	A	63.99.1 (fino al 30.12.25)	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE. Incluso: procedure anestesiológicas, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visita di controllo	RADIOLOGIA UROLOGIA
H	I-A	77.51	ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA CORRETTIVA PER ALLUCE VALGO - Include: procedure anestesiológicas, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
HR	N-A	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: procedure anestesiológicas, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
HR	N-A	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (solo diagnostica). Incluso: procedure anestesiológicas, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	A	80.61 (fino al 30.12.25)	ASPORTAZIONE ARTROSCOPICA DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO. Se effettuati sono inclusi: procedure anestesiológicas, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	81.16	ARTRODESI METATARSOFALANGEA. Incluso: procedure anestesiológicas, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE. Incluso: procedure anestesiológicas, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: procedure anestesiológicas, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA

Nota naz	Nota prov	Codice	Descrizione	Branca
H	N-A	81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA

Nota naz	Nota prov	Codice	Descrizione	Branca
H	N-A	82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	ORTOPEDIA
H	N-A	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	NEUROLOGIA NEUROCHIRURGIA ORTOPEDIA
H	N-A	83.03 (dal 30.12.24)	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti di sutura, visita di controllo. Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	ORTOPEDIA
HR	N-A	84.01 (dal 30.12.24)	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPEDIA
HR	N-A	84.02 (dal 30.12.24)	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPEDIA
H	N-A	84.3 (dal 30.12.24)	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPEDIA
HR	N-A	84.11 (dal 30.12.24)	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPEDIA
	I-A	93.39.A (dal 30.12.24)	TRATTAMENTO SOTTO CONTROLLO RADIOLOGICO CON ONDE D'URTO FOCALI AD ALTA ENERGIA per ritardi di consolidazione ossea ed osteonecrosi sotto controllo radiologico. Incluso: procedure anestesiologiche, esami pre-terapeutiche, terapia, adeguamento di ortesi, visita di controllo	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE ORTOPEDIA

Nota naz	Nota prov	Codice	Descrizione	Branca
H	N-A	98.51.1 (dal 30.12.24	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	UROLOGIA
H	N-A	98.51.2 (dal 30.12.24	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1	UROLOGIA
H	N-A	98.51.3 (dal 30.12.24	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	UROLOGIA RADIOLOGIA

ALLEGATO I: PROCESSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI IN NEURO-PSICHIATRIA LIMITAMENTE AI DISTURBI DELL'AUTISMO (TIPO)

Codice	Descrizione
NPI_VM	Processi di valutazione medica (neuropsichiatrica)
NPI_TM	Processi di trattamento medico (neuropsichiatrico)
NPI_VP	Processi di valutazione psicologica
NPI_TP	Processi di trattamento psicologico
NPI_VT	Processi di valutazione terapeutica
NPI_TT	Processi di trattamento terapeutico
NPI_AU	Autismo
NPI_FS	Funzione scuola - L. 104/92
NPI_FT	Funzione Tribunale - Servizio sociale
NPA_VM	Processi di valutazione medica (neuropsichiatrica)
NPA_TM	Processi di trattamento medico (neuropsichiatrico)
NPA_VP	Processi di valutazione psicologica
NPA_TP	Processi di trattamento psicologico
NPA_VT	Processi di valutazione terapeutica
NPA_TT	Processi di trattamento terapeutico
NPA_AU	Autismo
NPA_FS	Funzione scuola - L. 104/92
NPA_FT	Funzione Tribunale - Servizio sociale

Delibera della G.P. n. 1492 del 28.12.2017

ALLEGATO J: PROCESSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI IN NEURO-PSICHIATRIA LIMITAMENTE AI DISTURBI DELL'AUTISMO (CODICE)

Codice	Descrizione
850.N01	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA COMPLESSA (0-11 anni)
850.N02	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA COMPLESSA (12-18 anni)
850.N03	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA BREVE (0-11 anni)
850.N04	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA BREVE (12-18 anni)
850.N05	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO BREVE (0-11 anni)
850.N06	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO BREVE (12 - 18 anni)
850.N07	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO MEDIO (0-11 anni)
850.N08	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO MEDIO (12-18 anni)
850.N09	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO LUNGO (0-11 anni)
850.N10	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO MEDICO LUNGO (12-18 anni)
850.N11	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - AMBULATORIO PSICOFARMACI (6 -18 anni)
850.N12	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - CENTRO DI RIFERIMENTO ADHD (6-18 anni)
850.N13	Funzione Ambulatorio: centro di riferimento ADHD - ARRUOLAMENTO Metilfenidato
850.N14	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE PSICOLOGICA (0-11 anni)
850.N15	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE PSICOLOGICA (12-18 anni)
850.N16	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE PSICOLOGICA BREVE (0-11 anni)
850.N17	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE PSICOLOGICA BREVE (12-18 anni)
850.N18	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO BREVE (0-11 anni)
850.N19	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO BREVE (12-18 anni)
850.N20	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO MEDIO (0-11 anni)
850.N21	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO MEDIO (12-18 anni)
850.N22	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO LUNGO (0-11 anni)
850.N23	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO LUNGO (12-18 anni)
850.N24	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO DI GRUPPO (0 - 18 anni)
850.N25	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE LOGOPEDICA BREVE (0-11 anni)
850.N26	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE LOGOPEDICA COMPLESSA (0-11 anni)
850.N27	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE LOGOPEDICA (12-18 anni)
850.N28	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE ERGOTERAPICA BREVE (0-11 anni)

Codice	Descrizione
850.N29	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE ERGOTERAPICA COMPLESSA (0-11 anni)
850.N30	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - VALUTAZIONE ERGOTERAPICA (12-18 anni)
850.R01	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO INDIVIDUALE BREVE (0-18 anni) - Include: ciclo di 10 sedute di logopedia individuale, colloquio ai genitori, valutazione di verifica, relazione
850.R02	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO INDIVIDUALE MEDIO (0-18 anni) - Include: ciclo di 20 sedute di logopedia individuale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione
850.R03	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO INDIVIDUALE LUNGO (0-18 anni) - Include: ciclo di 30 sedute di logopedia individuale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione
850.R04	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO: TRATTAMENTO LOGOPEDICO individuale IN ETÀ 13 - 18 ANNI - Include: ciclo di 5 sedute di logopedia individuale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione
850.R05	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO DI GRUPPO (0-18 anni) - Include: ciclo di 10 sedute di logopedia di gruppo, colloquio ai genitori, valutazione di verifica, relazione
850.R06	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE BREVE (0-18 anni) - Include: ciclo di 10 sedute di terapia occupazionale, colloquio ai genitori, valutazione di verifica, relazione
850.R07	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE MEDIA (0-18 anni) - Include: ciclo di 20 sedute di terapia occupazionale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione
850.R08	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE LUNGA (0-18 anni) - Include: ciclo di 30 sedute di terapia occupazionale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione
850.R09	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO: TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE IN ETÀ 13 - 18 ANNI - Include: ciclo di 5 sedute di terapia occupazionale, colloquio ai genitori, consulenza alla scuola, valutazione di verifica, relazione
850.R10	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TERAPIA OCCUPAZIONALE DI GRUPPO (0-18 anni) - Include: ciclo di 10 sedute di terapia occupazionale di gruppo, colloquio ai genitori, valutazione di verifica, relazione
850.R11	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - MONITORAGGIO LOGOPEDICO A MEDIO TERMINE RICADUTE DOPO FINE TRATTAMENTO - Include: quattro consulenze tecniche a famiglia o scuola, una valutazione di verifica
850.R12	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - MONITORAGGIO ERGOTERAPICO O PSICOMOTORIO A MEDIO TERMINE RICADUTE DOPO FINE TRATTAMENTO - Include: quattro consulenze tecniche a famiglia o scuola, una valutazione di verifica
850.A00	Funzione Ambulatorio AREA pazienti 0 - 21 anni - VALUTAZIONE MEDICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A01	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - PRIMA VALUTAZIONE MEDICA-PSICOLOGICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A02	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - PRIMA VALUTAZIONE LOGOPEDICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A03	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - PRIMA VALUTAZIONE ERGOTERAPICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A04	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A05	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO INDIVIDUALE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A06	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO DI GRUPPO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)

Codice	Descrizione
850.A07	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO ERGOTERAPICO o PSICOMOTORIO INDIVIDUALE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A08	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - TRATTAMENTO ERGOTERAPICO o PSICOMOTORIO DI GRUPPO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A09	Funzione Ambulatorio AREA MINORI - CONTROLLO MEDICO-PSICOLOGICO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A10	Funzione Ambulatorio AREA pazienti 0 - 21 anni - TRATTAMENTO RIABILITATIVO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A11	Funzione Ambulatorio AREA pazienti 0 - 21 anni - INTERVENTO EDUCATIVO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.A12	Funzione Ambulatorio AREA pazienti 0 - 21 anni - TRATTAMENTO SOCIO ASSISTENZIALE DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (0 - 21 anni)
850.S01	Funzione Scuola - L. 104/92 - VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA CERTIFICAZIONE L. 104/92
850.S02	Processi assistenziali riferiti ai disturbi dello spettro autistico
850.S03	Funzione Scuola - L. 104/92 - GESTIONE PROCESSO INTEGRAZIONE L.104/92
850.T01	Funzione Tribunale - Servizio Sociale - VALUTAZIONE PER COLLOCAZIONE EXTRA-FAMILIARE (Comunità terapeutica o integrata o famiglia affidataria)
850.T02	Funzione Tribunale - Servizio Sociale - INTERVENTO INTEGRATO di RETE
850.T03	Funzione Tribunale - Servizio Sociale - VALUTAZIONE del MINORE
860.A00	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - VALUTAZIONE MEDICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.A01	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - PRIMA VALUTAZIONE MEDICA-PSICOLOGICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.A02	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - PRIMA VALUTAZIONE LOGOPEDICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.A03	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - PRIMA VALUTAZIONE ERGOTERAPICA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.A04	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.A05	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - TRATTAMENTO LOGOPEDICO INDIVIDUALE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.A07	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - TRATTAMENTO ERGOTERAPICO o PSICOMOTORIO INDIVIDUALE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.A09	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - CONTROLLO MEDICO-PSICOLOGICO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.A10	Funzione Ambulatorio - AREA ADULTI - TRATTAMENTO RIABILITATIVO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (TERP)
860.A11	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - INTERVENTO EDUCATIVO DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.A12	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - TRATTAMENTO SOCIO ASSISTENZIALE DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
860.N24	Funzione Ambulatorio AREA ADULTI - TRATTAMENTO PSICOLOGICO DI GRUPPO

Delibera della G.P. n. 1492 del 28.12.2017

ALLEGATO K: PRESTAZIONI PAC NON CHIRURGICHE

Nota naz	Nota prov	Codice	Descrizione	Branca
H R	I-A	39.95	EMODIALISI O EMODIAFILTRAZIONE IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Incluso: visita, operazioni manuali, farmaci, liquidi e integratori, dispositivi medici, medicazioni e fasciature, stesura e modifica del piano emodialitico, eventuale disostruzione di catetere vascolare	NEFROLOGIA
H R	I-A	73.44 (dal 30.12.24)	INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (IVG) FARMACOLOGICA. Incluso: esami di laboratorio e di diagnostica strumentale pre-trattamento, somministrazione dei farmaci, esami e visite di controllo. Escluso: costo del farmaco	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
	I-A	88.99.9 (dal 30.12.24)	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE E FEMORALE	RADIOLOGIA
	I-A	90.47.6 (dal 30.12.24)	TIPIZZAZIONE DEGLI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA profilo) - Tariffa omnicomprensiva delle determinazioni necessarie	LABORATORIO
	I-A	91.47.D (dal 30.12.24)	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 16 antigeni	LABORATORIO
	I-A	91.47.E (dal 30.12.24)	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 24 antigeni	LABORATORIO
	I-A	91.47.F (dal 30.12.24)	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 40 antigeni	LABORATORIO
	A	93.39.A (Fino al 31.12.25)	TERAPIA CON ONDE D'URTO FOCALI AD ALTA ENERGIA PER IL TRATTAMENTO DI RITARDI DI CONSOLIDAZIONE OSSEA ED OSTEONECROSI. Incluso: procedure anestesilogiche, esami pre-terapeutiche, terapia, adeguamento di ortesi, visita di controllo	ORTOPEDIA
	I-A	93.39.B	TRATTAMENTO DI LINFEDEMA SECONDARIO IN FASE ACUTA - Per arto e per seduta di 90 minuti (ciclo fino a 16 sedute). Include: valutazione iniziale del fisioterapista, linfo drenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
	I-A	93.39.C	TRATTAMENTO INTENSIVO DI LINFEDEMA SECONDARIO CRONICO - Per arto e per seduta di 90 minuti (ciclo fino a 10 sedute). Include: valutazione iniziale del fisioterapista, linfo drenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
	I-A	93.39.D	TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO PER LINFEDEMA SECONDARIO PER ARTO INFERIORE - Per seduta di 90 minuti (ciclo fino a 10 sedute). Include: valutazione iniziale del fisioterapista, linfo drenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
	I-A	93.39.E	TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO PER LINFEDEMA SECONDARIO PER ARTO INFERIORE - Per seduta di 90 minuti (ciclo fino a 10 sedute). Include: valu-	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Nota naz	Nota prov	Codice	Descrizione	Branca
			tazione iniziale del fisioterapista, linfodrenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	
	I-A	93.39.F	TRATTAMENTO DI LINFEDEMA SECONDARIO CRONICO NON VISIBILE - Per seduta di 60 minuti (ciclo fino a 10 sedute). Include: valutazione iniziale del fisioterapista, linfodrenaggio, bendaggio, rieducazione motoria, aggiornamento della cartella e relazione finale al medico.	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
H	A	99.25.1 (Fino al 31.12.25)	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERICAPICHE. Include: visita oncologica di controllo, esami ematochimici, farmaco	ONCOLOGIA
	I-A	100.10 (dal 30.12.24)	CERTIFICATI PER GLI SPORT AGONISTICI di cui alla tab. A del D.M. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, ECG)	ALTRE
	I-A	100.11 (dal 30.12.24)	CERTIFICATI PER GLI SPORT AGONISTICI di cui alla tab. B del D.M. 18.02.82 (incluso: visita medica, esame delle urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo dei due gradini di Master)	ALTRE
	I-A	100.12 (dal 30.12.24)	CERTIFICATI PER GLI SPORT AGONISTICI di cui alla tab. B del D.M. 18.02.82 CON TEST DA SFORZO CARDIOVASCOLARE CON CICLOERGOMETRO (incluso: visita medica, esame delle urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo con cicloergometro)	ALTRE
	I-A	100.13 (dal 30.12.24)	TEST DI VALUTAZIONE FUNZIONALE CON CICLOERGOMETRO (O CON PEDANA MOBILE O CON CARDIOFREQUENZIMETRO) CON CURVA DEL LATTATO (incluso: ECG di base, ECG sotto sforzo, misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, prelievi capillari seriati del lattato, calcolo della soglia aerobica ed anaerobica, relazione conclusiva con consigli per l'allenamento)	ALTRE
	I-A	100.14 (dal 30.12.24)	TEST DI VALUTAZIONE FUNZIONALE CON CICLOERGOMETRO (O CON PEDANA MOBILE O CON CARDIOFREQUENZIMETRO) CON MISURAZIONE DIRETTA DEL CONSUMO DI OSSIGENO (incluso: ECG di base, ECG sotto sforzo, misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, misurazione dei parametri ventilatori: VO2, VO2/Kg, VCO2, VE, quoziente respiratorio, calcolo del VO2 max, della max potenza aerobica ed anaerobica, della soglia aerobica ed anaerobica, relazione conclusiva con consigli per l'allenamento)	ALTRE
	I-A	100.15 (dal 30.12.24)	CHECK UP MEDICO SPORTIVO (incluso: visita medica, esame urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo al cicloergometro, relazione conclusiva)	ALTRE
	I-A	1500.01	TRATTAMENTO RIABILITATIVO E TERAPEUTICO DI PAZIENTI CON DISTURBI PSICOSOMATICI. Per seduta. Incluso: visita medica, psicoterapia individuale e di gruppo, valutazione dei terapisti, somministrazione di terapie, terapia occupazionale e terapia fisica. Il trattamento complessivo ha una durata di 9	PSICHIATRIA/ PSICOLOGIA- PSICOTERAPIA

Nota naz	Nota prov	Codice	Descrizione	Branca
			ore per singolo accesso giornaliero ed è inclusivo del pasto, considerato parte integrante della terapia (1 ora).	

ALLEGATO L: PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (PPGLA) – VISITE SPECIALISTICHE

NUMERO	CODICE NOMENCLATORE	DESCRIZIONE	CODICE BRANCA
1	89.7	Prima Visita cardiologica	02
2	89.7	Prima Visita chirurgia vascolare	05
3	89.7	Prima Visita chirurgia endocrinologica	09
4	89.13	Prima Visita neurologica	15
5	95.02	Prima Visita oculistica	16
6	89.7	Prima Visita ortopedica	19
7	89.26	Prima Visita ginecologica	20
8	89.7	Prima Visita otorinolaringoiatrica	21
9	89.7	Prima Visita urologica	25
10	89.7	Prima Visita dermatologica	06
11	89.7	Prima Visita fisiatrica	12
12	89.7	Prima Visita gastroenterologica	10
13	89.7	Prima Visita oncologica	18
14	89.7	Prima Visita pneumologica	22

Delibera della G.P. n. 915 del 05.11.2019

ALLEGATO M: PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA (PPGLA) – PRE-STAZIONI STRUMENTALI

NUMERO	CODICE NOMENCLATORE	DESCRIZIONE
15	87.37.1	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale
16	87.37.2	Mammografia monolaterale
17	87.41	TC del torace
18	87.41.1	TC del Torace con MCD senza e con MCD
19	88.01.1	TC dell'addome superiore
20	88.01.2	TC dell'addome superiore senza e con MDC
21	88.01.3	TC dell'addome inferiore
22	88.01.4	TC dell'addome inferiore senza e con MDC
23	88.01.5	TC dell'addome completo
24	88.01.6	TC dell'addome completo senza e con MDC
25	87.03	TC Cranio - encefalo
26	87.03.1	TC Cranio - encefalo senza e con MDC
27	88.38.1	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale
28	88.38.1	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico
29	88.38.1	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale
30	88.38.2	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC
31	88.38.2	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC
32	88.38.2	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC
33	88.38.5	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache
34	88.91.1	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare
35	88.91.2	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC
36	88.95.4	RM di addome inferiore e scavo pelvico
37	88.95.5	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC
38	88.93	RM della colonna in toto
39	88.93.1	RM della colonna in toto senza e con MDC
40	88.71.4	Diagnostica ecografica del capo e del collo
41	88.72.3	Eco (color) dopplergrafia cardiaca
42	88.73.5	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici
43	88.74.1	Ecografia dell'addome superiore
44	88.75.1	Ecografia dell'addome inferiore
45	88.76.1	Ecografia dell'addome completo
46	88.73.1	Ecografia bilaterale della mammella
47	88.73.2	Ecografia monolaterale della mammella
48	88.78	Ecografia ostetrica
49	88.78.2	Ecografia ginecologica
50	88.77.2	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso
51	45.23	Colonscopia totale con endoscopio flessibile
52	45.42	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica

NUMERO	CODICE NOMENCLATORE	DESCRIZIONE
53	45.24	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile
54	45.13	Esofagogastroduodenoscopia
55	45.16	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica
56	89.52	Elettrocardiogramma
57	89.50	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
58	89.41	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile
59	89.44	Altri test cardiovascolari da sforzo
60	95.41.1	Esame audiometrico tonale
61	89.37.1	Spirometria semplice
62	89.37.2	Spirometria globale
63	95.11	Fotografia del fundus
64	93.08.1	Elettromiografia semplice [EMG] per arto superiore
65	93.08.1	Elettromiografia semplice [EMG] per arto inferiore
66	93.08.1	Elettromiografia semplice [EMG] del capo
67	93.08.1	Elettromiografia semplice [EMG] del tronco
68	93.08.1	Valutazione EMG dinamica del cammino
69	93.08.1	EMG dinamica dell'arto superiore

Delibera della G.P. n. 915 del 05.11.2019

ALLEGATO N: ELENCO NOTE E CORRISPONDENTI CONDIZIONI DI EROGABILITÀ/INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
1	CONDIZIONE EROGABILITA'	Condizioni per l'erogazione della chirurgia refrattiva
2	CONDIZIONE EROGABILITA'	Generalità della popolazione
3	CONDIZIONE EROGABILITA'	A) 0-14 anni B) Condizioni di vulnerabilità sanitaria C) Condizioni di vulnerabilità sociale
4	CONDIZIONE EROGABILITA'	A) Condizioni di vulnerabilità sanitaria B) Condizioni di vulnerabilità sociale C) Per il solo "incappucciamento indiretto della polpa" anche 0-14 anni in caso di evento traumatico
5	CONDIZIONE EROGABILITA'	A) Condizioni di vulnerabilità sanitaria B) Condizioni di vulnerabilità sociale
6	CONDIZIONE EROGABILITA'	Condizioni di vulnerabilità sanitaria
7	CONDIZIONE EROGABILITA'	Condizioni di vulnerabilità sanitaria in caso di sindrome algica e disfunzionale dell'ATM
8	CONDIZIONE EROGABILITA'	A) 0-14 anni B) Condizioni di vulnerabilità sanitaria
9	CONDIZIONE EROGABILITA'	A) Condizioni di vulnerabilità sanitaria (Indice IOTN = 4/5) B) Condizioni di vulnerabilità sociale (Indice IOTN = 4/5)
10	CONDIZIONE EROGABILITA'	0-14 anni
11	CONDIZIONE EROGABILITA'	A) Condizioni di vulnerabilità sanitaria B) Condizioni di vulnerabilità sociale C) 0-14 anni solo in caso di evento traumatico
12	CONDIZIONE EROGABILITA'	Nei casi di sanguinamento oscuro, dopo EGDS e colonscopia totale negative
13	CONDIZIONE EROGABILITA'	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: da 65.11 AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick-up ovocitario] a uno o più 69.82.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET).
14	CONDIZIONE EROGABILITA'	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: fino a uno o più 69.82.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET).
15	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Per la valutazione delle strutture scheletriche. Meglio la RM per lo studio del tessuto endocanalare e dei tessuti molli. In presenza di deficit neurologici anche in assenza di dolore B) SOSPETTO ONCOLOGICO: RM DUBBIA O POSITIVA: per la migliore valutazione della componente scheletrica con dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit neurologici agli arti inferiori C) COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE in pazienti in cui è controindicata la RM D) PATOLOGIA SCHELETRICA NON ONCOLOGICA: per una migliore valutazione quando la RM non sia chiarificatrice.
16	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Secondo indicazioni contenute nelle Linee guida per la gravidanza fisiologica

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
17	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) PATOLOGIA TRAUMATICA: Non indicata inizialmente. Per valutazione scheletrica pre-chirurgica B) POST-CHIRURGICO: Non indicata inizialmente. Per una migliore valutazione dell'evoluzione clinica e di eventuali complicanze ossee C) Diagnosi e monitoraggio delle Osteomieliti croniche
18	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Per la migliore valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto positivo ai prioritari esami radiologici B) SOSPETTO ONCOLOGICO: Per la migliore valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto dubbio ai prioritari esami radiologici o alla scintigrafia ossea
19	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Standard tecnico: sonde endovaginali ad alta frequenza (≥ 5 MHz). Via transaddominale: a fini integrativi o in caso di impossibilità di accesso per via vaginale
20	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	In associazione ad indagini di laboratorio 90.17.6 e 90.17.8 secondo Linee guida per la gravidanza
21	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Secondo Linee guida per la gravidanza
22	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) DOLORE RACHIDEO E/O SINTOMATOLOGIA DI TIPO NEUROLOGICO, resistente alla terapia, della durata di almeno due settimane B) TRAUMI RECENTI E FRATTURE DA COMPRESSIONE
23	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Studio di stadiazione oncologica; in ambito pediatrico Forme precoci di Spondilite anchilosante non radiologicamente evidenti ovvero di mielopatia spondilogenetica Diagnosi e monitoraggio Sclerosi multipla
24	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Dolore violento, recente, ingravescente. In presenza di deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore B) SOSPETTO ONCOLOGICO: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit motori e sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori C) SOSPETTA INFEZIONE: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. In presenza di febbre, recenti infezioni batteriche, terapie immunosoppressive, HIV D) COMPLICANZE POST-TRAUMATICHE
25	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Studio di stadiazione oncologica o in ambito pediatrico dubbio diagnostico di stenosi del canale midollare

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
26	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di lesione osteocondrale dubbia alla Rx. In caso di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa ed ecografia negativa o dubbia B) POST-CHIRURGICA: Non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze C) SOSPETTA INFIAMMAZIONE: Non indicata inizialmente. Solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica (early arthritis) Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM
27	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di sospette lesioni legamentose intra-articolari con dolore persistente e/o blocco articolare; valutazione preliminare alla artroscopia B) POST-CHIRURGICA: Non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze C) SOSPETTA INFIAMMAZIONE: Non indicata inizialmente. Solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica (early arthritis) Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM
28	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Indagine di scelta per la stadiazione locale di una neoplasia accertata B) SOSPETTO ONCOLOGICO: Indicata per la migliore valutazione delle strutture muscolari e tendinee
29	CONDIZIONE EROGABILITA'	Fattori di rischio per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea
30	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Diagnosi di tumori neuroendocrini
31	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) Diagnosi delle porfirie B) Intossicazioni da piombo
32	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Di norma prescrivibile come indagine di I livello in caso di danno epatico noto o sospetto (anche da farmaci potenzialmente epatotossici) da valutare o monitorare
33	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indagine di I livello in caso di sospetta malnutrizione o di patologie epatiche e/o renali
34	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indagine di II livello nella diagnosi di patologie muscolari
35	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indagine di II livello utile nella diagnosi e nel monitoraggio delle patologie pancreatiche Utile in caso di amilasemia totale elevata
36	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Diagnosi dell'irsutismo

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
37	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) Indagine di I livello nello screening e nella diagnosi delle seguenti patologie: 1. calcolosi renale; 2. malattie ossee; 3. Disordini neurologici e psichiatrici; 4. ipercalcemia e ipocalcemia da varie cause; 5. insufficienza renale; 6. malattie tiroidee; 7. Malattie gastrointestinali; 8. malattie neoplastiche B) Utile per il monitoraggio terapeutico
38	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) come screening in tutti i soggetti di età superiore a 40 anni; in assenza di valori alterati, modifiche dello stile di vita o interventi terapeutici, l'esame è da ripetere a distanza di 5 anni B) nei soggetti con malattia cardiovascolare o qualsiasi fattore di rischio noto (cardiovascolare, familiarità per malattie dismetaboliche, eventi cardiovascolari precoci, dislipidemia anche in trattamento secondo nota AIFA, ecc.)
39	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) Indagine di II livello nella diagnosi di patologie muscolari B) Pazienti con malattia cardiovascolare in trattamento con statine
40	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indagine di II livello per il monitoraggio di: A) patologie renali croniche B) malattie dismetaboliche
41	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	In associazione con 88.78.4 "ECOGRAFIA OSTETRICA CON STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: studio della traslucenza nucale e consulenza pre e post test combinato per la determinazione del rischio prenatale di anomalie cromosomiche (PRIMO TRIMESTRE)
42	CONDIZIONE EROGABILITA'	Note alle prestazioni: 90.17.B "DOSAGGIO FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI" 90.17.C "DETERMINAZIONE FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE " 90.40.8 "SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING" e 90.40.9 "SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI"
43	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Per la valutazione della riserva ovarica nella donna fertile
44	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) MONITORAGGIO DI CARCINOMI (neuroendocrini, carcinomi indifferenziati e a piccole cellule, carcinomi polmonari) B) COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO: di norma su indicazione specialistica, in situazioni nelle quali altri accertamenti, in particolare imaging, indichino la presenza di una neoplasia Si esclude l'utilizzo della prestazione come prima prestazione diagnostica/di screening
45	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indicata nei pazienti con patologie primitive o secondarie: a) ossee b) epatobiliari
46	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indagine di II livello utile nella diagnosi e nel monitoraggio delle patologie ossee
47	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) Malattie renali croniche B) Alterazioni del metabolismo del calcio

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
48	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Utile nella diagnosi in caso di sospetta malattia emolitica e diseritropoietica
49	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Utile nella diagnosi e prognosi delle patologie pancreatiche
50	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	In caso di sospetto malassorbimento, alcolismo e nei pazienti con ipocloremia, ipocalcemia e/o disturbi del ritmo cardiaco.
51	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	In pazienti con accertate o sospette patologie muscolari
52	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indagine di I livello nella diagnosi e nel monitoraggio di molte patologie, prevalentemente renali, epatiche ed enteropatie proteinodisperdenti Il loro dosaggio evidenzia lo stato nutrizionale
53	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Portatori di protesi impiantabili metallo su metallo
54	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Diagnosi di Fibrosi Cistica
55	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) alterazioni del metabolismo renale B) monitoraggio delle terapie citotossiche C) nella patologia gottosa
56	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indagine di II livello per la diagnosi di diatesi emorragiche
57	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Nella diagnosi ma non nel monitoraggio delle tiroiditi
58	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) MONITORAGGIO di carcinoma ovarico e uterino, peritoneo e mesotelio B) COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO PER CARCINOMA OVARICO: su prescrizione specialistica in situazioni nelle quali altri accertamenti, in particolare imaging, indichino la presenza di una neoplasia Si esclude l'utilizzo della prestazione come prima prestazione diagnostica/di screening
59	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	MONITORAGGIO di carcinoma mammario
60	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) MONITORAGGIO di adenocarcinomi del pancreas, delle vie biliari, dello stomaco e del polmone B) COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO: su prescrizione specialistica situazioni nelle quali altri accertamenti, in particolare imaging, indichino la presenza di una neoplasia Si esclude l'utilizzo della prestazione come prima prestazione diagnostica/di screening
61	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	MONITORAGGIO a) carcinoma mammario b) adenocarcinomi in qualsiasi sede
62	CONDIZIONE EROGABILITA'	Patologie/condizioni (immunogenetica)

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
63	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	DIAGNOSI E SORVEGLIANZA a) carcinoma squamoso del polmone b) adenocarcinoma delle vie biliari c) carcinoma squamoso in qualunque sede
64	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	In emergenza emorragica con sospetto sovradosaggio di eparina a basso peso molecolare o di Xabani
65	CONDIZIONE EROGABILITA'	Prescrivibile solo in previsione di trapianto/donazione, trasfusione o in donne in gravidanza e in funzione preconcezionale
66	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Test di II livello, da effettuare quando il prick test non è eseguibile o esaustivo, di norma su indicazione specialistica
67	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Per l'inquadramento delle allergie reaginiche (rinocongiuntivite allergica, asma allergico, dermatite atopica, orticaria, allergia alimentare) da effettuare quando il prick test non è eseguibile o esaustivo
68	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) Esame complementare nella diagnosi di alveoliti allergiche estrinseche B) In Allergologia avanzata per valutare il grado di tolleranza avvenuta in caso di desensibilizzazione nell'allergia al veleno di imenotteri e di allergia alimentare, su prescrizione specialistica
69	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indagine di II livello, su prescrizione specialista allergologo
70	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Indagine di II livello, su indicazione dello specialista allergologo
71	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Test di II livello per la diagnosi di piastrinopatia
72	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche congenite
73	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Solo se HBsAg Positivo
74	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Contestualmente all'esito positivo dell'HbsAg
75	CONDIZIONE EROGABILITA'	Secondo linee guida, in caso di patologia tumorale maligna già evidenziata
76	CONDIZIONE EROGABILITA'	Patologie/condizioni genetiche (anatomia patologica)
77	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Per la diagnostica delle orticarie croniche, a seguito di visita specialistica
78	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Test di primo livello per l'inquadramento delle allergie reaginiche (Rinocongiuntivite allergica, Asma allergico, Dermatite atopica, Orticaria) da erogare, di norma, contestualmente alla visita specialistica
79	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Sospetta dermatite allergica da contatto, erogabile, di norma, a seguito di visita specialistica
80	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Approfondimento diagnostico in caso di sospetta allergia a farmaci, su indicazione dello specialista allergologo

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
81	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A seguito di visita allergologica
82	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Diagnostica dell'orticaria su verosimile base autoimmune, rilevata in corso di visita allergologica
83	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	In caso di sospetta allergia al veleno di imenotteri rilevata in corso di visita allergologica, su prescrizione dello specialista allergologo
84	CONDIZIONE EROGABILITA'	A) Per tumori primitivi, secondari (massimo 5 metastasi od oligoprogressioni), o recidivati dopo altra radioterapia B) per disordini funzionali, MAV di dimensioni non superiori a 3 cm per la seduta singola, non superiori a 6 cm per le sedute frazionate
85	CONDIZIONE EROGABILITA'	MALATTIE TUMORALI pazienti con una delle forme tumorali sottoelencate, in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: a) PS 0-2 b) massimo 5 metastasi od oligoprogressioni c) tumore primitivo controllabile o controllato 1) metastasi cerebrali singole o multiple (in associazione o in alternativa a pan-irradiazione encefalica) 2) recidive di gliomi ad alto grado di malignità già sottoposti a radioterapia conformazionale 3) neoplasie encefaliche pediatriche 4) meningiomi maligni (WHO III) o atipici (WHO II) come trattamento postoperatorio in alternativa al trattamento radioterapico conformazionale 5) meningiomi tipici (WHO I) inoperabili per sede (in particolare meningiomi del seno cavernoso e meningiomi del tentorio) 6) recidive di meningiomi di qualsiasi grado di differenziazione 7) adenomi ipofisari 8) schwannomi vestibolari 9) melanoma dell'uvea 10) tumori retro-orbitali (sarcomi, linfomi, metastasi) 11) patologia neoplastica del distretto ORL primitiva o recidivante dopo altra terapia MALATTIE NON TUMORALI a) malformazioni arterovenose b) angiomi cavernosi c) epilessia d) nevralgia del trigemino e) patologia cerebrale funzionale f) malattia di Parkinson g) demenze
86	CONDIZIONE EROGABILITA'	Linfoma cutaneo a cellule T La prestazione è intesa come trattamento completo comprensivo anche di tutte le fasi propedeutiche
87	CONDIZIONE EROGABILITA'	Per il condizionamento nel trapianto di midollo osseo in pazienti affetti da leucemie e/o linfomi e/o mielomi

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
88	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	A) Pazienti la cui tolleranza all'esercizio fisico è limitata da disfunzione dei muscoli respiratori o da patologie cardiologiche e/o pneumologiche B) preparazione ad intervento chirurgico addominale o toracico C) svezzamento dalla ventilazione meccanica D) patologie neuromuscolari
89	CONDIZIONE EROGABILITA'	Secondo le indicazioni definite dal decreto attuativo degli artt. 3 e 21 della Legge 219/2005
90	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Su indicazione specialistica
91	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Per le seguenti patologie, su indicazione dello specialista dermatologo 1) malattie linfoproliferative della cute 2) Psoriasi di grado moderato non responsiva a terapia topica 3) Vitiligine 4) Eczemi 5) Prurigo 6) altre malattie infiammatorie cutanee responsive alla fototerapia 7) desensibilizzazione di alcune fotodermatosi Prima dell'inizio della terapia è necessario effettuare il dosaggio degli ANA ed escludere la presenza di eventuali patologie fotomodulate o fotoaggravate
92	CONDIZIONE EROGABILITA'	La prestazione è riferita alle patologie genetiche (genetica medica) e alle patologie oncoematologiche e immunogenetiche con stesso codice. Per l'individuazione dei singoli geni per la genetica medica si fa riferimento a quelli con valore diagnostico riportati nella Banca dati Orphanet e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo e per le patologie oncoematologiche e immunogenetiche ai geni specificamente indicati
93	CONDIZIONE EROGABILITA'	La prestazione è riferita alle patologie citogenetiche e oncoematologiche con il medesimo codice. Per l'individuazione dei singoli geni, si fa riferimento a quelli riportati nella Banca dati Orphanet, e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo, con valore diagnostico per la citogenetica e ai singoli geni indicati per l'oncoematologia
94	CONDIZIONE EROGABILITA'	Solo per GEFITINIB, secondo raccomandazioni EMA
95	CONDIZIONE EROGABILITA'	Solo per ATANAZAVIR, secondo raccomandazioni EMA
96	CONDIZIONE EROGABILITA'	Solo per ERLOTINIB, secondo raccomandazioni EMA

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
97	CONDIZIONE EROGABILITA'	Pazienti con una delle forme tumorali sottoelencate, in assenza di malattia metastatica, in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: a) il trattamento abbia finalità radicali curative b) PS: 0-2 ECOG c) non siano presenti concomitanti malattie o comorbidità invalidanti che riducano in maniera significativa l'attesa di vita 1) cordini e condrosarcomi della base del cranio e del rachide 2) tumori del tronco encefalico (esclusi i tumori intrinseci diffusi del ponte) e del midollo spinale 3) sarcomi del distretto cervico-cefalico, paraspinali, retroperitoneali e pelvici 4) sarcomi delle estremità ad istologia radioresistente (osteosarcoma, condrosarcoma) 5) meningiomi intracranici in sedi critiche (stretta adiacenza alle vie ottiche e al tronco encefalico) 6) tumori orbitari e periorbitari (es. seni paranasali) incluso il melanoma oculare 7) carcinoma adenoideo-cistico delle ghiandole salivari 8) tumori solidi pediatrici 9) tumori in pazienti affetti da sindromi genetiche e malattie del collagene associate ad un'aumentata radiosensibilità 10) recidive che richiedono il ritrattamento in un'area già precedentemente sottoposta a radioterapia
98	CONDIZIONE EROGABILITA'	Per la valutazione dell'idoneità al trapianto di organi, tessuti o cellule, per le verifiche di compatibilità e per il follow up dei soggetti sottoposti a trapianto
99	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Test di II livello, da effettuare quando il prick test non è eseguibile o esau-
100	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	Approfondimento diagnostico in caso di sospetta allergia a farmaci o veleni, su indicazione dello specialista allergologo

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
101	CONDIZIONE EROGABILITA'	MALATTIE TUMORALI pazienti con una delle forme tumorali sottoelencate, in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni a) PS 0-2 b) massimo 5 metastasi od oligoprogressioni c) tumore primitivo controllabile o controllato 1) metastasi cerebrali singole o multiple (in associazione o in alternativa a pan-irradiazione encefalica) 2) recidive di gliomi ad alto grado di malignità già sottoposti a radioterapia conformazionale 3) neoplasie encefaliche pediatriche 4) meningiomi maligni (WHO III) o atipici (WHO II) come trattamento postoperatorio in alternativa al trattamento radioterapico conformazionale 5) meningiomi tipici (WHO I) inoperabili per sede (in particolare meningiomi del seno cavernoso e meningiomi del tentorio) 6) recidive di meningiomi di qualsiasi grado di differenziazione 7) adenomi ipofisari 8) schwannomi vestibolari 9) melanoma dell'uvea 10) tumori retro-orbitali (sarcomi, linfomi, metastasi) 11) patologia neoplastica del distretto ORL primitiva o recidivante dopo altra terapia 12) recidive dei tumori del rinofaringe o di tumori a partenza da altre sedi del distretto ORL dopo trattamento di prima linea 13) tumori della base del cranio (cordomi e condrosarcomi) 14) localizzazioni di tumori rari del distretto testa/collo (paragangliomi, carcinoma a cellule di Merkel) 15) lesioni neoplastiche polmonari 16) lesioni neoplastiche epatiche 17) neoplasie pancreatiche 18) neoplasie prostatiche 19) neoplasie addominali primitive o secondarie 20) lesioni spinali neoplastiche MALATTIE NON TUMORALI a) malformazioni arterovenose b) angiomi cavernosi c) epilessia d) nevralgia del trigemino e) patologia cerebrale funzionale f) malattia di Parkinson g) demenze h) lesioni spinali non neoplastiche
102	INDICAZIONI APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA	su indicazione dello specialista allergologo

NUMERO NOTA	TIPO NOTA	CONTENUTO NOTA
P1	CONDIZIONE EROGABILITA'	Per le patologie/condizioni genetica medica, citogenetica, oncoematologia, immunogenetica, patologia oncologica su prescrizione specialistica Per la genetica Medica si fa riferimento ai geni con valore diagnostico riportati nella Banca dati Orphanet e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo

Delibera della G.P. n. 169 del 19.03.2024

ALLEGATO O: PATOLOGIE GENETICA

GENETICA MEDICA ("A")

CODICE	PATOLOGIA
P001	Aarskog-Scott, Sindrome
P002	Aceruloplasminemia
P003	Acidosi renale tubulare distale AD
P004	Acidosi renale tubulare distale AR con sordità
P005	Acidurie Organiche (AO)
P006	Acondroplasia
P007	Acrodermatite enterica da deficienza di ZN (AEZ)
P008	Acromatopsia
P009	Adrenoleucodistrofia X-Linked
P010	Agammaglobulinemia AR (AGA-AR)
P011	Agammaglobulinemia X-Linked (AGA-XL)
P012	Agenesia dentaria e cleft oro-facciale
P013	Alagille, Sindrome
P014	Albinismo oculare
P015	Albinismo Oculocutaneo
P016	Alcaptonuria
P017	Alexander, Malattia
P018	Alfa Mannosidosi
P019	Alport, Sindrome
P020	Alstrom, Sindrome
P021	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro - anemia ipocromica con sovraccarico di ferro
P022	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro: sindrome IRIDA
P023	Alzheimer familiare
P024	Amaurosi congenita di Leber
P025	Amiloidosi
P026	Andersen-Tawil, Sindrome
P027	Anemia di Fanconi tipo A
P028	Anemia diseritropoietica tipo 1
P029	Anemia emolitica da deficienza di piruvato chinasi
P030	Aneurismi ereditari
P031	Angelman, Sindrome di
P032	Aniridia
P033	Anomalie vitreo (in particolare vitreopatie essudative)
P034	Apert, Sindrome di
P035	Arginosuccinico aciduria, Deficit di arginosuccinico liasi, deficit di ASL
P036	Aritmie ereditarie/canalopatie/CPVT
P037	Arts, Sindrome
P038	Atassia con deficit della vitamina E
P039	Atassia Aprassia Oculomotoria (AOA)
P040	Atassia con deficit di Coenzima Q
P041	Atassia di Friedreich
P042	Atassia spastica AR (ARSACS)
P043	Atassia spinocerebellare, ritardo mentale e epilessia
P044	Atassia telangiectasia Like, disorder
P045	Atassia Teleangectasica
P046	Atassie episodiche
P047	Atassie spinocerebellari
P048	Atelogenesi, Tipo II
P049	Atrofia dentato-rubro-pallido-luisiana
P050	Atrofia muscolare spinale (SMA) con distress

CODICE	PATOLOGIA
P051	Atrofia Muscolare Spinale (SMN) /WERDNIG-HOFFMANN
P052	Atrofia muscolare spinale di Kennedy
P053	Atrofia muscolare spinale di Kennedy X-Linked
P054	Atrofia Ottica Autosomica Dominante
P055	Bannayan-Riley-Ruvalcaba, Sindrome
P056	Bardet-Biedl Syndrome
P057	Barth, Sindrome/ 3-Metilglutaconico aciduria tipo II
P058	Bartter, Sindrome
P059	Beckwith-Wiedemann, Sindrome
P060	Birt-Hogg-Dube, Sindrome
P061	Blau, Sindrome
P062	Blefarofimosi
P063	BLOOM syndrome, WERNER SYNDROME
P064	Cach, Sindrome Leucoencefalopatia con sostanza bianca evanescente (VANISHING WHITE MATTER disease)
P065	Cadasil, Sindrome
P066	Caffey, Sindrome
P067	Camurati-Engelmann, Malattia
P068	Canavan, Sindrome di
P069	Carasil, Sindrome di
P070	Carcinoma gastrico familiare e carcinoma lobulare familiare della mammella
P071	Carcinoma mammario e ovarico ereditario approfondimento diagnostico
P072	Carcinoma mammario e ovarico ereditario
P073	Carcinoma midollare e familiare della tiroide/MEN2 (RET)
P074	Cardiofaciocutanea, Sindrome
P075	Cardiomiopatia Dilatativa
P076	Cardiomiopatia dilatativa X-linked (XLDC)
P077	Cardiomiopatia Ipertrofica
P078	Cardiomiopatia ventricolare destra aritmogena
P079	Carney complex
P080	Ipoplasi cartilagine-capelli, Displasia anauxetica
P081	Cecità congenita notturna stazionaria
P082	Cefalopolisindattilia di Greig (sindromi da GLI3)
P083	Charcot Marie Tooth AD Neuropatia ereditaria con ipersensibilità alla pressione (HNPP)
P084	Charcot Marie Tooth X-Linked
P085	Charge, Sindrome
P086	Chediak-Higashi
P087	Citrullinemia
P088	Cohen, Sindrome
P089	Colestasi familiare intraepatica progressiva -Tipo I, Tipo II, Tipo III e Tipo IV
P090	Collage tipo 11 Sticker tipo 2, Sindrome Stickler tipo 3, Sindrome Marshall, Sindrome Fibrocondrogenesi Osmed AR Osmed AD

CODICE	PATOLOGIA
P091	Collagene tipo 2 Acondrogenesi tipo 2 Ipocondrogenesi SEDC congenita SEMD Strudwick Displasia di Kniest Displasia spondilo periferica SED con artrosi precoce SED con brevità metatarsale (Displasia Czech) S. di Stickler 1
P092	Collagene tipo 9 Displasia epifisaria multipla (EDM2) Displasia epifisaria multipla (EDM3) Displasia epifisaria multipla (EDM6) Stickler Sindrome AR
P093	Coloboma e anomalie renali
P094	Condrodisplasia metafisaria/Schmidt
P095	Condrodisplasia puntata X-Linked
P096	Contratture congenite letali, Sindrome
P097	Convulsioni benigne infantili/Convulsioni infantili e coreoatetosi parossistica
P098	Corea familiare benigna
P099	Cornelia de Lange, Sindrome
P100	Coroideremia
P101	Costello, Sindrome
P102	Cowden, Sindrome
P103	Craniofrontonasale, Sindrome
P104	Craniosinostosi isolate, Sindromi comuni
P105	Crigler Najjar, Sindrome
P106	Crouzon, Sindrome
P107	Currarino, Sindrome
P108	Cutis Laxa AR Tipo IIA- (ARCL2A)
P109	Danon, Malattia di
P110	Darier, malattia
P111	Deficienza di GLUT1, Sindrome
P112	Deficit ALFA-1 Antitripsina
P113	Deficit coenzima Q10
P114	Deficit Congenito Fattore VII
P115	Deficit Congenito Fattore X
P116	Deficit Congenito Fattore XI
P117	Deficit di Creatina sintesi
P118	Deficit di Creatina Trasporto
P119	Deficit di 17 alfa idrossilasi/17,20 liasi
P120	Deficit di 17 beta Idrossilasi
P121	Deficit di 3-idrossiacil-CoA deidrogenasi a catena lunga, deficit di LCHAD
P122	Deficit di 3-metilglutaconico, aciduria
P123	Deficit di 5 alfa Reduttasi
P124	Deficit di Acil-CoA Deidrogenasi a catena corta (SCAD)
P125	Deficit di Acil-CoA Deidrogenasi a catena lunga (VLCAD)
P126	Deficit di Acil-CoA Deidrogenasi a catena media (MCAD)
P127	Deficit di adenina deaminasi (ADA-SCID)
P128	Deficit di Adenina Fosforibosil Transferasi
P129	
P130	Deficit di Aminoacilasi di tipo 1

CODICE	PATOLOGIA
P131	Deficit di Biotinidasi
P132	Deficit di carnitina palmitol transferasi
P133	Deficit di citocromo p450 ossidoreduttasi
P134	Deficit di Glucosio 6 fosfato deidrogenasi
P135	Deficit di HMG-CoA Liasi, 3-idrossi-3-metilglutarico aciduria
P136	Deficit di Idrossilasi Amminoacidi aromatici
P137	Deficit di Mevalonato Chinasi (MKD)
P138	Deficit di N-acetilglutammato sintetasi (NAGS)
P139	Deficit di Olocarbossilasi Sintetasi (HLCS)
P140	Deficit di Ornitina Aminotransferasi
P141	Deficit di Ornitina Transcarbamilasi
P142	Deficit di prosaposina SAP A, Malattia di Krabbe
P143	Deficit di prosaposina SAP B, Leucodistrofia Metacromatica
P144	Deficit di prosaposina SAP C, Malattia di Gaucher
P145	Deficit di trasporto Folati
P146	Deficit intellettivo e microcefalie
P147	Deficit isolato Ormone della Crescita
P148	Deficit multiplo di carbossilasi
P149	Deficit prima tappa del ciclo dell'urea
P150	Degenerazione maculare senile
P151	Demenza Frontotemporale
P152	Demenza Frontotemporale con malattia del motoneurone
P153	Dentinogenesi imperfetta
P154	Denys-Drash, Sindrome di
P155	Dermopatia Restrittiva Letale (LRD)
P156	Di George, Sindrome di
P157	Diabete Insipido Centrale
P158	Diabete insipido nefrogenico (NDI) autosom
P159	Diabete insipido nefrogenico (NDI) x-linked
P160	Diabete Mody
P161	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) (46,XX)
P162	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) (46, XY - 46, XX gonadici)
P163	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) (46, XY anomalie nella sintesi o nell'azione degli androgeni)
P164	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) (46, XY gonadici)
P165	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) con ipercheratosi palmoplantare
P166	Discromatosi simmetrica ereditaria 1 (DSH) e Aicardi Goutieres
P167	Displasia craniometafisaria
P168	Displasia Ectodermica
P169	Displasia Ectodermica Anidrotica con immunodeficienza A T-cell (EDA-ID)
P170	Displasia Ectodermica ipoidrotica X-Linked
P171	Displasia Ectodermica ipoidrotica/Clouston, Sindrome (HED2)
P172	Displasia ectodermica, Anchiloblefaron, Palatoschisi
P173	Displasia Epifisaria Multipla
P174	Displasia Metatropica e sindromi associate
P175	Displasia oculodentoossea
P176	Displasia ossea sclerosante
P177	Displasia spondilometafisaria con alterazioni encondromatose (spondiloencondrodisplasia
P178	Displasia tanatofora
P179	Distonia Dopa sensibile da deficit di Septiarina Reduttasi
P180	Distonia mioclonica

CODICE	PATOLOGIA
P181	Distonie (da torsione idiopatica, DOPA sensibile, mioclonica)
P182	Distrofia corneo retinica del cristallino di Bietti
P183	Distrofia dei coni
P184	Distrofia dei coni/bastoncelli
P185	Distrofia facioscapolomerale
P186	Distrofia Miotonica
P187	Distrofia muscolare congenita di Ullrich e Miopatia di Bethlem
P188	Distrofia Muscolare dei Cingoli 2B (LGMD2B) e miopatia di Myoshi
P189	Distrofia Muscolare dei Cingoli
P190	Distrofia Muscolare di Duchenne-Becker
P191	Distrofia Muscolare di Emery Dreifuss
P192	Distrofia oculofaringea
P193	Distrofia retinica ereditaria con fundus albipunctatus
P194	Distrofia vitelliforme dell'adulto/pattern dystrophy
P195	Distrofie corneali
P196	Disturbi della migrazione neuronale
P197	Disturbo del linguaggio/disprassia verbale
P198	Dravet, Sindrome incluso: Epilessia Mioclonica Severa dell'Infanzia (SMEI), Epilessia Generalizzata con Crisi Febrili Plus (GEFS+), Epilessia con Assenze dell'Infanzia
P199	Ehlers-Danlos e Sindromi Marfanoidi (DD di JHS/EDS-HT e sindromi comuni) e varianti rare
P200	Ellis-Van Creveld, sindrome
P201	Emicrania Emiplegica Alternante/ Emiplegia Alternante dell'Infanzia
P202	Emocromatosi Ereditaria
P203	Emofilia A
P204	Emofilia B
P205	Emoglobinopatia Gamma
P206	Encefalomiopatia etilmalonica
P207	Encefalopatia epilettica
P208	Encefalopatia epilettica precoce
P209	Encefalopatia neurogastrointestinale Mitocondriale (MNGIE), Sindrome
P210	Epidermolisi bollosa distrofica
P211	Epidermolisi bollosa giunzionale da deficit di laminina-332
P212	Epidermolisi bollosa semplice basale
P213	Epidermolisi bollosa semplice da deficit di plectina
P214	Epilessia del Lobo Temporale Laterale (ADLTE) Epilessia Parziale con Sintomi Auditivi (ADLTE)
P215	Epilessia Frontale Notturna Autosomica Dominante (ADNFLE)
P216	Epilessia infantile familiare benigna
P217	Epilessia Mioclonica Giovanile (JME)
P218	Epilessia piridossal fosfato-dipendente
P219	Epilessia progressiva mioclonica
P220	Epilessie focali e idiopatiche generalizzate
P221	Eritrocheratoderma variabilis
P222	Esostosi Multiple Ereditarie
P223	Eterotopia Periventricolare X-linked Sindrome Oto-Palato-Digitale Tipo I e II Sindrome di Melnick-Needles Displasia Fronto-Metafisale Eterotopia Periventricolare
P224	Etilmalonico aciduria
P225	Fabry, Malattia
P226	Febbre Mediterranea Familiare (FMF)
P227	Fenilchetonuria o iperfenilalaninemia/deficit di fenilalanina idrossilasi

CODICE	PATOLOGIA
P228	Feocromocitoma e Paraganglioma secernente (sPGL)
P229	Feocromocitoma-paraganglioma ereditario
P230	Fibrosi Cistica
P231	Fibrosi polmonare
P232	Foramina parietalia
P233	Frasier, Sindrome
P234	Fraxe, sindrome
P235	Freeman Sheldon
P236	Galattosemia
P237	Galattosialidosi, Deficit combinato beta Galattosidasi/Neuraminidasi
P238	Gangliosidosi GM1, Deficit beta-galattosidasi
P239	Gaucher, Malattia/Deficit di beta-Glucosidasi
P240	Gilbert, Sindrome
P241	Glaucoma familiare
P242	Glicogenosi
P243	Gorlin, Sindrome
P244	Granulomatosi cronica X-linked
P245	Greenberg, displasia scheletrica
P246	Hailey-Hailey, Malattia
P247	Hajdu Cheney, Sindrome di
P248	Hallervorden-Spatz, Sindrome di
P249	Holt-Oram, Sindrome di
P250	Huntington, Malattia di
P251	IL2RA deficienza
P252	Immunodeficienza combinata grave T-B-Omenn Sindrome di (SCID T-B)
P253	Immunodeficienza combinata severa X-Linked (XSCID)
P254	Immunodeficienza comune variabile (CVID)
P255	Infertilità maschile CATSPER-Relata
P256	Insensibilità agli Androgeni, Sindrome (AIS)
P257	Insensibilità al dolore
P258	Intolleranza Ereditaria al Fruttosio (HFI), deficit di Aldolasi B
P259	Intolleranza ereditaria al lattosio
P260	Iper IgE, Sindrome
P261	Iper IgM, Sindrome
P262	Iperargininemia
P263	Ipercalcemia infantile idiopatica
P264	Ipercolesterolemia AD
P265	Ipercolesterolemia AR
P266	Ipercolesterolemia AR TIPO 3
P267	Ipercolesterolemia Familiare TIPO 2, Deficit di Apolipoproteina B
P268	Ipercolesterolemie Familiari
P269	Iperfenilalaninemia/DHPR
P270	Iperferritinemia-cataratta, Sindrome B291
P271	Iperparatiroidismo familiare isolato
P272	Iperparatiroidismo neonatale severo
P273	Iperplasia Surrenale Congenita (ISC)
P274	Ipertermia Maligna
P275	Ipertiroidismo non autoimmune
P276	Ipertrigliceridemie

CODICE	PATOLOGIA
P277	Ipertrigliceridemie: difetto combinato di Lipasi
P278	Ipoacusia Neurosensoriale non sindromica Mitocondriale
P279	Ipoacusie ereditarie non sindromiche
P280	Ipoalfa Lipoproteinemia/ Malattia di Tangier e Deficienza familiare di HDL
P281	Ipo beta Lipoproteinemia Abetalipoproteinemia (ABL)
P282	Ipo beta Lipoproteinemia familiare (FHBL)
P283	Ipocaliemia, paralisi
P284	Ipocondroplasia
P285	Ipofosfatemia X-linked
P286	Ipogonadismo Ipogonadotropo
P287	Ipoparatiroidismo
P288	Ipoplasia Surrenale congenita associata a Ipogonadismo Ipogonadotropo
P289	Ipotiroidismo Congenito
P290	IRIDA (Iron Refractory Iron Deficiency Anemia-IRIDA) Sindrome
P291	Ittiosi congenite autosomiche recessive
P292	Ittiosi epidermolitica
P293	Ittiosi epidermolitica superficiale
P294	Ittiosi X-linked
P295	Joubert, Sindrome di
P296	Kabuki, sindrome di
P297	Kallmann, Sindrome di
P298	KBG, Sindrome
P299	Kearns-Sayre, Sindrome di
P300	Keutel, sindrome di
P301	KID, Sindrome
P302	Kindler, Sindrome di
P303	Kostmann, Sindrome di
P304	Krabbe, Malattia di
P305	Laron, sindrome di /Insensibilità al GH
P306	Legius, Sindrome di
P307	Leigh, Malattia di
P308	Leopard, Sindrome di
P309	Leri-Weill, Sindrome di /bassa statura non sindromica
P310	Lesch-Nyhan, Sindrome di
P311	Leucodistrofia metacromatica
P312	Leucoencefalopatia e epilessia (deficit di MTHFR)
P313	Liddle, Sindrome di
P314	Li-Fraumeni, Sindrome
P315	Linfoistocitosi emofagocitica familiare (FHL2)
P316	Linfoproliferativa X-Linked2, Sindrome (XLP2)
P317	Linfoproliferativa Autoimmune Sindrome Tipo 0, 1A, 1A-SM, 1B (ALPS)
P318	Linfoproliferativa X-Linked, Sindrome (XLP)
P319	Lipodistrofia congenita di Berardinelli Seip
P320	Lipodistrofia con displasia mandiboloacrale tipo B
P321	Lissencefalia di Miller-Dieker, da delezione 17p13.3
P322	Lissencefalia isolata Eterotopia a Banda sottocorticale
P323	Lissencefalia polimicrogiria eterotopia

CODICE	PATOLOGIA
P324	Lissencefalia X-linked con Genitali Ambigui Sindrome degli Spasmi Infantili X-linked Sindrome di West Epilessia Mioclonica X-linked con spasticità e Ritardo Mentale
P325	Lowe, Sindrome di
P326	Lynch, Sindrome di
P327	Macrocefalia e Autismo
P328	Maculopatia di Best
P329	Malattia da accumulo degli esteri del colesterolo
P330	Malattia da mutazione del gene MYH9
P331	Malattia da ritenzione dei Chilomicroni
P332	Malattia di Dent 2
P333	Malattia dei gangli basali responsivo alla biotina
P334	Malattia di Pompe, Deficit di Maltasi Acida, Deficit di alfa-glucosidasi
P335	Malattie da -Ossidazione
P336	Malattia genetica da Disomia uniparentale
P337	Malattia midollare cistica renale
P338	Malattie mitocondriali da deficit di DNA polimerasi gamma
P339	Malonico aciduria, deficit di Malonil-CoA decarbossilasi
P340	Malformazioni cerebrali cavernose (CCM)
P341	Mannosidosi tipo I
P342	Marfan, Sindrome e malattie correlate
P343	McCune-Albright, Sindrome di
P344	Melanoma ereditario Sindrome del nevo displastico
P345	Melanoma ereditario Sindrome del nevo displastico secondo livello
P346	MELAS, Sindrome (miopatia mitocondriale, encefalopatia acidosi lattica ed episodi stroke-like)
P347	Melorestosi Osteopoichilosi Burschkeollendorf, Sindrome
P348	MERFF, Sindrome (epilessia mioclonica con fibre rosse sfilacciate)
P349	Metilmalonico aciduria
P350	Metilmalonico aciduria con omocistinuria
P351	Metilmalonico aciduria Mut/ deficit di Methylmalonyl CoA mutase (tipo MUT)
P352	Microcefalia (AR)
P353	Microftalmia Anoftalmia
P354	Microftalmia isolata con cataratta 2 (MCOPCT2)
P355	Miller, Sindrome di
P356	Miopatia Central Core
P357	Miopatia centronucleare
P358	Miopatia Desmina Relata
P359	Miopatia di Brody 1
P360	Miopatia di Miyoshi
P361	Miopatia mioclonica
P362	Miopatia Miofibrillare Cryab Relata
P363	Miopatia Miofibrillare da Miotilina
P364	Miopatia Miofibrillare SEPN1 Relata
P365	Miopatia ZASP Relata 1

CODICE	PATOLOGIA
P366	Miopatie congenite
P367	Miotonia congenita di Thomsen/Becker
P368	Morquio, MPSIV, Deficit N-acetil-galattosamina 6-solfatasi, Deficit di Beta Galattosidasi
P369	Mowat-Wilson, Sindrome di
P370	Mucopolipidosi
P371	Mucopolisaccaridosi (complementare alle analisi biochimiche per la conferma diagnostica)
P372	Muenke, Sindrome di
P373	Nager, Sindrome di /Disostosi Acrofacciale di tipo I
P374	Nail-Patella, Sindrome di
P375	Nefronoftisi Tipo 1
P376	Nefropatia Giovanile Iperuricemica Tipo 2 (HNFJ2)
P377	Neoplasia endocrina multipla di tipo 1
P378	Neoplasia endocrina multipla di tipo 2 (MEN2A E 2B)
P379	Neoplasia endocrina multipla di tipo 4 (MEN4)
P380	Netherton, Sindrome di
P381	Neurofibromatosi tipo 1
P382	Neurofibromatosi tipo 2
P383	Neuropatia atassia retinite pigmentosa, Sindrome (NARP)
P384	Neuropatia distale motoria
P385	Neuropatia Ottica Ereditaria di Leber
P386	Neuropatie di tipo sensitivo e disautonomico
P387	Neuropatie periferiche
P388	Neutropenia ciclica
P389	Neutropenia congenita
P390	Neutropenia congenita grave
P391	Nicolaides-Baraitser, Sindrome di /Coffin-Siris, sindrome di
P392	Niemann Pick tipo C, Malattia di
P393	Nijmegen Breakage, Sindrome di
P394	Noonan, Sindrome e sindromi correlate
P395	Oftalmoplegia esterna progressiva (CPEO)
P396	Oftalmoplegia esterna progressiva (CPEO) mitocondriale
P397	Okihiro, sindrome e varianti
P398	Oligo-azoospermia
P399	Oloprosencefalia
P400	Opitz, Sindrome X-Linked
P401	Opitz-Kaveggia e Lujan-Fryns Sindrome di
P402	Osteogenesi imperfecta
P403	Pachionichia congenita
P404	Paget giovanile AR, morbo di
P405	Paget, morbo di
P406	Pancreatite cronica familiare
P407	Panipopituitarismo
P408	Panipopituitarismo e Displasia settoottica
P409	Paraganglioma
P410	Paralisi Ipercaliémica
P411	Paraparesi spastica familiare
P412	Parkinson ereditario, Malattia di
P413	Pendred, Sindrome di
P414	Perrault, Sindrome di

CODICE	PATOLOGIA
P415	Persistenza ereditaria di emoglobina fetale-beta tal
P416	Pfeiffer, Sindrome di
P417	Piastrinopatie ereditarie
P418	Pitt-Hopkins, Sindrome
P419	Poliendocrinopatia autoimmune tipo 1 (APS1 o APECED)
P420	Poliglucosano Adulto BODY
P421	Polimicrogiria Bilaterale Fronto-Parietale
P422	Polimicrogiria Bilaterale Perisilviana
P423	Polineuropatia Cardiopatica Amiloidotica Familiare
P424	Poliposi Adenomatosa Familiare
P425	Porfiria acuta intermittente
P426	Prader-Willi, Sindrome di
P427	Progeria di Hutchinson-Gilford di
P428	Pseudoaccondroplasia Displasia epifisaria multipla
P429	Pseudodeficienza arilsulfatasi A
P430	Pseudoipoadosteronismo
P431	Pseudoipoparatiroidismo
P432	Pseudoxantoma elastico
P433	Pterigio Multiplo, Sindrome letale
P434	Pubertà Precoce
P435	Rachitismo ipofosfatemico
P436	Rachitismo vitamina D dipendente tipo I e tipo II
P437	RASopatie
P438	Rene policistico AD
P439	Rene policistico AR
P440	Retiniti pigmentose AD
P441	Retiniti pigmentose AR
P442	Retinoblastoma
P443	Retinoschisi X-Linked
P444	Rett, Sindrome e varianti
P445	Ritardo mentale alfa-talassemia X-linked e autosomico
P446	Rothmund-Thomson Sindrome, Baller-Gerold Sindrome, Rapalino Sindrome
P447	Rubinstein Taybi, sindrome di
P448	Saethre-Chozen, Sindrome Scafoencefalia
P449	Schopf-Schulz-Passarge, Sindrome Agenesia dentaria
P450	Schwannomatosi (neurofibromatosi tipo 3)
P451	Sclerosi Laterale Amiotrofica
P452	Sclerosi laterale amiotrofica giovanile
P453	Sclerosi Tuberosa
P454	Senior-Loken, Sindrome di
P455	Sialidosi
P456	Silver Russel, Sindrome di
P457	Simpson-Golabi-Behmel, Sindrome di
P458	Sindrome associata a mutazioni del Recettore 1A del TNF-alfa (TRAPS)
P459	Sindrome branchio-oto-renale (BOR)
P460	Sindrome da eccesso/deficienza di Aromatasi

CODICE	PATOLOGIA
P461	Sindrome da esfoliazione acrale (acral peeling skinsyndrome)
P462	Sindrome da persistenza dotti di Muller (PMDS)
P463	Sindrome QT-lungo familiare
P464	Sjögren-Larsson, Sindrome di
P465	Smith Lemli Opitz, Sindrome di
P466	Smith Magenis, Sindrome (non deleto)
P467	Sordità non sindromica
P468	Sotos, Sindrome di
P469	Stargardt, Malattia di
P470	Stuve Wiedemann (LIFR), Sindrome di
P471	Swyer, Sindrome/ Pseudoermafroditismi maschili/ Sex reversal (SRY)
P472	Talassemia alfa
P473	Talassemia beta
P474	Talassemia gamma
P475	Talassemie ed Emoglobinopatie gamma
P476	Tirosinemia tipo I
P477	Townes Brookes, Sindrome e varianti
P478	Treacher Collins, Sindrome di
P479	Trigonocefalia
P480	Trombocitopenia amegacariocitica congenita (CAMT)
P481	Trombocitopenia ereditaria da anomalie di numero delle piastrine
P482	Trombocitopenia GATA X-Linked
P483	Trombofilie
P484	Turner, sindrome di
P485	Usher, Sindrome di
P486	Van der Woude, Sindrome di
P487	Vitreopatie ereditarie
P488	Von Hippel Lindau, Sindrome di
P489	Waardenburg tipo II, Sindrome di
P490	Weaver, Sindrome di
P491	Whim Sindrome di (Warts,Hypogammaglobulinemia, infections, Mielokathesis)
P492	Wilms, Tumore di
P493	Wilson, Malattia di
P494	Wolfram, Sindrome di
P495	X Fragile/FXTAS/POF
P496	Xantomatosi Cerebro Tendinea (CTX)

CITOGENETICA ("B")

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	EPOCA
C001	Sindrome associata ad anomalia cromosomica	POST NATALE
C002	Sindrome da instabilità cromosomica	
C003	Difetti congeniti/quadri malformativi	
C004	Disabilità intellettiva	
C005	Ritardo di accrescimento/sviluppo	
C006	Amenorrea/menopausa precoce	
C007	Genitali ambigui	
C008	Sterilità, infertilità, poliabortività	
C009	Consanguinei di portatori di anomalia cromosomica	
C010	Genitori a seguito di riscontro di anomalia cromosomica fetale	
C011	Rischio di anomalia cromosomica. Genitori di soggetti (decaduti senza diagnosi) malformati o con sospetta anomalia cromosomica	
C012	Anomalia cromosomica sospettata in base a risultati di precedenti analisi genetiche	
C013	Sindrome nota associata a micro-delezioni/duplicazioni	
C014	Conferma di mosaicismo cromosomico	
C029	Coppie con abortività spontanea ripetuta	
C016	Neoplasie ematologiche all'esordio e al follow-up	
C017	Singola anomalia cromosomica acquisita in neoplasie oncoematologiche	
C018	Anomalie cromosomiche acquisite in neoplasie oncoematologiche	
C019	Altre condizioni emerse in sede di consulenza genetica	
C020	Anomalia cromosomica sospettata in base a risultati di precedenti analisi genetiche	PRENATALE
C021	Conferma di mosaicismo cromosomico (prenatale)	
C022	Età materna avanzata	
C023	Precedente gravidanza con anomalia cromosomica fetale	
C024	Genitore portatore di anomalia cromosomica	
C025	Anomalie fetali e segni predittivi evidenziati ecograficamente	
C026	Indagini biochimiche sul siero materno suggestive di un aumento del rischio di patologia cromosomica nel feto	
C027	Conferma di aneuploidie riscontrate nel DNA fetale sul sangue materno (Per le aneuploidie validate da Linee Guida e Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali)	
C028	Altre condizioni emerse in sede di consulenza genetica prenatale	
C030	Diagnosi prenatale rapida di aneuploidie	
C031	Sindrome nota associata a micro-delezioni/duplicazioni (prenatale)	
C032	Anomalie delle regioni subtelomeriche	
C033	Malattia da Disomia uniparentale	

ONCOEMATOLOGIA ("C")

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	GENI DI RIFERIMENTO/REGIONE CROMOSOMICA DA INDAGARE
E001	Eritrocitosi	JAK2, JAK2V617F, EPO-R, LNK, VHL
E002	Ipereosinofilia	FIP1L1/PDGFR, cKIT D816V, PDGFRB, JAK2V617F
E003	Leucemia mieloide acuta	PML-RAR-alpha, NPM1, RUNX1-RUNX1T1, CBFbeta-MYH11, FLT-3 ITD, BCR-ABL, MLLAF1, MLL-AF4, MLL-AF6, MLL-AF9, MLL-AF10, DEK-CAN, CBFA2T3-GLIS2, OTT-MAL, MOZCBP, cKIT
E004	Linfoma/leucemia cell beta: traslocazioni IGH/BCL1; IGH/BCL2	IgH/BCL1, gene IgH/BCL2
E005	Leucemia linfatica cronica: Ipermutazione somatica IgHV	IGHV, TP53, ATM
E006	Mastocitosi	cKIT D816V, JAK2V617F
E007	Mielodisplasie (inclusa la leucemia mielomonocitica giovanile)	TP53, ASXL1, EZH2, TET2, SF3B1, SRSF2, ETV6, SETBP1, IDH2, DNMT3A, U2AF1, RUNX1, 5q-, PTPN-11, CBL, K-RAS, N-RAS, GATA2
E008	Mielofibrosi	JAK2V617F, JMPL, ASXL1, EZH2, IDH1 / IDH2, SRSF2, CALR
E009	Piastrinopenie familiari	GATA-1 (ESON 2,3,4,5,6), c-Mpl, RBM8A, HOXA-11, MYH9, WAS, DEB test
E010	Policitemia vera	JAK2V617F, LNK, CALR
E011	Trombocitemia essenziale	JAK2V617F, clonalita'-HUMARA, CALR
E012	Leucemia linfoblastica acuta	BCR-ABL, MLL-AF4, TEL-AML1, E2A-PBX1, IKZF1, SIL-TAL, clonalità TCR, riarrangiamento gene IgH
E013	Altre sindromi mieloproliferative (MPN)	CALR, JAK2, JAK2V617F
E014	Linfomi non-Hodgkin	IGH, ALK, C-MYC, BL2, BL6
E015	Leucemia linfatica cronica	IGHV, TP53, ATM
E016	Leucemia mieloide cronica	BCR-ABL
E017	Mieloma multiplo e gammopatie monoclonali	13q14, 17q13, IGH, t (4;14), t(6;14), t(8;14), t(11;14), t (16;14), t (14;20), TP53, 13q14, 1p/1q

IMMUNOGENETICA ("D")

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	GENI DI RIFERIMENTO DA INDAGARE	CONDIZIONI DI EROGABILITÀ
F001	Artrite Giovanile	B27	
F002	Artrite in corso di malattie croniche intestinali	B27	
F003	Artrite psoriasica	B27	
F004	Artrite reattiva	B27	
F005	Artrite Reumatoide	HLA-DRB1	Per l'accertamento della natura genetica della patologia nel soggetto affetto; eseguibile anche nei familiari di I grado
F006	Bechet, Malattia di	HLA-B51 e HLA-B27	
F007	Corioretinopatia tipo Bird-shot	HLA-A29	
F008	Diabete Mellito Tipo 1	HLA-DRB1 e HLA-DQA1 e HLA-DQB1	Per l'accertamento della natura genetica della patologia nel soggetto affetto; eseguibile anche nei familiari di I grado
F009	Malattia Celiachia	HLA-DQA1 e HLA-DQB1	Previa visita specialistica in caso di elevato sospetto clinico con indagini sierologiche di I livello non dirimenti; eseguibile anche nei familiari di I grado di affetto
F010	Narcolessia	HLA-DQB1*06.02	
F011	Reiter, Sindrome di	B27	
F012	Sacroileite	B27	
F013	Sclerosi multipla	HLA-DRB1	Per l'accertamento della natura genetica della patologia nel soggetto affetto; eseguibile anche nei familiari di I grado
F014	Spondilite Anchilosante	HLA-B27	
F015	Uveite	B27	

ANATOMIA PATOLOGICA ("E")

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	GENI DI RIFERIMENTO DA INDAGARE	CONDIZIONI DI EROGABILITÀ
G001	Carcinoma polmonare non a piccole cellule	Stato mutazionale geni EGFR e K-RAS; Riarrangiamento ALK/ROS1	Carcinoma polmonare non a piccole cellule avanzato suscettibile di trattamento con inibitori di EGFR/ALK/ROS1
G002	Carcinoma del colon retto	Stato mutazionale geni K-RAS, N-RAS, BRAF; Instabilità Microsatellitare	Carcinoma del colon-retto in pazienti con malattia metastatica suscettibile di trattamento con anticorpi monoclonali anti EGFR; Instabilità microsatellitare in pazienti clinicamente selezionati in II stadio e pazienti > 75 aa in III stadio
G003	Melanoma maligno	Stato mutazionale gene BRAF	Melanoma metastatico suscettibile di trattamento con farmaci anti BRAF
G004	Tumori a origine dalle cellule follicolari della Tiroide	Stato mutazionale geni BRAF, famiglia RAS	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G005	Tumori stromali gastrointestinali (GIST)	Stato mutazionale geni CKIT, PDGFRA	GIST - Tumori stromali gastrointestinali suscettibili di trattamento con inibitori di CKIT
G006	Carcinoma mammario	Stato gene HER2-neu	Carcinoma della mammella avanzato suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2
G007	Carcinoma gastrico	Stato gene HER2-neu	Carcinoma gastrico avanzato suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2
G008	Tumori del sistema nervoso centrale (SNC)	Metilazione promotore gene MGMT; Stato mutazione dei geni IDH1-2; Codelezione 1p/19q	Tumori del SNC
G009	Carcinoma midollare della Tiroide	Stato mutazionale gene RET	Carcinoma midollare della tiroide
G010	Neuroblastoma	Amplificazione gene N-MYC	Neuroblastoma
G011	Carcinoma della cervice uterina Tumori di testa e collo Linfomi	Ricerca virus oncogeni	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G012	Tumori PNET, Condrosarcoma mixoide, DRCT, Istiocitoma fibroso angiomatico	Riarrangiamento EWSR1	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G013	Liposarcoma mixoide/cellule rotonde	Riarrangiamento gene DDIT3	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G014	Rabdomiosarcoma alveolare	Riarrangiamento gene FOXO1	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G015	Liposarcoma, Osteosarcoma	Amplificazione gene MDM2	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	GENI DI RIFERIMENTO DA INDAGARE	CONDIZIONI DI EROGABILITÀ
G016	Sarcoma sinoviale	Traslocazione X:18	
G017	Sarcoma fibromixoide di basso grado	Traslocazione 7:16	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G018	Sarcoma alveolare parti molli Fibrosarcoma congenito	Traslocazione der(17)t(X:17)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G019	Nefroma mesoblastico congenito Carcinoma secretorio della mammella	Traslocazione t(12:15)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G020	Linfoma mantellare Linfoma marginale splenico Tumori plasmacellulari	Traslocazione (11;14)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G021	Linfoma splenico Linfomi SNC a grandi cellule B	Traslocazione (9;14)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G022	Linfomi MALT extralinfonodali	Traslocazione t(11;18), t(1;14), t(3;14)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G023	Linfoma mantellare	Traslocazione t (2;12)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G024	Linfoma follicolare	Traslocazione t (14;18)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G025	Linfomi ALK Linfomi B a grandi cellule diffusi	Traslocazione (2;17)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G026	Linfoma di Burkitt Linfoma Diffuso a Grandi Cellule	Traslocazione (8;14), (2;8), (8;22), (8;9), (3;8)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G027	Linfomi anaplastici a grandi cellule	Traslocazione (2;5), (1;2)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G028	Linfomi	Riarrangiamento geni delle immunoglobuline	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G029	Linfomi	Riarrangiamento del recettore delle cellule T (TCR)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G030	Linfoma Diffuso a Grandi Cellule	FISH Bcl6	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione

ALLEGATO P: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELL'ECONOMIA E FINANZE (MEF)

La selezione da fare sui campi prima dell'invio dei dati è la seguente:

Se PRES_IMP = 1 (articolo 50):

- TIP_STRU <> 3, 4 (strutture private);
- POS_TICK <> 14 (privato pagante);
- BRANCA <> 50 (quota fissa PS), 51 (abbandono PS), 60 (impegnativa con la tariffa OBI)
- MOD_ACC <> 1 (Pronto Soccorso), 2 (Pronto Soccorso seguito da ricovero), 11 (OBI), 12 (OBI seguita da ricovero) o 10 (Sperimentazione odontoiatrica);
- TP_ESENZ <> X (esenti per successivo ricovero);
- TIPO_ID = 1, 2, 3, 4, 9;
- COD_ID <> 20 X.

Se PRES_IMP = 2 (NRE):

- INVIO_DEMA = 1 (NRE da inviare);
- POS_TICK <> 14 (privato pagante);
- BRANCA <> 50 (quota fissa PS), 51 (abbandono PS), 60 (impegnativa con la tariffa OBI)
- MOD_ACC <> 1 (Pronto Soccorso), 2 (Pronto Soccorso seguito da ricovero), 11 (OBI), 12 (OBI seguita da ricovero) o 10 (Sperimentazione odontoiatrica);
- TP_ESENZ <> X (esenti per successivo ricovero);
- TIPO_ID = 1, 2, 3, 4, 9;
- COD_ID <> 20 X.

Se PRES_IMP = 0 i dati non sono da inviare.

Tracciato di testata

TRACCIATO MEF				TRACCIATO PROVINCIA	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/campo	Nota
Header	Campo riservato al servizio telematico		Il campo va lasciato vuoto		
Telematico1	Campo riservato al servizio telematico		Nel campo può essere inserito, in modo criptato il pincode assegnato alla struttura inviante		
Telematico2	Campo riservato al servizio telematico		Il campo va lasciato vuoto		
Telematico3	Campo riservato al servizio telematico		Il campo va lasciato vuoto		
RegStruttura	Contiene codice Regione o provincia autonoma della struttura responsabile della fornitura	OBB V		041	
CodAsl	Codice ASL o azienda ospedaliera della struttura responsabile della fornitura	OBB V		201	
CodStruttura	Codice struttura responsabile della fornitura	OBB V		999201	
TotRic	Indica il numero totale delle ricette contenute nell'invio.	OBB V	Deve essere riportato il n. totale delle ricette presenti nella fornitura in inserimento, in variazione, in cancellazione. Valori ammessi: numerico compreso tra 0 e 99999999		conteggio delle righe con 4. PROG_IMP = 99.
TotPrest	Indica il numero totale delle prestazioni erogate per tutte le ricette contenute nella fornitura	OBB V	Rappresenta la somma algebrica dei tag "QtaPrest" di tutte le prestazioni presenti nelle ricette nella fornitura. Valori ammessi: numerico compreso tra 0 e 99999999		somma campo 42. NUM_PRES con 4. PROG_IMP <> 99

TRACCIATO MEF				TRACCIATO PROVINCIA	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/campo	Nota
TotImpCaricoAss	Indica il totale importo dovuto dall'assistito.	OBB V	Rappresenta la somma algebrica del tag "QuotaCaricoAss" di tutte le ricette presenti nella fornitura. Valori ammessi: numerico compreso tra 0,0 e 99999999,99		somma del campo 53. IMP_TICK per 4. PROG_IMP = 99
TotValRicInviare	Indica il totale valore delle ricette presenti nella fornitura	OBB V	Rappresenta la somma algebrica dei tag "TotValoreRicetta" di tutte le ricette presenti nella fornitura. Valori ammessi: numerico compreso tra 1,0 e 9999999999,99		somma del campo 54. IMP_TARI per 4. PROG_IMP <> 99
TotImpCaricoSSN	Indica il totale importo a carico del SSN.	OBB V	Rappresenta la somma algebrica dei tag "ImpCaricoSSN" di tutte le ricette presenti nella fornitura. Valori ammessi: numerico compreso tra -9999999999,99 e 9999999999,99.		Somma del campo 54. IMP_TARI per 4. PROG_IMP = 99
TotRicNuove	Indica numero delle ricette presenti nella fornitura, per un primo inserimento nella base dati.	OBB V	Rappresenta il totale delle ricette presenti nella fornitura, aventi il tag "FlagOperazione" impostato a "I". Valori ammessi: numerico compreso tra 1 e 99999999.		Conteggio delle righe con 4. PROG_IMP = 99 con "flagOperazione" = "I"
TotRicVariare	Indica numero delle ricette presenti nella fornitura, da variare nella base dati	OBB V	Rappresenta il totale delle ricette presenti nella fornitura, aventi il tag "FlagOperazione" impostato a "V". Valori ammessi: numerico compreso tra 1 e 99999999.		Conteggio delle righe con 4. PROG_IMP = 99 con "flagOperazione" = "V"

TRACCIATO MEF				TRACCIATO PROVINCIA	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/campo	Nota
TotRicCanc	Indica numero delle ricette presenti nella fornitura, da cancellare dalla base dati	OBB V	Rappresenta il totale delle ricette presenti nella fornitura, aventi il tag "FlagOperazione" impostato a "C". Valori ammessi: numerico compreso tra 1 e 99999999.		Conteggio delle righe con 4. PROG_IMP = 99 con "flagOperazione"="C"
TotStrutture	Indicare il numero delle strutture presenti nella fornitura	OBB V	1: se il file inviato ha una sola struttura. Valore maggiore di 1: riservato alle Regioni comma 11 per indicare il numero totale di strutture contenute nel file.	1	Attualmente viene inserito 1
AnnoMeseNoInvio	Indica l'anno e il mese per il quale viene dichiarata una sospensione nell'invio telematico delle ricette		Valori ammessi: aaaamm. Per comunicare la sospensione dell'invio predisporre un file che contenga oltre tale campo, le informazioni sull'inviante	NULL	Non usato

Tracciato di dettaglio

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
FlagOperazione	Indica il tipo di operazione da effettuare con i dati trasmessi con la fornitura	OBB V	Valori ammessi: I = inserimento V = Variazione; C = Cancellazione.	57. TIPO_OPER	
RegStrutturaRic	Codice Regione o Provincia Autonoma della struttura specialistica che ha erogato la prestazione	OBB V		041	
CodAslRic	Codice ASL o Azienda Ospedaliera della struttura specialistica che ha erogato la prestazione	OBB V		201	
CodStrutturaRic	Codice della struttura specialistica che ha erogato la prestazione	OBB V		999201	
CodRegione	Codice Regione o Provincia Autonoma o sede SASN	OBB V		2. NUM_IMP	caratteri 1-3
Anno Produzione*	Ultime 2 cifre dell'anno di produzione del ricettario	OBB V		2. NUM_IMP	caratteri 4-5
ProgRicettaRicettario*	Numero progressivo della ricetta nell'ambito del medesimo ente competente	OBB V		2. NUM_IMP	caratteri 6-14
CheckDigit*	Carattere di controllo di parità del progressivo	OBB V		2. NUM_IMP	carattere 15

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
CodiceAss	Codice Fiscale Codice STP Codice ENI	OBB	Codifica STP: "STP"+codice regione +codice ASL+progressivo) In caso di discordanza tra il codice fiscale presente nella tessera e quello trascritto nella ricetta, ovvero in assenza di tessera sanitaria, nel campo previsto per il Codice Assistito dovrà essere aggiunto alla sequenza dei caratteri del codice fiscale rilevato o acquisito il carattere "D" .	20. COD_ID	Se TIPO_ID = 4 allora vuoto Altrimenti COD_ID + CF_DISC (Criptati)
ProgRicettaStruttura	Numero assoluto progressivo della ricetta assegnato dalla struttura erogatrice nell'ambito del mese			3. ID_IMP	
Sigla Provincia	Contiene indicazione della provincia nella quale è situata la ASL di residenza dell'assistito.			NULL	
ASLAssistito	Contiene indicazione dell'ASL di residenza dell'assistito			NULL	
DispReg	Campo della ricetta a disposizione delle Regioni per Provvedimenti Specifici			NULL	
Suggestita	Flag indicazione ricetta suggerita.		Valore ammesso: S = Suggestita Obbligatorio nei casi in cui sia presente in ricetta.	31. IMP_SUGG	

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
Altro	Modalità di individuazione delle ricette afferenti a mesi precedenti rispetto ai termini previsti dall'articolo 50		Necessario nel caso in cui la ricetta si riferisca a mesi precedenti rispetto a quello per cui si sta effettuando la fornitura, secondo i termini previsti per la spedizione mensile. Valore ammesso: 1	60. ALTRO	1 = invio variazione tardiva V = invio impegnative doppie W = invio impegnative sospese doppie
AltroRic	Flag a disposizione delle regioni per scopi diversi		Valori ammessi: NULL = Casella Altro non Bifatta 1= Cassella "Altro" Bifatta	NULL	
DataCompilazione	Data compilazione del medico nella forma «aaaa-mm-gg»		Valori ammessi: formato data XLM	30. DATA_IMP	Formato aaaa-mm-gg
DataSpedizione	Data di pagamento del ticket o di riconoscimento dell'esenzione dell'assistito		La data viene presa in considerazione in fase di valorizzazione della ricetta, per applicare il prezzo delle prestazioni ed eventuali regole economiche vigenti in quel momento	45. DATA_ERO	riga PROG_IMP = 99 Formato aaaa-mm-gg
TipoAccesso	Indica se la prestazione viene effettuata come primo accesso o meno	OBB	0 = Altro Accesso 1 = Primo Accesso	64. TI-PO_ACCESSO	
GaranziaTempi-Massimi	Garanzia dei tempi massimi di attesa	OBB	Valori Ammessi: 1 = Utente a cui si devono essere garantiti tempi massimi di attesa 0 = Utente che non rientra nella categoria precedente	65. GARANZIA	
AnnoMeseFatt	Mese e anno fatturazione della ricetta come da presentazione della stessa alla ASL da parte della struttura			NULL	

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
TipoRic	Codice identificativo di una prescrizione per soggetti stranieri o naviganti.		Valori ammessi: EE = Assicurati extra-europei in temporaneo soggiorno UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale ND = Assistiti SASN con visita domiciliare NE=Assistiti da istituzioni estere NX = Assistito SASN extraeuropeo ST = Straniero in temporaneo soggiorno.	29. TIPO_IMP	
Non Esente	Valore assunto dalla casella N - Non ESENTE presente in ricetta	OBB	Valore ammesso Null = Casella "N" non biffata con significato di prescrizione per soggetto esente; 1 = Casella N biffata, con significato di prescrizione per soggetto non esente	1 se 51. TP_ESENZ='N' NULL negli altri casi	
CodEsenzione	Codice esenzione: per Condizione, Patologia o Malattia Rara in base a tabella	OBB	Il campo deve essere valorizzato per prescrizioni a carico di soggetti esenti	52. CD_ESENZ	
Reddito	Valore ammesso nella casella R - Reddito presente in ricetta	OBB	Valore ammesso Null = Casella "R" non biffata con significato di prescrizione per soggetto esente; 1 = Casella "R" biffata, con significato di prescrizione per soggetto non esente da reddito tramite apposizione della firma	1 se 51. TP_ESENZ='R', NULL negli altri casi	

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
CodRaggrup	Tipologia di raggruppamento delle ricette informatizzate e non	OBB V	0 = Ricetta manuale 1 = Ricetta informatizzata con biffatura campo Stampa PC e CF in barcode 2 = Ricetta Informatizzata con sola biffatura del campo Stampa PC	58. COD_RAG	
ClassePriorità	Priorità della prestazione erogata	OBB	U = Nel più breve tempo possibile; B = Entro 10 gg D = Entro 30(visite) entro 60 visite strumentali; P=Senza priorità	32. PRI_PRES	
TipoErogazione	Tipologia di erogazione delle prestazioni		A = Accesso Diretto; P = Pronto Soccorso D = Ricetta Specialistica Interna	NULL	
CodiceDiagnosi	Tabella ICD-9-CM		Codice diagnosi/quesito diagnostico Codice secondo la tabella ICD-9-CM	38. DIAG_SOS altrimenti NULL	
TotPrestazioni	Numero totale prestazioni erogate	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "1" e "99999"	42. NUM_PRES	Da calcolare come <u>somma</u> del numero delle prestazioni della ricetta (somma campo NUM_PRES con PROG_IMP <> 99)
TotValoreRicetta	Valore totale delle prestazioni come somma dei singoli importi derivati dal nomenclatore	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99"	54. IMP_TARI	Da calcolare come <u>somma</u> dell'importo tariffario delle prestazioni della ricetta (somma del campo IMP_TARI per PROG_IMP <> 99)
FranchigiaCaricoAss	Franchigia a carico dell'assistito per costo prestazioni	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99"	53. IMP_TICK	riga PROG_IMP = 99

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
QuotaCaricoAss	Quota percentuale a carico dell'assistito per il costo eccedente la franchigia	OBB	Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99" Presente nei casi in cui è prevista una quota di partecipazione dell'assistito superiore alla franchigia nazionale.		Importo ticket/ somma valore delle righe di dettaglio
ImpCarico SSN	Totale importo derivato dalla differenza tra totale valore ricetta e totale a carico dell'assistito (ticket+ quota eccedente)	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "-99999.99" e "99999.99". Il campo è calcolato come differenza tra il valore dell'importo totale della ricetta, contenuto nel campo <TotValoreRicetta> e la somma di quanto deve pagare l'assistito, dato dalla somma dei campi <FranchigiaCaricoAss> e <QuotaCaricoAss>. Il risultato può anche essere negativo.	54 IMP_TARI	riga PROG_IMP = 99
StatoEstero	Sigla dello Stato estero di appartenenza dell'assistito	OBB	Valori ammessi: come da tabella Stati Esteri	24. ST_ESTERO	se TIPO_ID = 4
IstituzCompetent	Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzione estera	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri	22. COD_IST	se TIPO_ID = 4
NumIdentPers	Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzione estera	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri	20. COD_ID	se TIPO_ID = 4
NumIdentTess	Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzione estera	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri	21. N_TEAM	se TIPO_ID = 4

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
DataNascitaEstero	Data di nascita del soggetto assicurato da istituzione estera	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri	9. DNASCITA	se TIPO_ID = 4
DataScadenzaTesser	Data di scadenza della Tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esterine nel formato Data XML (aaaa-mm-gg)	26. DATA_SCAD	se TIPO_ID = 4
CodicePresidio	Codice del presidio erogatore della prestazione	OBB V		36. CO_STS11	
CodicePrest	Codice nomenclatore terapeutico	OBB V	Come da tariffario nazionale/regionale	67. COD_PRE	
CodReparto	Codice del reparto erogatore della Prestazione			37. SPEC	
Branca Prestazione	Codice identificativo della Branca	OBB V	Valori ammessi come da codifica regionale	48. BRANCA	
DataPrenotazione	Data prenotazione	OBB V	Valori ammessi formato data XLM (aaaa-mm-gg)	39. D_PRENOT	Formato aaaa-mm-gg
DataErogInizio	Data inizio trattamento	OBB	Obbligatoria nel caso di prestazioni/ somministrazioni cicliche Valori ammessi formato data XLM (aaaa-mm-gg)	44. D_CICLO	Se 43. CICLO = 1 Formato aaaa-mm-gg
DataErogFine	Data fine trattamento	OBB	Obbligatoria nel caso di prestazioni/per somministrazioni cicliche Valori ammessi formato data XLM (aaaa-mm-gg)	45. DATA_ER	Se 43. CICLO = 1 Formato aaaa-mm-gg
DataErogazione	Data erogazione della prestazione, valida anche ai fini dei tempi di attesa	OBB V	Valori ammessi: nel formato data XLM (aaaa-mm-gg)	45. DATA_ER	Formato aaaa-mm-gg
Tipologia Prestazione	Tipologia prestazione erogazione farmaco, prestazione ambulatoriale prestazione domiciliare, ecc.			NULL	

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
QtaPrest.	Quantità prestazioni/prodotto somministrato	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "1" e "99999"	42. NUM_PRES	
TariffaPrest	Tariffa applicata al cittadino, vigente al momento dell'erogazione	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99"	54. IMP_TARI	
TariffaPrestLab	Tariffa di rimborsi applicata a favore della struttura erogatrice, vigente al momento dell'erogazione.		Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99"		

*per le impegnative NRE, la transcodifica è la seguente:

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
Anno Produzione	codice raggruppamento lotto, ossia codice alfanumerico assegnato automaticamente dal Sistema di Accoglienza Centrale, che contraddistingue ricette con protocolli uguali;	OBB V	caratteri 4-5	2. NUM_IMP	caratteri 4-5
ProgRicettaRicettario	codice del lotto di numeri assegnato automaticamente dal Sistema di Accoglienza Centrale (nella sua lunghezza massima) e numero di protocollo singolo all'interno del lotto di numeri (nella sua lunghezza minima)	OBB V	caratteri 6-14	2. NUM_IMP	caratteri 7-15

TRACCIATO MEF				TRACCIATO SPECIALISTICA (SPA)	
Elemento XML	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione dell'elemento XML	Valore/ campo	Nota
CheckDigit	identificativo del lotto, in base al quale il richiedente decide quanti NRE deve contenere il lotto, da un minimo di 100 ad un massimo di 1 miliardo di numeri o che viene assegnato automaticamente dal Sistema di Accoglienza Centrale a fronte di una registrazione online di una ricetta	OBB V	carattere 15	2. NUM_IMP	carattere 6