

+

**Manuale di rilevazione attività di
assistenza specialistica
ambulatoriale e di diagnostica
strumentale**

versione 2.6.4



**Regione
Lombardia**

Indice

Manuale di rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale	1
versione 2.6.0	1
1. Scopo del documento	6
1.1 Acronimi.....	6
1.2 Elenco delle modifiche	6
2. Principali riferimenti normativi	7
3. Regole di carattere generale.....	11
3.1 Enti invianti il flusso	11
3.1.1 Regole per l'erogazione delle prestazioni ai Cittadini Stranieri	12
3.2 Modalità di invio del flusso	13
4. Responsabili regionali.....	14
5. Regole di compilazione del flusso	15
5.1 Informazioni comuni a tutti i file	16
5.1.1 ENTE.....	16
5.1.2 CODICE PRESIDIO.....	16
5.1.3 DATA EROGAZIONE	16
5.1.4 CONTATORE PRESCRIZIONE.....	17
5.1.5 PROGRESSIVO INTERNO PRESCRIZIONE	17
5.1.6 DESTINAZIONE DEL RECORD	18
5.2 AMB1.TXT	20
5.2.1 CODICE SANITARIO ASSISTITO	20
5.2.2 CODICE FISCALE ASSISTITO	20
5.2.3 SESSO	21
5.2.4 DATA DI NASCITA	21
5.2.5 COMUNE DI RESIDENZA/DOMICILIO/STATO ESTERO	22
5.2.6 TIPO DI RECORD	23
5.2.7 CAMPO DI RISERVA	23
5.3 AMB2.TXT	24
5.3.1 DATA PRENOTAZIONE	24
5.3.2 NUMERO RICETTA	24
5.3.3 PROVENIENZA.....	26
5.3.4 REGIME DI EROGAZIONE	27
5.3.5 CODICE MEDICO PRESCRITTORE	28
5.3.6 TIPO DI PRESTAZIONE.....	29

5.3.7	POSIZIONE TICKET	30
5.3.8	TICKET	32
5.3.9	CODICE PRESTAZIONE.....	33
5.3.10	QUANTITÀ	34
5.3.11	CLASSE DI PRIORITA'	36
5.3.12	DIAGNOSI	37
5.3.13	TIPO DI RECORD	37
5.3.14	VALORE CONCORDATO	37
5.3.15	UO DI RIFERIMENTO	38
5.3.16	DATA RICEZIONE RECORD da parte della ATS	39
5.3.17	PRESCRIZIONE SUGGERITA.....	40
5.3.18	ALTRO	40
5.3.19	DATA COMPILAZIONE	40
5.3.20	DATA FINE EROGAZIONE	41
5.3.21	TIPO RICETTA.....	41
5.3.22	CODICE ESENZIONE	42
5.3.23	IUP	43
5.3.24	QUOTA FISSA.....	43
5.3.25	PRIMA DATA PROSPETTATA.....	44
5.3.26	TIPO PROGETTO	44
5.3.27	FLAG PRESA IN CARICO CRONICITA'	45
5.3.28	FLAG TELEMEDICINA	45
5.3.29	FLAG RECUPERO TEMPI DI ATTESA	46
5.3.30	CAMPO DI RISERVA	46
5.3.31	CODICE PRESTAZIONE SISS.....	47
5.3.32	NUMERO PROTOCOLLO (Presa in carico)	47
5.3.33	IDENTIFICATIVO PAI (Presa in carico)	48
5.3.34	FLAG SPECIFICA AMBITO EROGAZIONE	48
5.3.35	FLAG SPECIFICA TIPOLOGIA PRESTAZIONE.....	48
5.3.36	FLAG PERCORSO INTERNO DI CURA.....	49
5.3.37	CODICE AGENDA 1.....	49
5.3.38	CODICE AGENDA 2.....	49
5.3.39	CODICE AGENDA 3.....	49
5.3.40	CODICE AGENDA 4.....	50
5.3.41	CODICE AGENDA 5.....	50
5.3.42	CODICE AGENDA 6.....	50

5.3.43	CODICE AGENDA 7	50
5.3.44	CODICE AGENDA 8.....	51
5.3.45	CAMPO DI RISERVA 2	51
5.4	AMB3.TXT	52
5.4.1	STATO ESTERO	52
5.4.2	COGNOME.....	52
5.4.3	NOME.....	52
5.4.4	NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE.....	53
5.4.5	NUMERO IDENTIFICAZIONE ISTITUZIONE	53
5.4.6	NUMERO IDENTIFICAZIONE TESSERA SANITARIA	53
5.4.7	DATA SCADENZA TEAM.....	54
5.4.8	TIPO DI RECORD	54
5.4.9	CAMPO DI RISERVA	54
5.5	Controlli incrociati	56
5.5.1	Controllo incrociato tra Codice Fiscale Assistito, Regime Erogazione e Residenza/Domicilio/Stato Estero	56
6.	Verifica del flusso ricevuto	57
6.1	Verifica preliminare	57
6.1.1	Tabulato L01.....	57
6.2	AMB1P	58
6.3	AMB2P	58
6.4	Verifica e controllo	58
6.4.1	TABULATO L02.....	58
6.4.2	TABULATO L03.....	58
6.4.3	AMB1C	59
6.4.4	AMB2C	59
6.5	Riepilogo della situazione nell'archivio regionale	59
1.	Allegato 1: TRACCIATO IN INPUT "AMB1"	60
2.	Allegato 2: TRACCIATO IN INPUT "AMB2"	60
3.	Allegato 3: TRACCIATO IN INPUT "AMB3"	63
4.	Allegato 4: TRACCIATO ESITI DI RITORNO "AMB1P e AMB1C" (comprensivo di dati di AMB3) 64	
5.	Allegato 5: TRACCIATO ESITI DI RITORNO "AMB2P e AMB2C" (comprensivo di flag errori) 65	
6.	Allegato 6: TRACCIATO ESITI DI RITORNO "RICDOPPIA"	70
7.	Allegato 7: TRACCIATO ESITI DI RITORNO "CONFRONTO con PRENOTATO"	71

8.	Allegato 8: SINTESI CONTROLLI	74
9.	Allegato 9: LEGENDA TERMINOLOGIA UTILIZZATA	80
10.	Allegato 10: TABELLA CONTROLLI INCROCIATI	82

1. Scopo del documento

Il presente documento ha l'obiettivo di illustrare le regole regionali relative a:

- la compilazione del flusso informativo ambulatoriale, di seguito chiamato flusso, da parte degli Enti Erogatori;
- la verifica di tale flusso da parte di Regione.

1.1 Acronimi

	Acronimo
Comunitario Senza Copertura Sanitaria	CSCS
Certificato Sostitutivo Provvisorio di tipo HIC	CSP-HIC
Certificato Sostitutivo Provvisorio di TEAM	CSP-TEAM
Straniero Temporaneamente Presente	STP
Tessera Europea Assicurazione Malattia	TEAM
Unità Operative di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza	UONPIA
Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro	UOOML

1.2 Elenco delle modifiche

Data e versione	Modifiche
06/03/2019 v2.0	• modifiche riguardanti i minori stranieri STP (5.2.1 e 5.3.4) • inserimento degli assistiti con modello HIC (5.2.1, 5.3.4 e 5.4) • modifiche al tracciato AMB2 con l'aggiunta di nuovi campi • modifiche al tracciato AMB2P/AMB2C con l'aggiunta di nuovi campi e relativi controlli • aggiornamento tabella Controlli incrociati (Allegato 9) • aggiunte lunghezze campi • allineamento dell'ordine dei campi nel manuale con il tracciato input • modificato tracciato Allegato 6: TRACCIATO ESITI DI RITORNO "RICDOPPIA" (rimossi campi e flag errori)
24/04/2019 V2.1	• indicazioni per ricavare i campi PAI e Protocollo dalla ricetta dem • correzione del formato Codice Identificativo PAI
03/09/2021 V2.1.2	• modifica tracciato AMB2 per inserimento flag Recupero Tempi di Attesa • modifica tracciato AMB2C-AMB2P per inserimento flag Recupero Tempi di Attesa
2022	• Flag specifica ambito di erogazione
14/04/2023 v2.4	• aggiunta al manuale del tipo progetto = 54, già ammesso in precedenza • aggiunta dei tipi progetto PB (progetti biennali Disturbi Nutrizione e Alimentazione) e DN
17/07/2023 v2.5.1	• Aggiunta campo Flag specifica tipologia prestazione
06/12/2023 v2.5.2	• Aggiunta campo Flag percorso interno di cura
10/01/2024 V2.5.3	• Esplicitazione dei codici di Triage già ammessi dal 2021. • Revisione delle definizioni della data prenotazione e data di erogazione

Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

Data e versione	Modifiche
16/02/2024 V2.5.4	• Aggiunta nuovi valori del campo Flag percorso interno di cura
26/02/2024 V2.5.5	• Aggiunta nuovo codice di Regime erogazione per prestazioni a carico di assicurazioni o sistemi integrativi/sostitutivi del SSN • aggiornamento tabella Controlli incrociati (Allegato 9)
19/04/2024 V2.6.0	• modifiche al tracciato AMB2 con l'aggiunta dei nuovi campi di Codice Agenda • modifiche al tracciato AMB2P/AMB2C con l'aggiunta di nuovi campi e relativi controlli • nuovo esito di ritorno su Flag Prescrizione sanzionabile (Nuovo Allegato 7) • allineamento e modifica errori nell'Allegato 7: Tracciato di RITORNO Esito Confronto con Prenotato
06/06/2024 V2.6.1	• Aggiornamento valori ammissibili per "Flag recupero tempi di attesa"
31/07/2024 V2.6.2	• Introduzione "Flag Prestazione sanzionabile" negli esiti di ritorno • Aggiornamento valori ammissibili per "Flag recupero tempi di attesa"
01/10/2025 V2.6.3	• Aggiornamento valori ammissibili per "Flag recupero tempi di attesa"
27/02/2026 V2.6.4	• Aggiornamento valori ammissibili per "Flag recupero tempi di attesa"

2. Principali riferimenti normativi

- [1] D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 (e successive modificazioni) in particolare dall'art. 8 commi 5 e 7, governo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie da parte delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. In termini di finanziamento definisce come modalità generale il "pagamento a prestazione", da cui deriva la necessità di individuare le prestazioni erogabili nell'ambito del SSN e le loro relative tariffe (da utilizzare nei rapporti con le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate).
- [2] DM della Sanità del 22/7/1996, recepito con DGR VI/18664 del 27/9/1996, modificata con DGR VI/21511 del 2/12/1996, e successivamente aggiornato con DGR VI/42606 del 23 aprile 1999, con DGR VIII/2800 del 22.12.2000 "Integrazione del Nomenclatore Tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale con prestazioni erogabili dalle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile e definizione delle relative tariffe", definizione delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in Regione Lombardia (Ultimo aggiornamento con DGR X/2512 del 17.10.2014 "aggiornamento del nomenclatore tariffario: modifica e integrazione della d.g.r. n.ix/4716/2013 ai sensi della d.g.r. n. x/2313/2014").
- [3] Circolare 28/SAN del 21.10.96 – prot. n. 290536/G e n. 51487/S – (successivamente modificata con circolari: 65/SAN del 18 dicembre 1997, 18/SAN del 10 marzo 1999, 61/SAN del 9 dicembre 1999, 8/SAN del 29 gennaio 2001 e 19/SAN del 15 marzo 2001), istituzione del flusso informativo per la rilevazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, attivato il 2 novembre 1996.
- [4] Circolare 30/SAN del 30.12.2009, Flusso informativo di rilevazione delle attività di specialistica ambulatoriale per l'anno 2010. Include le regole per la rendicontazione mensile delle prestazioni di dialisi
- [5] Circolare 15/SAN del 22.3.97 prot. n.95568/G e 19770/S e a decorrere dal 1 aprile 1997, estensione del flusso informativo in oggetto alla rilevazione delle prestazioni erogate in Pronto Soccorso non seguite da ricovero.
- [6] Legge del 6 marzo 1998, n. 40, art. 33, Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, misure d'integrazione sociale.

- [7] Circolare 46/SAN del 26 agosto 1998, Rilevazione delle prestazioni erogate dalle strutture Psichiatriche pubbliche e private accreditate ai sensi dell'art.12, c.3, della LR 31/97.
- [8] DGR del 25 settembre 1998, nr. VI/38571, prestazioni urgenti differibili.
- [9] Circolare 21/SAN del 22 marzo 1999
- [10] DM del 1 febbraio 1991 sostituito dal DM n. 329 del 28 maggio 1999, Esenzioni malattie croniche e invalidanti.
- [11] DGR 2946/2012 del 25.01.2012, Precisazioni in ordine alla dgr n. IX/2633 del 06 dicembre 2011 "determinazioni in Ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012"
- [12] DGR n. VII/2800 del 22.12.2000 Integrazione del nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale con prestazioni erogabili dalle unità operative di neuro psichiatria infantile e definizione delle relative tariffe.
- [13] Circolare 13/FAM del 8 agosto 2001
- [14] DGR del 10 dicembre 2002 n. 11534, Misure urgenti in merito alla razionalizzazione della spesa sanitaria.
- [15] Nota Regionale del 5 marzo 2003 – prot. N. H1.2003.0013395.
- [16] Nota Regionale del 25 settembre 2003 – prot. N. H1.2003.0050276.
- [17] Allegato alla Circolare 53/san del 23/12/2005 "Manuale di rilevazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali", indicazioni sulla compilazione del campo quantità.
- [18] Decreto Ministeriale del 17 marzo 2008, art 1 comma 1, Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale.
- [19] Circolare 20/SAN del 30.12.2010 al fine di poter assolvere agli obblighi informativi di cui al Patto della Salute Stato Regioni, recepiti con allegato 12 alla DGR IX/937 del 1.12.2010 "Attività di controllo e tempi d'attesa", nuove indicazioni sulla compilazione del tracciato AMB e nuove regole per la rendicontazione delle attività di emodialisi effettuate nel corso di ricoveri (acuti e riabilitativi) con degenza maggiore di 4 giorni.
- [20] Nota regionale del 4 agosto 2011 prot. N. H1.2011.0023881, Flusso informativo per rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale – anno 2011- introduzione della quota fissa, necessità di compilazione della prescrizione medica da parte del medico specialista per l'erogazione di prestazioni ad accesso diretto.
- [21] DGR IX-937 del 1.12.2010
- [22] Circolare 14/SAN del 29.12.2011 prot. H1.2011.0037993, fornisce indicazioni sulla compilazione dei flussi informativi con particolare attenzione ai "pacchetti MAC".
- [23] DGR IX/2633 del 6 dicembre 2012, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012.
- [24] Nota Regionale del 21 gennaio 2014 prot. H1.2014.002151, iscrizione dei minori stranieri "irregolari" al SSR e loro accesso alle prestazioni sanitarie.
- [25] Nota Regionale del 19 dicembre 2014 prot. H1.2014.0040189, introduzione di alcune modifiche al flusso ambulatoriale specificatamente sulla lunghezza del flusso, sull'opportunità di unificare le rilevazioni del flusso 28/SAN e art 50 (flusso MEF) e con l'introduzione di alcuni campi.
- [26] Nota Regionale del 9 ottobre 2015 prot. H1.2015.0028760 e successiva nota di errata corrige del 15 ottobre 2015 prot. H1.2015.0029636, "Ulteriori chiarimenti su quanto previsto dalla dgr n. X/3993 del 4/8/2015 e dal ddg n. 6622/2015, informazioni sui flussi ambulatoriali e dgr n. X/4153 del 8/10/2015", che include indicazioni sulle classi di priorità, riconducendole a quelle definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, e indica gli impatti dell'introduzione del nuovo codice esenzione E15 sui controlli del tracciato.
- [27] DGR X/4702 del 29/12/2015, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016.
- [28] Specifiche tecniche SOGEI Progetto Tessera Sanitaria relative ai "Web Services per le ricette dematerializzate", sezione per il Prescrittore e sezione per l'Erogatore (D.M. 2 novembre 2011) .
- [29] Legge 388 del 23 dicembre 2000 art.85, disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato (legge finanziaria 2001), Riduzione dei ticket per prevenzione spontanea.
- [30] Legge 295/50, Prestazioni richieste dalla commissione invalidi.
- [31] DGR n. 10804 del 16 dicembre 2009 Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario Regionale per l'esercizio 2010

- [32] DGR 621 del 13 ottobre 2010 Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario Regionale per l'esercizio 2010 III provvedimento
- [33] DGR 2057 del 28 luglio 2011 Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario Regionale per l'esercizio 2011 III provvedimento
- [34] DGR n. 1185 del 20 dicembre 2013 2011 Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario Regionale per l'esercizio 2014
- [35] Nota n. 17893 del 13 giugno 2011
- [36] DGR n.1846 del 16 maggio 2014 sviluppo di modelli per potenziare l'accessibilità ai servizi di specialistica ambulatoriale in orari ed in giornate più favorevoli ai soggetti impegnati in attività lavorative.
- [37] Nota Regionale del 21 novembre 2016 prot. G1.2016.0035907, Ricetta Dematerializzata Specialistica – Indicazioni operative in merito alla gestione dell'erogazione e chiarimenti rispetto a quesiti emersi.
- [38] DM 23 dicembre 1976 del Ministero delle Finanze "Sistemi di codificazione dei soggetti da iscrivere all'anagrafe tributaria"
- [39] Circolare regionale H1.2004.0052618 del 13 ottobre 2004, DM 22 febbraio 1984, Personale navigante.
- [40] Circolare 45/SAN del 2004, Adeguamento dei tracciati record validi per l'anno 2005 per i flussi informativi delle prestazioni di ricovero ospedaliero, delle prestazioni ambulatoriali, delle prestazioni psichiatriche, delle prestazioni termali, del file F, e chiusura dei flussi per l'anno contabile 2004.
- [41] Circolare regionale H1.2009.0001877 del 20 gennaio 2009, Flusso informativo di rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale per l'anno 2009.
- [42] DELIBERAZIONE N° X / 5954 del 5 dicembre 2016, determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 - (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza).
- [43] Circolare 04/SAN del 2008, Prot12785 [Stranieri; UE; SDO3; CSCS]
- [44] Legge Regionale 34 del 2016, art.19, comma 2.
- [45] Nota Regionale del 21 novembre 2016 – prot. N. G1.2016.0035907.
- [46] Nota Regionale del 1 settembre 2021 – prot. N. G1.2021.0053114.
- [47] DGR n. 5954 del 05.12.2016 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2017 - (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI GARAVAGLIA E BRIANZA)
- [48] DGR n. 7503 del 11.12.2017 FLUSSI INFORMATIVI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE
- [49] DGR n. 7600 del 20.12.2017 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2018 - (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI GARAVAGLIA E BRIANZA)
- [50] DGR n. 1046 del 17.12.2018 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2019 - (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI GARAVAGLIA E BRIANZA)
- [51] Circolare Regionale n.5 del 15/02/2018 CHIARIMENTI IN MATERIA DI FLUSSO INFORMATIVO PRESTAZIONI NPIA ESENZIONE TICKET "NPI"
- [52] DGR 1697 del 03/06/2019 AGGIORNAMENTO FLUSSI INFORMATIVI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE
- [53] DGR 5340 del 04.10.2021 ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SSR PER L'ESERCIZIO 2021 CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA RETE DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIOSANITARIE TERRITORIALI
- [54] DGR 7477 del 30/11/2022 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SSR PER L'ESERCIZIO 2022 NELL'AREA DELLA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E NELL'AREA DI ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA HIV/AIDS, IN ATTUAZIONE DELLA DGR XI/6387/2022, E ULTERIORI DETERMINAZIONI
- [55] DGR 7357 del 21/12/2022 PIANO REGIONALE BIENNALE DI ATTIVITÀ PER IL CONTRASTO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA) AI SENSI DELL'INTESA DEL 21 GIUGNO 2022 (REP. ATTI N. 122 /CSR): PRESA D'ATTO DELL'APPROVAZIONE DA PARTE DEL MINISTERO DELLA SALUTE E CONSEGUENTE AVVIO DELLA FASE ATTUATIVA

- [56]DGR 7590 del 15/12/2022 APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO “POTENZIAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI A FAVORE DI SOGGETTI CHE PRESENTANO DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DALL’ALIMENTAZIONE (DNA): ATTO DI INDIRIZZO PER LA FINALIZZAZIONE DELLE RISORSE PREVISTE PER L’ATTUAZIONE DALLA L.R. 23 FEBBRAIO 2021 N. 2” - “DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL’ALIMENTAZIONE E IL SOSTEGNO AI PAZIENTI E ALLE LORO FAMIGLIE” [51] DGR 1697 del 03/06/2019
- [57]DGR 7758 del 28/12/2022 DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE PER L’ANNO 2023 – (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CAPARINI E LUCCHINI)
- [58]DGR 6297del 26/04/2022 DD.G.R. NN. XI/3471 DEL 5/8/20, XI/4200 DEL 18/01/21 E 5156 DEL 2/8/21 - ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ATTUAZIONE DELLA L.R. 33/2009 ART. 21 CONCERNENTE L'UTILIZZO ESCLUSIVO DEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE REGIONALE DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE CHE EROGANO PRESTAZIONI SANITARIE PER CONTO DEL SSN. REGOLE DI ESPOSIZIONE, MONITORAGGIO E REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DI PRENOTAZIONE OBBLIGATORIA SULLA RETE REGIONALE DI PRENOTAZIONE
- [59]DGR 1129 del 16/10/2023 ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ATTUAZIONE DELLA L.R. 33/2009 ART. 21 CONCERNENTE L'UTILIZZO ESCLUSIVO DEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE REGIONALE DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE CHE EROGANO PRESTAZIONI SANITARIE PER CONTO DEL SSN. INTEGRAZIONE ELENCO DELLE PRESTAZIONI NON SOGGETTE ALL'OBBLIGO DI PRENOTAZIONE E NOTIFICA DI CUI ALLA DGR N. XI/6297 DEL 26/04/2022
- [60]DGR 1938 del 26/02/2024 INTEGRAZIONE ELENCO DELLE PRESTAZIONI NON SOGGETTE ALL'OBBLIGO DI PRENOTAZIONE E NOTIFICA DI CUI ALLA DGR N. XII/1129 DEL 16/10/2023. ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ATTUAZIONE DELLA L.R. 33/2009 ART. 21 CONCERNENTE L'UTILIZZO ESCLUSIVO DEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE REGIONALE DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE CHE EROGANO PRESTAZIONI SANITARIE PER CONTO DEL SSN

3. Regole di carattere generale

3.1 Enti invianti il flusso

Il flusso informativo [1][3] **include** le prestazioni erogate dalle seguenti strutture pubbliche e private accreditate a contratto:

- ambulatori specialistici ospedalieri (prestazioni erogate ai soli assistiti NON ricoverati);
- ambulatori extraospedalieri;
- strutture di psichiatria (polo territoriale e polo ospedaliero);
- strutture di Medicina Sportiva e laboratori di sanità pubblica.

Sono inoltre oggetto di rendicontazione le prestazioni di Dialisi (da rilevarsi con compilazione di un record cumulativo mensile per assistito se prescritte su ricetta cartacea oppure con un record per ogni prescrizione nel caso di ricetta dematerializzata), le prestazioni erogate in Pronto Soccorso (compreso prestazioni erogate dai Punti di Primo intervento) non seguite da ricovero [5], le prestazioni erogate in campagne di screening opportunamente deliberate dalla Regione e dalle ATS.

Oggetto di rendicontazione attraverso il flusso informativo, sono sia le prestazioni rese a carico del SSR che le prestazioni rese in regime di solvenza e/o libera professione.

Sono oggetto di tale flusso anche le prestazioni rese al personale navigante nelle strutture della Regione Lombardia [39]. Per quanto riguarda le prestazioni erogate in regime di SSR è bene specificare che fanno parte della rilevazione (e del relativo debito informativo) TUTTE le prestazioni che risultano a carico del SSR, a prescindere dalla eventuale integrazione contributiva da parte della Regione Lombardia: sono pertanto oggetto di rilevazione anche le prescrizioni nei limiti di franchigia e per le quali la spesa, secondo le tariffe previste dal nomenclatore [2], è posta ad intero carico dell'assistito.

Sono da rilevare inoltre le prestazioni erogate a seguito di convenzione tra Aziende ed in genere tutto quanto sia necessario individuare come prestazione resa anche se NON deve però rientrare tra quelle da remunerarsi attraverso il presente flusso.

Sono invece **escluse** dalla rilevazione:

- le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero erogate al paziente in regime di assistenza ambulatoriale, prima del ricovero stesso nonché le prestazioni erogate nell'immediato periodo post-operatorio e strettamente correlate alla conclusione dell'atto chirurgico, quali ad esempio medicazioni della ferita chirurgica e rimozione dei punti di sutura (da effettuarsi di norma entro il termine 10 giorni successivi alla dimissione) e le prestazioni rese in Pronto Soccorso e seguite da ricovero;
- l'attività erogata presso le strutture residenziali e semiresidenziali di psichiatria già altrimenti tariffata (vedi [7] e [9]);
- l'attività resa dai consultori che segue un "flusso" a parte [11];
- l'attività erogata nelle strutture per tossicodipendenti;
- le attività afferenti alle strutture di Neuropsichiatria Infantile per le quali dal 2018 è predisposto un flusso dedicato;

Non sono da rilevare inoltre quelle prestazioni che, erogate per conto di altro presidio vengono da quest'ultimo già inviate a questa Direzione in quanto titolare della remunerazione per le prestazioni registrare nel tracciato record (e ciò naturalmente al fine di evitare il doppio conteggio delle prestazioni).

Le informazioni richieste nei tracciati per la rilevazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di Pronto Soccorso non seguite da ricovero devono essere rilevate da tutti i presidi pubblici e privati accreditati a contratto.

Le **Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)** e **gli IRCCS di diritto pubblico e privato** devono raccogliere i dati prodotti da tutte le strutture direttamente gestite e curarne la trasmissione.

Le **Agenzie di Tutela della Salute(ATS)** devono raccogliere i dati prodotti dalle strutture direttamente gestite e dalle strutture private accreditate che insistono nell'ambito territoriale di competenza e curarne la trasmissione.

Per agevolare l'attività degli Enti (ASST, ATS, IRRCS) anche le strutture, sotto il controllo del proprio Ente di appartenenza, possono inviare direttamente i propri flussi tramite SMAF (Sistema Modulare Accoglienza Flussi) alla Direzione Generale Welfare.

3.1.1 Regole per l'erogazione delle prestazioni ai Cittadini Stranieri

Tutte le prestazioni devono essere erogate ai cittadini stranieri che esibiscono:

1. TEAM: Tessera Europea di Assicurazione Malattia;
2. Allegato 1 con il quale la ATS di residenza o temporanea dimora converte gli attestati di diritto comunitari;
3. Allegato 2 con il quale la ATS di residenza o temporanea dimora converte gli attestati di diritto dei paesi con i quali vigono accordi bilaterali.

Le prestazioni urgenti o comunque essenziali dovranno essere erogate ai cittadini extracomunitari irregolari con dichiarazione di indigenza (**STP**).

Infine, i Cittadini comunitari dimoranti in Italia privi di copertura sanitaria (**CSCS**) che non possono esibire alcun documento che attesti il loro diritto ad eseguire prestazioni in regime SSR, potranno eseguire le prestazioni sanitarie in solvenza, senza oneri economici a carico del SSN (verrà emessa fattura).

3.2 Modalità di invio del flusso

Verificata la conformità a quanto richiesto dal flusso regionale, ASST, IRCCS, ATS e le strutture delegate dalle ATS devono curare la trasmissione dei dati relativi ai singoli record registrandoli su archivi separati: “AMB1.TXT” (archivio delle variabili anagrafiche), “AMB2.TXT” (archivio delle variabili residue della prescrizione) e “AMB3.TXT” (solo nel caso di rendicontazione di prestazioni rese a soggetti stranieri appartenenti alla UE o a paesi con i quali vige una convenzione di sicurezza sociale).

I flussi devono essere inviati alla Direzione Generale Welfare con periodicità mensile, entro il giorno del mese successivo quello di erogazione concordato da calendario con il MEF, attraverso il canale SMAF che consente alle strutture sanitarie invianti di assolvere la richiesta di invio dei flussi informativi ottenendo un immediato riscontro sulla corretta acquisizione dei flussi trasmessi. Il Sistema permette inoltre di ricevere eventuali notifiche di errore e di provvedere alla correzione dei dati trasmessi.

Le prestazioni erogate a soggetti coperti da anonimato come da normativa vigente, allo scopo di non escludere i record dalla valorizzazione per mancanza dei codici di identificazione individuale, dovranno essere trasmesse insieme agli altri dati avendo cura di indicare nel campo “codice fiscale” la dicitura “ANONIMO”.

In questo caso, come riportato nel capitolo 5, i campi “codice sanitario assistito”, “sesso”, “data di nascita” e “comune di residenza” possono non essere compilati.

4. Responsabili regionali

D.G. WELFARE per la rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Osservatorio Epidemiologico Regionale

Piazza Città di Lombardia, 1 – 20124 MILANO

5. Regole di compilazione del flusso

Vengono di seguito descritti i campi che costituiscono i tracciati AMB1, AMB2 e AMB3, riportati rispettivamente negli Allegati 1, 2 e 3. In particolare, in questa sezione sono definite le descrizioni dei campi, le regole di compilazione e l'eventuale obbligatorietà. I campi privi di informazione o per cui non sia prevista obbligatoriamente la valorizzazione dovranno essere interamente riempiti con:

- SPAZIO (ASCII: 032) per i campi alfanumerici (form. A del tracciato)
- ZERO (0) per i campi numerici (form. N del tracciato)

Per ciascun campo è riportato un riquadro in cui è indicata la **descrizione** del campo, le **regole** di compilazione, le **condizioni** che potrebbero indurre errore e l'errore stesso, identificato da una lettera maiuscola (T, N, ecc). Ad ogni errore è associato inoltre un livello di classificazione: grave, lieve o alert.

L'allegato 8 contiene l'elenco dei controlli svolti sui singoli campi e l'impatto dei singoli controlli sulla valorizzazione economica da parte di Regione Lombardia.

L'allegato 9 contiene l'elenco dei valori che possono assumere i campi del tracciato.

I file devono essere registrati in Codifica ASCII, con campi a lunghezza fissa, record separati da CR-LF, e con il file chiuso con carattere EOF.

5.1 Informazioni comuni a tutti i file

I seguenti cinque campi costituiscono la chiave univoca di ciascuna prescrizione e consentono la correlazione delle informazioni contenute nei tre file AMB1, AMB2 e AMB3.

5.1.1 ENTE

Descrizione: Codice identificativo della ATS, ASST, IRCCS inviante.

Lunghezza: 3 caratteri

Regole: Codice del Ministero della Sanità a 3 cifre presente nell'anagrafica Enti.

5.1.2 CODICE PRESIDIO

Descrizione: Codice della struttura che eroga le prestazioni.

Lunghezza: 6 caratteri

Regole: Codice del Ministero della Sanità a 6 cifre in uso nei Flussi Informativi Ministeriali modello STS11 relativo all'Anagrafe delle Strutture Sanitarie o HSP11 relativo all'Anagrafe delle Strutture di Ricovero nel caso di Pronto Soccorso.

Condizione di errore	Errore
Se tipo prestazione P (Pronto Soccorso) e codice presidio NON presente nell'anagrafica delle STRUTTURE DI RICOVERO abilitate a erogare prestazioni di emergenza-urgenza	P (grave)
Se tipo prestazione diverso da P (Pronto Soccorso) e codice presidio NON presente nell'anagrafica delle STRUTTURE SANITARIE eroganti flusso 28/SAN	G (grave)
Se date di apertura e chiusura del presidio non coerenti con Data Erogazione o, se presente, con data fine erogazione	D (grave)

5.1.3 DATA EROGAZIONE

Descrizione: Data di erogazione delle prestazioni (GGMMAAAA).

Lunghezza: 8 caratteri

Regole: Se in una prescrizione sono indicate più prestazioni erogate in tempi diversi, occorre produrre un solo record (e non tanti record quanti sono i contatti avvenuti) ed il campo "Data Erogazione" dovrà indicare:

- La data di erogazione della prima (in senso temporale) prestazione, nel caso di una prescrizione con più prestazioni erogate in tempi diversi o di ciclo di prestazioni o di pacchetto MAC;
- Il primo giorno del mese di erogazione nel caso di prestazioni di dialisi prescritte su ricetta cartacea (le prestazioni di dialisi per ricetta dematerializzata sono invece da rendicontare con un record per ogni prescrizione nel caso di ricetta dematerializzata)
- La data dell'erogazione della prima seduta effettuata dal quinto giorno di ricovero nel caso di prestazione "39.95.A – emodialisi extracorporea in costanza di ricovero", eseguita nel corso di ricoveri ordinari (acuti e riabilitativi) [19][21].

Condizione di errore	Errore
Se non presente	N (grave)

Condizione di errore	Errore
Se non formalmente corretta (GGMMAAAA)	G (grave)
Se anno erogazione è inferiore di almeno tre anni rispetto all'anno di gestione	G (grave)
Se anno e mese di erogazione successivi a quelli di invio	I (grave)
Se anno erogazione < anno precedente all'anno di gestione	P (grave)
Se anno erogazione = anno precedente all'anno di gestione e anno fine erogazione diverso dall'anno corrente di gestione	F (grave)
Se campo non abbinabile, ovvero il campo non presenta la medesima valorizzazione nei tracciati AMB1 AMB 2 e AMB3 (preelaborazione - tabulato L01)	Z (grave)

5.1.4 CONTATORE PRESCRIZIONE

Descrizione: Identificativo univoco di prescrizione nell'anno di rilevazione del presidio.

Lunghezza: 8 caratteri

Regole: Codice di 8 caratteri alfanumerici univoco per EE e anno di rilevazione.

Campo soggetto al controllo sull'intera prescrizione.

Condizione di errore	Errore
Se non presente	Z (grave)
Se non formalmente corretto (codice alfanumerico senza caratteri speciali: viene accettato da A a Z, da 0 a 9, SPAZIO; minuscolo e maiuscolo assumono caratteri differenti) (preelaborazione - tabulato L01)	Z (grave)
Se non Univoco – ovvero, nel caso di più record con medesimo contatore prescrizione (prescrizione con più prestazioni), se almeno uno dei seguenti campi afferenti a tali record non è univoco: Ente, presidio, data pren, data cont, cod. sanitario, cod. fiscale, sesso, data nascita, residenza, ricetta, provenienza, regime, prescrittore, tipo prestaz, posiz. Ticket, classe di priorità, diagnosi, prescrizione suggerita, altro, data compilazione, data fine erogazione, tipo ricetta, codice esenzione, IUP, prima data prospettata, tipo progetto, Stato estero, Cognome, nome, n° identificazione personale, n° identificazione dell'istituzione, n° tessera sanitaria, data scadenza tessera sanitaria contatore, numero protocollo, identificativo PAI, Flag Presa in Carico, Flag Telemedicina	D (grave)
Se non abbinabile, ovvero il campo non presenta la medesima valorizzazione nei tracciati AMB1 AMB 2 e AMB3 (preelaborazione - tabulato L01)	Z (grave)

5.1.5 PROGRESSIVO INTERNO PRESCRIZIONE

Descrizione: Identificativo record multipli associati ad una stessa prescrizione.

Lunghezza: 2 caratteri

Regole: l'identificativo è un numero progressivo di due caratteri utilizzato qualora sia necessario generare più record per prescrizione. I casi che seguono esemplificano con dettaglio le regole di registrazione.

Esempio n. 1

Si consideri una prescrizione che dia luogo a **3** prestazioni afferenti alla disciplina 03 (anatomia istologia patologica) e a **4** prestazioni afferenti alla disciplina 00 (laboratorio di analisi chimico-cliniche) indicate sulla stessa ricetta in quanto prestazioni afferenti alla stessa BRANCA SPECIALISTICA (lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche...)

Tale prescrizione deve dare luogo a DUE record fisici contenenti rispettivamente 3 prestazioni per la disciplina "03"; 4 prestazioni per la disciplina "00". In termini di codifica i campi saranno riempiti come segue.

Si attribuisce un identificatore di prescrizione (supponiamo: A0000012) e si compilano i campi secondo lo schema:

	DISCIPLINA	CONT. PRESCRIZIONE	PROGR. INT. PRESCRIZIONE
Primo record	03	A0000012	01
Secondo record	00	A0000012	02

Esempio n. 2

Si consideri una prescrizione in cui siano presenti 8 prestazioni di laboratorio più il prelievo.

Tale prescrizione deve dare luogo a DUE record fisici, con "progressivo interno prescrizione" uguale es. a 01 e 02, contenenti rispettivamente 8 e 1 prestazione.

In entrambi i casi i campi univoci (vedi errore D al Par 5.1.4) dovranno contenere per i due progressivi le stesse informazioni; l'importo pagato dall'Assistito dovrà essere indicato solo su un record.

Condizione di errore	Errore
Se non presente	G (grave)
Se non formalmente corretto (alfanumerico senza caratteri speciali) (preelaborazione – tabulato L01)	Z (grave)
Nel caso di più record per prescrizione:	
▪ Se non Univoco - ovvero se presente stesso progressivo interno in più record della medesima prescrizione	Z (grave)
▪ Se non abbinabile, ovvero il campo non presenta la medesima valorizzazione nei tracciati AMB1 AMB 2 e AMB3 (preelaborazione - tabulato L01)	Z (grave)

5.1.6 DESTINAZIONE DEL RECORD

Descrizione: Carattere di controllo che consente di distinguere i record inviati per la prima volta da quelli già presenti in archivio.

Lunghezza: 1 carattere

Regole: I valori ammessi sono:

1. SPAZIO = record inviato per la prima volta
2. C = correzione di un record già presente nell'archivio regionale
3. A = annullamento di un record già presente nell'archivio regionale

Uno stesso record non può essere proposto nello stesso file più di una volta con aggiornamenti diversi (es: una volta con destinazione "SPAZIO", un'altra volta con destinazione "C" o destinazione "A") allo scopo di evitare un errato caricamento del record nel data base.

Condizione di errore	Errore
Se valorizzato con un valore diverso da SPAZIO, C, A (preelaborazione tabulato L01)	Z (grave)
Se non univoco in AMB1 AMB2 e AMB3 (SCARTO di TUTTI i record) – (preelaborazione tabulato L01)	C (grave)

Se completamente doppio (SCARTO dei doppi eccetto uno) - (preelaborazione tabulato L01) (***)	A (grave)
Se contiene chiave doppia (SCARTO di TUTTI i record) -(preelaborazione tabulato L01) (***)	B (grave)
Se incongruente con quanto presente in archivio (preelaborazione tabulato L01)	Z (grave)

(***) NOTA BENE: viene marcato errato il campo *Destinazione del record* anche se l'errore non è specifico solo questo campo

5.2 AMB1.TXT

Variabili anagrafiche

5.2.1 CODICE SANITARIO ASSISTITO

Descrizione: Codice sanitario rilevabile dalla tessera sanitaria di assistiti lombardi.

Lunghezza: 8 caratteri

Regole: Il codice è espresso in formato NNNAANNN.

Obbligatorietà: SI, ad esclusione dei seguenti casi, per cui può essere vuoto:

1. soggetti coperti da anonimato (con "codice fiscale assistito" = "ANONIMO");
2. assistiti non lombardi.

Condizione di errore	Errore
Per assistiti lombardi con CF diverso da "ANONIMO": ▪ se codice assistito non presente oppure checkdigit non valido	G (lieve)

5.2.2 CODICE FISCALE ASSISTITO

Descrizione: Codice fiscale (CF) dell'Agenzia delle Entrate / altro codice di seguito definito (vedi par. 3.1.1).

Lunghezza: 16 caratteri

Regole: Valorizzare il campo con:

- CF rilasciato dalla Agenzia delle Entrate [38], con formato a 16 caratteri alfanumerici se CF definitivo, a 11 caratteri numerici se CF provvisorio;
- Codice identificativo a 16 caratteri numerici associato ad alcuni assistiti del SSR (codice presente sulla tessera sanitaria cartacea). Questo codice è composto come segue:
 - Primo carattere: "3" (identificativo regione Lombardia)
 - Secondo e terzo carattere: identificativo della A.S.L / ATS
 - Dal quarto carattere: progressivo univoco di tredici caratteri all'interno della ASL/ATS di riferimento
- "AMB3-TEAM" se soggetto possessore di Tessera Europea di Assicurazione Malattia o se soggetto possessore di modulo CSP-TEAM o modulo CSP-HIC;
- "AMB3-ALL1" se soggetto possessore di Allegato 1
- "AMB3-ALL2" se soggetto possessore di Allegato 2
- "AMB3-HIC" se soggetto possessore di modello HIC **rilasciato da una istituzione italiana**
- "AMB3-CSCS" se soggetto comunitario dimorante in Italia privo di copertura sanitaria
- Codice STP in caso di cittadino straniero non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno nel nostro paese, compresi i minori non in regola con le norme di soggiorno, iscritti temporaneamente a NAR, a cui è stato rilasciato un codice STP (formato STPrrrssnnnnnnn di cui rrrsss: Regione + ASST, ATS o struttura di ricovero che ha assegnato il codice nnnnnnn: numero progressivo completato con cifre "0" a sinistra);
- "ANONIMO" se il soggetto è coperto da anonimato secondo la normativa vigente;
- SPAZIO accettato solo nel caso di regime 4, 5 o 6.

Condizione di errore	Errore
Se il campo CODICE FISCALE ASSISTITO non contiene alcuno dei valori ammessi impedendo quindi l'identificazione della tipologia del cittadino (vedi tabella Controlli incrociati con Regime erogazione e domicilio/residenza/stato estero)	E (grave)
se CF a 16 cifre AN e: ▪ checkdigit non valido ▪ CF incoerente con data di nascita e sesso del soggetto	G (grave) A (grave)
se CF a 11 cifre N e: ▪ checkdigit non valido	G (grave)
Se presente tracciato AMB3: ▪ se i primi 4 caratteri del CF sono diversi da AMB3 Se i primi 4 caratteri de CF sono = AMB3 ▪ se non presente il tracciato AMB3	3 (grave) 3 (grave)
Vedi anche par 5.5.1	

5.2.3 **SESSO**

Descrizione: Sesso dell'assistito.

Lunghezza: 1 carattere

Regole: Il campo può assumere il valore "1", maschio, o "2", femmina.

La compilazione del campo non è richiesta per soggetti coperti da anonimato (con "codice fiscale assistito" = "ANONIMO").

Condizione di errore	Errore
Per assistiti per i quali valga la compilazione obbligatoria del campo: Se non valorizzato con 1 o 2	L (grave)

5.2.4 **DATA DI NASCITA**

Descrizione: giorno, mese e anno di nascita dell'assistito.

Lunghezza: 8 caratteri

Regole: formato GGMMAAAA

La compilazione del campo non è richiesta per soggetti coperti da anonimato (con "codice fiscale assistito" = "ANONIMO"), in tutti gli altri casi:

Condizione di errore	Errore
Se non presente	N (grave)
Se non formalmente corretta (GGMMAAAA)	F (grave)
Se non coerente rispetto alla Data Erogazione, ovvero se data nascita > Data Erogazione	C (grave)

5.2.5 COMUNE DI RESIDENZA/DOMICILIO/STATO ESTERO

Descrizione: Individua il comune italiano di residenza/domicilio oppure lo Stato Estero presso cui l'assistito risulta residente. Il contenuto di tale campo sarà utilizzato per la corretta imputazione dell'onere economico della prestazione.

Lunghezza: 6 caratteri

Regole [41]:

- Per Cittadini italiani iscritti al SSN: riportare il Codice ISTAT a 6 cifre (3 per la Provincia e 3 per il Comune) corrispondente al comune italiano di residenza dell'assistito.
- Per Cittadini italiani residenti all'estero (AIRE) con diritto all'iscrizione SSR temporanea per max 90 gg nell'arco dell'anno solare: riportare il codice del Paese estero a 6 cifre, formato da "999" e da 3 cifre che indicano il Paese estero.
- Per Cittadini senza fissa dimora e apolidi: riportare i codici 999+999.
- Per Cittadini stranieri iscritti al SSN e residenti in Italia: riportare il Codice ISTAT a 6 cifre (3 per la Provincia e 3 per il Comune) corrispondente al comune italiano di residenza.
- Per Cittadini stranieri iscritti al SSN e non residenti in Italia: riportare il Codice ISTAT a 6 cifre (3 per la Provincia e 3 per il Comune) corrispondente al comune italiano nel quale il cittadino straniero risulta iscritto al SSN (comune di domicilio).
- Per Cittadini stranieri non iscritti al SSN: riportare il codice del Paese estero a 6 cifre, formato da "999" e da 3 cifre che indicano il Paese di provenienza.

La compilazione del campo non è richiesta per soggetti coperti da anonimato (con "codice fiscale assistito" = "ANONIMO), nei restanti casi:

Condizione di errore	Errore
Se comune di residenza/domicilio/stato estero valorizzato con comune NON presente nella tabella COMUNI ITALIANI e PAESI ESTERI	G (grave)
Se il comune di residenza/domicilio/stato estero è un comune lombardo: ▪ se soggetto non presente in anagrafica assistiti lombardi oppure presente ma non residente in Lombardia	A (alert)
se il comune di residenza/domicilio/stato estero è un comune NON lombardo: ▪ se soggetto presente in anagrafica assistiti lombardi e residente in Lombardia	A (alert)
Vedi anche par 5.5.1	

5.2.6 TIPO DI RECORD

Descrizione: Identifica il record con le variabili anagrafiche (AMB1).

Lunghezza: 1 carattere

Regole: valore ammesso = 1

Condizione di errore	Errore
Se compilato con un valore diverso da "1" (preelaborazione tabulato L01)	Z (grave)

5.2.7 CAMPO DI RISERVA

Descrizione: Campo previsto per usi futuri: riempire con SPAZIO.

Lunghezza: 12 caratteri

Regole: Al momento, non utilizzare questo campo

Condizione di errore	Errore
Nessun controllo previsto	--

5.3 AMB2.TXT

Variabili residue della prescrizione

5.3.1 DATA PRENOTAZIONE

Descrizione: Data in cui viene effettuata la prenotazione delle prestazioni (GGMMAAAA).

Lunghezza: 8 caratteri.

Regole: Il campo deve essere compilato con la data in cui viene effettuata la prenotazione della prima (in senso temporale) prestazione, nel caso di una prescrizione con più prestazioni erogate in tempi diversi o di ciclo di prestazioni o di pacchetto MAC [22].

Nella rendicontazione per cui non è nota la data di prenotazione è accettato il valore 00000000.

Per le prestazioni erogate senza prenotazione la “data di prenotazione” deve essere compilata con la “data erogazione” (ciò vale anche per le prestazioni di Pronto Soccorso).

In caso di ciclo di prestazioni indicare la data di prenotazione della prima prestazione del ciclo.

Condizione di errore	Errore
Se non presente	N (grave)
Se non formalmente corretto (GGMMAAAA) o diverso da 00000000	G (grave)
Se anno prenotazione precede di due anni o più l'anno di gestione	G (grave)
Se data prenotazione successiva a Data Erogazione	C (grave)
Se il numero di ricetta è presente: Se data prenotazione = 00000000 oppure Se data prenotazione > data compilazione ricetta + 1 anno	R (alert)

5.3.2 NUMERO RICETTA

Descrizione: numero della ricetta.

Lunghezza: 15 o 16 caratteri.

Regola: **NNNNNNNNNNNNNNNN (ricetta cartacea)**

NNNXXNNNNNNNNNN (ricetta dematerializzata)

N: carattere numerico;

X: carattere alfanumerico (ovvero può essere un numero o un carattere; generalmente alla posizione XX è possibile riscontrare numero e un carattere oppure un carattere e un numero).

Il campo è obbligatorio se la prestazione è a carico del SSN.

La compilazione del campo non è richiesta (da compilare con SPAZIO) nei seguenti casi:

- provenienza 4
- Tipo prestazione P, M, Q, X, S

- Regime erogazione 4, 5, 6, E
- Prestazione 39.95.A - emodialisi extracorporea in costanza di ricovero

Come indicato da [20] la compilazione della prescrizione è obbligatoria anche per le attività svolte in accesso diretto con la sola esclusione delle prestazioni di tipo P.

Condizione di errore	Errore
Nei casi in cui la compilazione non è richiesta (vedi regole): ▪ se numero ricetta è presente e checkdigit non valido (solo per ricette cartacee)	V (lieve)
▪ se i primi 3 caratteri non corrispondono a un codice presente nella tabella dei codici delle regioni italiane oppure se i primi 3 caratteri sono 001 o 002 (ricette SASN) ed il regime erogazione è diverso da N oppure se i caratteri dalla posizione 6 alla 15 non sono numerici	V (lieve)
Nei casi in cui la compilazione è obbligatoria (vedi regole): ▪ se numero ricetta non presente ▪ se checkdigit non valido (solo per ricette cartacee)	M (grave) G (grave)
▪ se i primi 3 caratteri non corrispondono a un codice presente nella tabella dei codici delle regioni italiane oppure se i primi 3 caratteri sono 001 o 002 (ricette SASN) ed il regime erogazione è diverso da N oppure se i caratteri dalla posizione 6 alla 15 non sono numerici	G (grave)
Se numero ricetta non univoco all'interno dello stesso Ente e stesso presidio	P (grave)
Se numero ricetta non univoco all'interno dello stesso Ente	I (grave)
Se numero ricetta non univoco extra Ente	E (grave)
Se numero ricetta non univoco sia all'interno dello stesso Ente che extra Ente	D (grave)

5.3.3 PROVENIENZA

Descrizione: Modalità di accesso dell'assistito alla struttura erogatrice della prestazione.

Lunghezza: 1 carattere.

Regole:

1 = assistito inviato da Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e medici addetti al Servizio di Continuità Assistenziale [25].

2 = assistito inviato da Specialisti dipendenti del SSN, Specialisti convenzionati interni (ex SUMAI) o Specialisti dipendenti di strutture private accreditate e a contratto (incluso prestazioni erogate con pacchetti MAC).

3 = accesso diretto, assistito che accede alla struttura senza prescrizione medica (include gli accessi al PS senza chiamata 118, ovvero le attività con tipo prestazione P)(*).

(*) stilata successivamente dallo specialista che eroga la prestazione [18][20].

4 = altro. Tutto quanto non ricada nelle categorie codificate, da compilarsi per la registrazione di prestazioni richieste, ad esempio da:

- Società sportive per gli accertamenti del possesso dei requisiti di idoneità alla pratica sportiva;
- ATS per prestazioni che rientrano nel percorso del programma di screening e quanto altro riconducibile a tali situazioni (es prestazione 39.95.A - emodialisi extracorporea in costanza di ricovero, effettuata nel corso di una degenza maggiore di quattro giorni).

5 = prescrizioni di Medici operanti presso le RSA/RSD.

6 = prescrizioni di Medici impegnati nell'assistenza sanitaria all'interno degli Istituti Penitenziari.

7 = prescrizioni provenienti da altre Regioni.

8 = accesso in Pronto Soccorso a seguito di chiamata al numero 118.

Condizione di errore	Errore
Se Provenienza = 3 e tipo prestazione diverso da P: se la disciplina diversa da 39 pediatria, 35 odontoiatria, 34 oculistica, 40 psichiatria, 33 neuropsichiatria infantile, 37 ostetricia e ginecologia ed 54 emodialisi	D (grave)
Se Regime erogazione 1, 7, 8, 9, N, R: ▪ se compilato con un valore diverso da quelli ammessi 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8	G (grave)
Se Regime erogazione C: ▪ se compilato con un valore diverso da quelli ammessi 6, 2, 3, 8	C (grave)
Se Regime erogazione 4, 5, 6, E: ▪ se compilato con un valore diverso da quelli ammessi 1, 2, 3, 4, 8	L (lieve)
Se tipo di prestazione "S": ▪ se compilato con un valore diverso da quelli ammessi 4, 2	S (grave)
Se tipo di prestazione "T": ▪ se compilato con un valore diverso da quelli ammessi 1, 2, 3, 7	T (grave)

Condizione di errore	Errore
Se Provenienza = 3 e tipo prestazione diverso da P: se la disciplina diversa da 39 pediatria, 35 odontoiatria, 34 oculistica, 40 psichiatria, 33 neuropsichiatria infantile, 37 ostetricia e ginecologia ed 54 emodialisi	D (grave)
Se tipo di prestazione "P": ▪ se compilato con un valore diverso da quelli ammessi 3,8	P (grave)

5.3.4 REGIME DI EROGAZIONE

Descrizione: Individua il soggetto sul quale ricade l'onere economico della prestazione erogata.

Lunghezza: 1 carattere.

Regole:

1 = Prestazione a carico del SSN (incluso i Cittadini AIRE iscritti al SSN, durante i 90 gg cui spetta loro l'assistenza, e incluso i cittadini residenti in altri Paesi convenzionati, in possesso di modello **HIC rilasciato da istituzioni italiane**)

4 = Prestazione effettuata in solvenza, senza oneri economici a carico del SSN (incluso le prestazioni rese a cittadini comunitari privi di copertura sanitaria – CSCS* per le quali il cittadino ha effettuato il pagamento) escluse le prestazioni con oneri a carico di assicurazioni o di fondi integrativi/sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale

5 = Prestazione effettuata in regime libero professionale, senza oneri economici a carico del SSN escluse le prestazioni con oneri a carico di assicurazioni o di fondi integrativi/sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale

6 = Prestazioni effettuate senza oneri economici a carico del SSN con oneri a carico di assicurazioni o di fondi integrativi/sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale

7 = per stranieri comunitari o appartenenti a paesi con i quali vige una convenzione di sicurezza sociale e/o titolari di attestati di diritto comunitari o rilasciati da istituzioni con cui siano in essere accordi bilaterali di sicurezza sociale e assistenza sanitaria [43].

8 = Prestazione a carico del SSN erogata ad assistiti stranieri extracomunitari irregolari con dichiarazione di indigenza [6] (ovvero prestazioni legate alla tutela della maternità e del minore), compresi i minori non in regola con le norme di soggiorno, iscritti temporaneamente a NAR, a cui è stato rilasciato un codice STP.

9 = Prestazione urgente o comunque essenziale, NON a carico del SSN, erogata ad assistiti stranieri extracomunitari irregolari con dichiarazione di indigenza [6]

N = Naviganti (a carico cassa Naviganti).

C = prestazioni rese a detenuti presso case circondariali o istituti di pena (a carico SSN).

E = prestazione non a carico del SSR per controlli sulle endoprotesi per le quali è stata emessa fattura verso il produttore

R = prestazioni rese a cittadini comunitari privi di copertura sanitaria – CSCS* per le quali è stata emessa richiesta di pagamento.

* i CSCS sono i cittadini comunitari presenti sul territorio nazionale ma privi di copertura sanitaria, che non risultano assistiti dagli Stati di provenienza e non hanno i requisiti per l'iscrizione al SSN (tipicamente, cittadini che si presentano senza TEAM o certificato sostitutivo) [43]. Tali cittadini devono coprire il costo totale della prestazione erogata. Nel caso in cui paghino l'importo fatturato, il regime di erogazione è il 4; altrimenti il regime di erogazione da utilizzare è il regime R.

Condizione di errore	Errore
se compilato con un valore diverso da quelli ammessi 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, N, C, E, R	G (grave)
Vedi anche par 5.5.1	

5.3.5 CODICE MEDICO PRESCRITTORE

Descrizione: Codice del medico prescrittore.

Lunghezza: 16 caratteri.

Regole:

RICETTA DEMATERIALIZZATA

Nel caso di ricetta DEM lombarda, compilare il campo con il codice fiscale del medico prescrittore (campo idPrescrittore del tracciato elettronico).

Nel caso di ricetta DEM di altra regione compilare il campo con il codice fiscale del medico che ha registrato la ricetta, ovvero:

- con il CF del medico titolare (cfmedico1) se prescritto dal medico titolare (ovvero cfmedico1 valorizzato e cfmedico2 vuoto);
- con il CF del medico sostituto (cfmedico2) se prescritto dal medico sostituto (ovvero cfmedico1 e cfmedico2 entrambi valorizzati).

dove cfmedico1 e cfmedico2 si intendono i campi del tracciato elettronico della ricetta DEM.

Nel caso di **ricetta cartacea** compilare il campo con il codice regionale o con il codice fiscale del medico prescrittore secondo quanto indicato dalla [25] e schematizzato nella tabella di seguito.

Prescrittore	Provenienza	Codice medico prescrittore
Medico di medicina generale/pediatra di famiglia	1	Codice fiscale o Codice regionale a cinque cifre*
Medico Specialista	2, 3, 4, 8	Codice fiscale o Codice regionale a sei cifre*
Medico Specialista	5, 6	Codice fiscale
Medico di altre Regioni	7	Codice fiscale o Codice regionale (come su ricetta) o 9999999999999999

*Nota: I codici regionali a 5 e 6 cifre sono i codici presenti nell'Anagrafica dei medici prescrittori distribuita tramite il servizio SISS Distribuzione Dati Codificati (DDC).

Obbligatorietà:

La compilazione del campo non è richiesta per:

- provenienza 4 (Altro) dove vengono ricondotti gli accessi ambulatoriali privi di ricetta quali ad es. richieste di Società sportive e prestazioni che rientrano nei percorsi dei programmi di screening;
- prestazione 39.95.A.

Per prestazioni diverse da quelle di cui sopra:

Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

Condizione di errore	Errore
Se ricetta non lombarda e campo non compilato	N (grave)
Se regime di erogazione C e: ▪ codice medico prescrittore valorizzato con CF ma checkdigit non valido oppure ▪ codice medico prescrittore non presente nell'Anagrafica dei medici prescrittori	D (grave)
Se regime di erogazione 1, 7, 8, 9, R con provenienza "1" = medico di base (lombardo) e: ▪ codice (a cinque cifre o fiscale) del medico prescrittore NON presente nell'Anagrafica dei medici prescrittori ▪ codice medico prescrittore presente nell'Anagrafica dei medici prescrittori ma medico non attivo	G (grave) 1 o 9 (alert)
Se regime di erogazione 1, 7, 8, 9, R con provenienza "2" = specialista (lombardo): ▪ codice medico prescrittore regionale non presente in nell'Anagrafica dei medici prescrittori ▪ codice medico prescrittore = codice fiscale con checkdigit non valido	B (grave) C (grave)
Se regime di erogazione 1, 7, 8, 9, R con provenienza "3", "8" e: ▪ codice medico prescrittore = CF con checkdigit non valido ▪ codice medico prescrittore regionale valorizzato non nell'Anagrafica dei medici prescrittori	H (grave) H (grave)
Se provenienza "5": ▪ codice medico prescrittore = CF con checkdigit non valido	R (lieve)
In tutti gli altri casi in cui è presente codice fiscale con checkdigit non valido	K (grave)

5.3.6 TIPO DI PRESTAZIONE

Descrizione: Identificativo utilizzato per identificare le seguenti tipologie di prestazioni:

- prestazioni di Pronto Soccorso;
- prestazioni per la rilevazione dei tempi di attesa;
- Screening/Prevenzione
- Altro.

Lunghezza: 1 carattere.

Regole:

- prestazioni di Pronto Soccorso:
P= prestazione di Pronto Soccorso o di primo intervento
- prestazioni per la rilevazione dei tempi di attesa:
O= prestazione di carattere ordinario
U= prestazioni urgenti differibili, la cui urgenza non comporti l'accesso del paziente alle strutture di urgenza-emergenza e per le quali viene attivata, da parte delle strutture accreditate, una via Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

differenziata in modo da rispondere alle esigenze espresse nell'ambito delle 72 ore dalla presentazione della richiesta [8].

Z= tutte le prestazioni che non devono rientrare nel calcolo dei tempi di attesa (prestazioni in "accesso diretto" diverse da P.S.; prestazioni di medicina sportiva, psichiatria, laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche, dialisi; prestazioni riferite a controlli programmati, pacchetti MAC, etc.)

▪ Screening/prevenzione:

S = screening;

T = prevenzione spontanea [29];

W = profilassi Post Esposizione HIV (PPE);

X = ex esposti amianto

Prestazioni da quantificarsi ai fini epidemiologici e statistici che NON devono però rientrare nel sistema di remunerazione a prestazione:

M = prestazioni rese e non altrimenti rilevate, che non devono rientrare tra quelle da remunerarsi attraverso il presente flusso;

Q = prestazioni in ambito interventi profilassi sui contatti, effettuate in convenzione con ASL.

▪ Altro:

I = prestazioni richieste dalla Commissione Invalidi ([30] e successivi decreti attuativi).

Condizione di errore	Errore
Se compilato con valore diverso da quelli ammessi: P, O, U, Z, S, T, W, M, Q, I, X	G (grave)
Se disciplina di neuropsichiatria infantile (disciplina 33) e campo compilato con uno dei valori NON ammessi: S, T, W	N (grave)
Se evento comprende prestazione "tampone" (91121 o 905557 o 90558) e Codice esenzione è = P01, se Tipo Prestazione è diverso da Q	T (grave)

5.3.7 POSIZIONE TICKET

Descrizione: Identifica la modalità di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'assistito.

Lunghezza: 2 caratteri.

Regole:

10 = esente totale (es: invalidi di guerra mil/civ titolari di pensione diretta vitalizia dalla 1° alla 5° categoria, deportati in campo di sterminio, perseguitati politici antifascisti o razziali titolari di assegno vitalizio di benemerenzia, invalidi del lavoro superiori a 2/3, grandi invalidi per servizio (I° categoria), invalidi per servizio app alle categorie dalla 2° alla 5°, invalidi civili al 100 per cento, invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3, invalidi civili minori di 18 anni, ciechi, sordomuti, vittime del terrorismo e familiari e nell'ambito dell'attività di medicina dello sport vanno ricondotti a questa codifica anche i titolari di disabilità superiore ai 2/3 sia maggiorenni che minorenni).

20 = esente per età (assistiti SSR di età inferiore ai 14 anni indipendentemente dal reddito condizione registrata automaticamente in anagrafe regionale, stranieri irregolari di età inferiore ai 14 anni o assistiti SSR di età superiore a 65 anni purché appartenenti a nucleo familiare con un reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 38.500,00 - DGR. 5875 del 21/11/2007 oppure assistiti SSN non SSR di età inferiore a 6 anni e maggiore di 65 con reddito familiare non superiore a 36.151,98.).

40 = non esente (assistiti tenuti al totale pagamento delle prestazioni di assistenza medico-specialistica ambulatoriale fino alla concorrenza del ticket fissato per ogni singola ricetta).

50 = esente per patologia e malattia rara (assistito esente per le malattie croniche e invalidanti di cui al [10], soggetti affetti da patologie rare, prestazioni richieste su sospetti di patologie rare, invalidi di guerra della categorie dalla 6° alla 8°, invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa inferiore a 2/3, infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali, invalidi per servizio app alle categorie dalla 6° alla 8°).

60 = esente per categoria (prestazioni richieste per verifica invalidità civile, assistiti danneggiati da complicanze irreversibili causate da vaccini obbligatori, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, donne in stato di gravidanza in epoca pre-concezionale, ordinaria, a rischio, prestazioni in gravidanza erogate a personale navigante, prestazioni a tutela della salute collettiva o disposte in condizioni epidemiche, donatori di sangue e di midollo, prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio HIV, prestazioni per l'avviamento al lavoro come da obblighi di legge, prestazioni correlate alle vaccinazioni obbligatorie, profilassi antitubercolare, prestazioni medico legati ai naviganti, prestazioni urgenti e essenziali agli stranieri extracomunitari irregolari, terapia del dolore severo, sottoposti agli accertamenti richiesti al fine del rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica se di età inferiore ai 18 anni e non disabili).

61 = titolari di assegni sociali e familiari a carico

62 = disoccupati con reddito inferiore a 8263 iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego e i familiari a loro carico per il periodo di durata di tale condizione, disoccupati con reddito familiare complessivo inferiore ai 27000 Euro per il periodo di durata di tale condizione, cittadini in cassa integrazione straordinaria ed i familiari a carico per il periodo di durata di tale condizione, cittadini cui è stato concesso il trattamento di "cassa integrazione in deroga" ed i familiari a carico per il periodo di durata di tale condizione, lavoratori in mobilità ed i familiari a carico per il periodo di durata di tale condizione, lavoratore/trice in contratto di solidarietà difensivo ex art. 1 DL 30/10/1984, n. 726 ed i familiari fiscalmente a carico,

63 = titolari di pensioni al minimo ultrasessantenni ed i familiari a carico purché appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente inferiore a € 8.263,31 (lire 16 milioni), €11.362,00 (lire 22 milioni) se con coniuge a carico, incrementato di € 516,45 (lire 1 milione) per ogni figlio a carico.

64 = titolare di esenzione E15 (prestazioni specialistiche ambulatoriali a favore di cittadini SSR con reddito familiare inferiore ai 18000 Euro e ai loro familiari a carico).

90 = altro (includere in questo codice altri casi di esenzione non espressamente identificati dalle restanti codifiche, es: detenuti, screening, prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori di cui all'art.85 della Legge 388/2000, obiettori di coscienza in servizio civile, residenti nelle zone terremotate, prestazioni per soggetti operanti nel territorio della Bosnia Herzegovina e del Kosovo).

La compilazione del campo non è richiesta nel caso di:

- regime erogazione 4 (solvente);
- regime erogazione 5 (libera professione);
- regime erogazione 6 (assicurazioni o fondi integrativi/sostituivi)
- regime erogazione E (prestazione non a carico del SSR per controllo device);
- regime erogazione R (CSCS);
- PS urgente;

In tutti questi casi compilare con SPAZIO.

Condizione di errore	Errore
Se tipo prestazione = P e Classe di priorità urgente (diverso da 01):	O (grave)
▪ se posizione ticket uguale a 40 (non esente)	
Se tipo prestazione = P e Classe di priorità NON urgente (uguale a 01):	

Condizione di errore	Errore
▪ se regime di erogazione 1, 7, N con posizione ticket diverso da 10, 20, 40, 50, 60, 61, 62 e 63 e 90 ▪ se regime di erogazione 8, 9 con posizione ticket diverso da 20, 40, 50, 60 e 90 ▪ se regime di erogazione C e posizione ticket diverso da 90	L (grave) H (grave) M (grave)
Se tipo prestazione = P e presente errore su "Classe di priorità"	P (grave)
Se tipo prestazione diverso da P: ▪ se struttura di medicina sportiva e tipo prestazione S, T o Q ▪ se struttura di medicina sportiva e posizione ticket diverso da 10, 40, o 60 ▪ se tipo prestazione S, T, X con posizione ticket diverso da 90 ▪ se tipo prestazione Q con posizione ticket diverso da 60, 90, 62 ▪ se regime di erogazione 1, 7, N con posizione ticket diverso da 10, 20, 40, 50, 60, 61, 62, 63, 90 e 64 (posizione ticket 64 solo con regime erogazione 1, prescrizione non di PS e codice esenzione E15) ▪ se regime di erogazione 8, 9 con posizione ticket diverso da 20, 40, 50, 60 e 90 ▪ se regime di erogazione C e posizione ticket diverso da 90	B (grave) B (grave) S (grave) S (grave) G (grave) H (grave) M (grave)
Se posizione ticket 20 ed età assistito >=14 anni o <65 anni	A (grave)

5.3.8 TICKET

Descrizione: Importo pagato dall'assistito.

Lunghezza: 7 caratteri.

Regole: primi cinque caratteri per la parte intera dell'importo in euro, restanti due caratteri per la parte in centesimi di euro.

Nel caso di Assistito esente oppure per prestazioni rese in regime di erogazione 4 (Solvente) o 5 (Libera professione) o 6 (assicurazioni o fondi integrativi/sostitutivi) o E (prestazione non a carico del SSR per controllo device) o R (CSCS), per le prestazioni di tipo "M" il campo deve essere valorizzato con 0000000.

Nella rendicontazione delle prestazioni di Pronto Soccorso il campo deve essere compilato solo quando l'assistito è tenuto a partecipare alla spesa (erogazione di prestazioni prive del carattere dell'urgenza = codice bianco).

Nei casi in cui fossero necessari più record per registrare le prestazioni prescritte con un'unica ricetta l'importo pagato deve essere indicato **solo su un record (uno qualsiasi)**.

Nei casi di prescrizioni con indicazione di esenzione per patologia che riportano sia prestazioni in esenzioni che prestazioni non previste per la patologia, come riportato dalla [45], la struttura procederà all'erogazione di tutte le prestazioni indicate in ricetta. Nella rendicontazione di tali prestazioni il campo ticket deve essere compilato con il valore ticket riferito alle prestazioni non in esenzione.

Campo soggetto al controllo sul singolo record e sull'intera prescrizione.

Condizione di validità	Errore
Se presente errore grave nella posizione ticket	G (grave)
Se non numerico	F (grave)
Se la prescrizione è composta da più record: se ticket valorizzato su più record (l'errore viene assegnato ai record in cui il ticket è valorizzato tranne che sulla riga ove il ticket stesso ha il valore più alto)	D (grave)
Se tipo prestazione = S, T, M, Q, X e Ticket diverso da Zero	C (grave)
Se regime di erogazione = 4, 5, 6, E, R e Ticket diverso da Zero	L (lieve)
Se posizione Ticket = 10, 20, 61, 62, 63, 90 e Ticket diverso da Zero	A (grave)
Se tipo prestazione = P e Classe di priorità urgente (diverso da 01): se Ticket diverso da Zero	M (grave)
Se tipo prestazione = P e Classe di priorità NON urgente (uguale a 01): - se posizione ticket = 64 con Ticket diverso da 25.00 - se posizione ticket = 40 con Ticket diverso da 25.00 - se posizione ticket = 10, 20, 61, 62, 63, 90 con Ticket diverso da Zero	M (grave) W (grave) A (grave)
Se tipo di prestazione diverso da P e posizione ticket = 40, 64: - se Ticket = Zero; - se la somma del valore delle prestazioni è ≤ 36.00 e Ticket diverso dal Valore prestazioni - se la somma del valore delle prestazioni è > 36.00 e il Ticket è < 36.00 oppure > 108.00 oppure $>$ Valore prestazioni	R (grave) S (grave) T (grave)
Se tipo di prestazione diverso da P e posizione ticket = 50, 60: se Ticket > 108.00 o $>$ valore delle prestazioni	Q (grave)

5.3.9 CODICE PRESTAZIONE

Descrizione: Identifica le prestazioni erogate.

Lunghezza: 5 caratteri.

Regole: Il campo deve essere compilato con la codifica NTR (del nomenclatore tariffario regionale) delle prestazioni erogate senza includere i punti.

Campo soggetto al controllo sul singolo record e sull'intera prescrizione

Nel caso in cui, a seguito dell'esito di alcune prestazioni prescritte su una data impegnativa (sia essa cartacea che dematerializzata), si ritenga necessario effettuare ulteriori prestazioni "aggiuntive" tra quelle elencate nella circolare prot. 5407 del 13/02/2017, queste prestazioni dovranno essere rendicontate in 28/SAN (Flusso specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale) con lo stesso record associato alla prescrizione, che potrà contenere in questo caso più di 8 prestazioni.

Dato che l'esigenza di erogare delle prestazioni aggiuntive scaturisce in un secondo momento, a seguito dei risultati di altre prestazioni, se l'impegnativa è stata già trasmessa col flusso 28/SAN (Flusso specialistica ambulatoriale e di

diagnostica strumentale) (nel caso per esempio di prestazioni eseguite alla fine del mese), l'invio delle prestazioni aggiuntive dovrà essere eseguito con un record avente il medesimo numero ricetta di quello con cui è stata erogata la prescrizione e destinazione record = C (correzione).

Oltre ai codici prestazione da NTR è prevista anche la compilazione dei codici da Catalogo SISS nell'estensione del tracciato. Qualora uno stesso Codice prestazione NTR, relativo a due o più prestazioni erogate, corrisponda a codici diversi nel Catalogo prestazioni SISS (si vedano i codici contenuti nella prescrizione), oltre al rispetto del valore massimo nel campo quantità, non sarà possibile cumulare le prestazioni ma andranno rendicontate in campi separati. Ciò consente la corretta corrispondenza con i dati riportati nei campi facoltativi Prestazione SISS del tracciato esteso.

Ai soli fini della rendicontazione nel presente flusso, le strutture autorizzate ad erogare le prestazioni individuate dalla DGR XI-7431 del 30.11.2022, lunghe 6 caratteri, dovranno utilizzare degli appositi codici lunghi 5 caratteri, come di seguito indicato (i corrispondenti Codici prestazioni SISS invece non dovranno essere transcodificati):

<i>CODICE PRESTAZIONE (con i punti)</i>	<i>CODICE PRESTAZIONE (senza punti)</i>	<i>CODICE DA RENDICONTARE</i>
91.29.7A	91297A	NGS7A
91.29.7B	91297B	NGS7B
91.29.7C	91297C	NGS7C

Condizione di validità	Errore
Se codice prestazione non presente in Nomenclatore Tariffario Regionale	G (grave)
Se presidio territoriale di psichiatria (G2 combinato S5 tipo 1) e prestazioni diverse da quelle cod. da 94.01.1 a cod. 94.44 (escluso 94.08.4, 94.32) e cod. 89.7	F (grave)
se la prescrizione contiene prestazioni meritevoli di controllo secondo quanto indicato in [30][32] e [33]	A (alert)
se prestazioni con codice 9229N, 9229O o 9229P (prestazioni attività di adroterapia introdotte con la [34] e presidio diverso dal CNAO di PAVIA codice 312016132 (dal 2016 il codice 328002147)	H (grave)

5.3.10 QUANTITÀ

Descrizione: Numero di ripetizioni eventualmente effettuate della stessa prestazione (cicli, in particolare) [17].

Lunghezza: 3 caratteri.

Regola:

1. In caso di prestazione singola il campo dovrà assumere il valore 1;
2. In caso di prestazione richiesta su più distretti il campo dovrà assumere 1 per ciascun distretto;

Esempio:

Rendicontazione di prescrizione della prestazione "88.21 Radiografia di spalla, braccio, toraco-brachiale" richiesta sui distretti spalla e braccio dx

<i>CODICE PRESTAZIONE</i>	<i>QUANTITÀ</i>
88.21	1
88.21	1

3. In caso di prestazioni, che recano nella descrizione della singola voce l'indicazione per ciclo o che implicitamente ripetitive, recano nella descrizione un limite al numero delle ripetizioni, nel caso in cui la tariffa si riferisca alla singola seduta/allergene, il campo può assumere valore maggiore di 1;

Esempio:

Rendicontazione di due cicli della prestazione "93.18.1 Esercizi respiratori. Per seduta individuale (ciclo di dieci sedute)" la tariffa è per seduta.

CODICE PRESTAZIONE	QUANTITÀ
93.18.1	10
93.18.1	10

Esempio:

Rendicontazione della prestazione "90.68.1 Ige specifiche allergologiche: quantitativo per ogni allergene (pannello fino a 12 allergeni) "la tariffa è per singolo allergene. Se la richiesta è di 9 allergeni

CODICE PRESTAZIONE	QUANTITÀ
90.68.1	9

Se la richiesta è di 27 allergeni

CODICE PRESTAZIONE	QUANTITÀ
90.68.1	12
90.68.1	12
90.68.1	3

4. In caso di prestazioni, che recano nella descrizione della singola voce l'indicazione per *ciclo* o che implicitamente ripetitive, recano nella descrizione un limite al numero delle ripetizioni, nel caso in cui la tariffa si riferisca all'intero ciclo o all'intero gruppo di allergeni, la quantità è uguale a 1

Esempio:

Rendicontazione della prestazione "91.90.6 TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni) la tariffa non è per singolo allergene. Se la richiesta è di 24 allergeni

CODICE PRESTAZIONE	QUANTITÀ
91.90.6	1
91.90.6	1

5. Per le prestazioni di DIALISI prescritte su ricetta cartacea il campo dovrà contenere, per ogni prestazione, la quantità erogata nel mese per singolo assistito.

Condizione di errore	Errore
Se numero prestazioni non rientra nei limiti di prescrivibilità consentito	G (grave)
Se caso di prestazioni da NON rendicontare in associazione alle prestazioni afferenti alla branca nefrologia come da [30], [32].	A (alert)

5.3.11 CLASSE DI PRIORITA'

Descrizione: Classe di priorità.

Lunghezza: 2 caratteri.

Regole: In ciascuna impegnativa per prestazione ambulatoriale il Medico, in base alla valutazione clinica, deve attribuire la priorità adeguata e riportare in ricetta il relativo contrassegno; l'indicazione del campo "classe di priorità" da parte del Medico è obbligatoria; la ricetta priva di contrassegni è considerata come prescrizione di una prestazione programmabile (P):

U= urgente – "bollino verde" (entro 72 ore);

B= breve – entro 10 gg;

D= differibile - entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali);

P= programmabile;

Il tempo previsto dalla classe di priorità decorre a partire dal momento in cui l'utente richiede la prestazione.

Per prestazioni di Pronto Soccorso:

Codice	nuova descrizione colore	livello di emergenza
11	1 - Rosso	EMERGENZA
12	2 - Arancione	URGENZA
13	3 - Azzurro	URGENZA DIFFERIBILE
14	4 - Verde	URGENZA MINORE
15	5 - Bianco	NON URGENZA

Ferma restando, fino a diversa comunicazione, la possibilità di utilizzare i codici previgenti:

01 = codice bianco;

02 = codice verde;

03 = codice giallo;

04 = codice rosso.

Nel caso di ricette con più prestazioni, la classe di priorità si riferisce a tutte le prestazioni presenti nella ricetta stessa.

La compilazione del campo non è richiesta per:

- regime di erogazione 4 o 5 o 6 o E oppure provenienza 3 o 4 oppure presidio di Medicina Sportiva

Per ricetta lombarda:

Condizione di errore	Errore
Se tipo prestazione = P e classe priorità diversa da 01, 02, 03 o 04, 15, 14, 13, 12, 11	P (grave)
Se tipo prestazione = M, Q, S, I, W, X o G e classe di priorità valorizzata	F (grave)
Se tipo di prestazione = T e classe priorità diversa da U, B, D, P	T (grave)
Se tipo di prestazione = O e classe priorità diversa da B, D e P	M (grave)
Se tipo di prestazione = U e classe priorità diversa da U	U (grave)

Condizione di errore	Errore
Se tipo di prestazione = Z e classe priorità diversa da P	S (grave)

5.3.12 DIAGNOSI

Descrizione: Diagnosi valutata nel corso della visita o della prestazione effettuata, e non la diagnosi (o sospetto diagnostico) indicata dal medico nella prescrizione.

Lunghezza: 5 caratteri.

Regole: Classificazione internazionale delle malattie "International classification of diseases -IX – Clinical modification" ICD-9-CM (versione 2007)

La compilazione del campo non è obbligatoria per i servizi intermedi (es: laboratorio, radiologia, anatomia patologica). E' invece da rilevare quando si realizzano entrambe le seguenti condizioni: il medico ha contatto diretto con il paziente e perviene ad una diagnosi.

Condizione di errore	Errore
Se codice diagnosi non presente nella tabella di classificazione delle malattie (ICD-9-CM versione 2007)	L (lieve)

5.3.13 TIPO DI RECORD

Descrizione: Identifica il record con le variabili residue della prescrizione (AMB2).

Lunghezza: 1 carattere.

Regole: valore ammesso = 2

Condizione di errore	Errore
Se compilato con valore diverso da "2" (prelaborazione tabulato L01)	Z (grave)

5.3.14 VALORE CONCORDATO

Descrizione: Tariffe concordate qualora differenti da quelle previste dal nomenclatore tariffario.

Lunghezza: 7 caratteri.

Regole: Qualora l'ATS, per le prestazioni erogate a seguito di programmi di screening, avesse concordato tariffe differenti da quelle previste dal nomenclatore tariffario in uso dovrà indicare in questo campo, di lunghezza 7, il valore (o la somma dei valori) concordato per la/e prestazione/i registrata/e. Tale valore dovrà essere indicato in euro con la specificazione di due decimali come segue:

- primi 5 caratteri per la parte intera dell'importo in Euro
- restanti 2 caratteri per la residua parte dell'importo in centesimi di Euro.

Non deve essere codificato alcun separatore decimale. La residua parte dell'importo in centesimi di Euro (2 caratteri) è obbligatoria: riempire eventualmente con 0 o con 00.

- Qualora il valore concordato riguardasse un insieme di prestazioni effettuate in tempi diversi, il valore concordato dovrà essere riportato solo sul record che registra la prima (in senso temporale) prestazione o

gruppo di prestazioni; nei record inviati successivamente che registrano le restanti prestazioni, il campo dovrà essere compilato con 9999999.

Nel caso in cui l'erogazione delle prestazioni avvenga senza che l'ATS abbia concordato con le strutture tariffe differenti da quelle previste dal nomenclatore tariffario il campo dovrà essere riempito con 0000000.

Esempio: Nel caso in cui una ATS concordi con una struttura erogatrice il prezzo di un pacchetto di prestazioni di screening che preveda oltre alla mammografia gli eventuali esami di secondo livello, poiché il prezzo concordato riguarda l'intero pacchetto e non una singola prestazione e l'intero pacchetto è erogato (e segnalato) in date differenti e su record differenti, il prezzo concordato dovrà essere riportato solo sul record che rendiconta la/e prima/e (in senso temporale) prestazione/i resa/e. Tutti i record che rendicontano le prestazioni rese in tempi successivi, facenti parte dello stesso pacchetto, dovranno contenere il valore 9999999.

La corretta compilazione del campo è requisito fondamentale per l'attribuzione del giusto valore alla prescrizione:

1. VALORE CONCORDATO presente
Alla prescrizione viene attribuito il valore economico indicato nel campo
2. VALORE CONCORDATO 9999999; interpreta che la prescrizione registra una o più prestazioni facenti parte del pacchetto concordato, erogate in tempi diversi, e il cui valore, secondo quanto indicato più sopra, è già stato registrato nella rendicontazione della prima (in senso temporale) prestazione o gruppo di prestazioni erogata/e
Alla prescrizione non viene attribuito alcun valore economico
3. VALORE CONCORDATO riempito con SPAZIO
Alla prescrizione viene attribuito il valore economico come da nomenclatore tariffario.

Condizione di errore	Errore
Se la prescrizione è composta da più record: ▪ se valore concordato valorizzato su più record (se presente su più righe con lo stesso valore, l'errore viene assegnato a tutti i record escludendo quello con progressivo interno più alto, altrimenti se presente su più righe con valori diversi, l'errore viene assegnato ai record in cui il valore concordato è valorizzato con valore più basso diverso da zero)	F (grave)
Se non numerico	N (grave)
Se tipo di prestazione = S e: ▪ valore concordato > valore delle prestazioni oppure ▪ valore concordato diverso da 9999999 oppure ▪ valore concordato diverso da SPAZIO oppure ▪ valore concordato diverso da 0000000 Altrimenti: ▪ valore concordato diverso da SPAZIO oppure ▪ valore concordato diverso da 0000000	B (alert) C (alert)

5.3.15 UO DI RIFERIMENTO

Descrizione: UO che ha erogato le prestazioni.

Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

Lunghezza: 5 caratteri.

Regole:

La rilevazione si rivolge alle ASST erogatrici delle prestazioni ambulatoriali ed alle ATS per quella parte di attività ambulatoriale direttamente gestita (ad esempio attività delle strutture di medicina sportiva) ed ha lo scopo di abbinare la prestazione eseguita al reparto/servizio che l'ha erogata.

Il campo di 5 caratteri è suddiviso in tre parti:

- tipologia di U.O. (1 carattere), solo per erogatori pubblici, che può assumere uno dei seguenti valori:
 - "1" = reparto
 - "2" = servizio diagnostico terapeutico
 - "3" = servizio di supporto sanitario (come la Rianimazione)
 - "6" = servizio territoriale.

Ciò nel caso in cui alla stessa disciplina siano abbinati più reparti/servizi erogatori.

Per quanto riguarda i medici dipendenti si tratta di individuare il reparto di appartenenza (o comunque quello a cui vanno attribuiti i ricavi derivanti dalla prestazione). Per i medici convenzionati che svolgono la loro attività autonomamente ci si limiterà a compilare il campo della disciplina: si ritiene infatti che i ricavi derivanti dalle prestazioni erogate da questi ultimi restino in carico al poliambulatorio di appartenenza. Nel caso in cui il medico convenzionato svolga la sua attività per un reparto valgono le considerazioni fatte per il personale dipendente.

- disciplina (2 caratteri), per tutti gli erogatori, secondo la codifica del Ministero della Salute a 2 cifre. Il campo deve essere compilato con uno dei codici presenti nella tabella discipline del DDC rispettando le seguenti indicazioni:
 - Per le prestazioni di laboratorio o di anestesia e rianimazione riempire il campo rispettivamente con "00".
 - Nel caso di visita specialistica qualora ci sia discordanza tra tipologia della visita e reparto di erogazione, indicare il codice della specialità a cui si riferisce la visita (es. visita cardiologia erogata dal reparto di medicina: indicare cod. "08" e non "26").
 - Nel caso di prestazione di Pronto Soccorso indicare la disciplina a cui afferisce il medico che eroga la prestazione, oppure riempire con SPAZIO nel caso di prestazione resa dal medico di guardia in PS.
- sequenza (2 caratteri), solo per erogatori pubblici, ovvero il numero progressivo per la stessa disciplina: 01, 02,...

Esempio: prestazione erogata dal medico specialista del reparto di cardiologia I°. L'UO di riferimento in questo caso sarà 10801.

Condizione di errore	Errore
Se primo carattere diverso da SPAZIO (o 0), 1, 2, 3 o 6	B (grave)
Se tipo prestazione diverso da P e codice formato dal secondo e terzo carattere non presente nella tabella discipline (laboratorio=00)	K (grave)
Se tipo prestazione uguale a P e codice formato dal secondo e terzo carattere non presente nella tabella discipline (laboratorio=00) e non uguale a SPAZIO	T (grave)
Se codice formato dal quarto e quinto carattere diverso da SPAZIO (o 00), 01 fino 99	N (grave)

5.3.16 DATA RICEZIONE RECORD da parte della ATS

Descrizione: Data apposta dalla ATS (ex ASL) alla ricezione del record.

Lunghezza: 8 caratteri.

Regole: Il campo deve essere compilato dalla ATS, prima dell'invio delle informazioni alla Direzione Generale Welfare, e deve contenere la data di ricezione dei record (secondo il protocollo in entrata) da parte della ATS.

Nel caso di più invii dello stesso record da parte della struttura, a seguito di eventuali correzioni apportate, il campo deve assumere il valore dell'ultima data (da sovrapporre alle precedenti).

Per le strutture erogatrici (private e pubbliche) che trasmettono le informazioni tramite ATS e per le ASST e gli IRCCS pubblici che trasmettono direttamente le informazioni alla Direzione Generale Welfare, il campo potrà essere riempito con SPAZIO.

Condizione di errore	Errore
Se non formalmente corretta (GGMMAAAA)	B (grave)
Se antecedente alla Data Erogazione	C (grave)
Se successiva o uguale alla data di elaborazione del record da parte LI	E (grave)

5.3.17 PRESCRIZIONE SUGGERITA

Descrizione: Indicazione di prescrizione suggerita.

Lunghezza: 1 carattere.

Regole: S = prescrizione suggerita, da compilare se l'indicazione è presente in ricetta, altrimenti SPAZIO.

Condizione di errore	Errore
Se compilato con valore diverso da S o SPAZIO	A (grave)

5.3.18 ALTRO

Descrizione: prescrizione di tipo diverso introdotte da provvedimenti regionali specifici.

Lunghezza: 1 carattere.

Regole: A = altro da compilare se l'indicazione è presente in ricetta, altrimenti SPAZIO.

Condizione di errore	Errore
Se compilato con valore diverso da A o SPAZIO	B (grave)

5.3.19 DATA COMPILAZIONE

Descrizione: Data compilazione ricetta da parte del medico.

Lunghezza: 8 caratteri.

Regole: GGMMAAAA.

Il campo può non essere compilato se:

- contiene prestazioni appartenenti all'ALL 1–B [12] oppure
- regime di erogazione 4, 5, 6, E oppure
- tipo di prestazione P, M, Q, X, S oppure
- provenienza 3 solo PS, 8 oppure
- provenienza 4 oppure
- la ricetta contiene la prestazione 39.95.A - emodialisi extracorporea in costanza di ricovero

Condizione di errore	Errore
Per i casi in cui la compilazione del campo è obbligatoria: ▪ se non presente	A (grave)
Se non formalmente corretto (GGMMAAAA)	B (grave)

Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

Condizione di errore	Errore
Se data compilazione successiva alla Data Erogazione (ad esclusione delle cartacee che contengono almeno una prestazione di DIALISI)	C (grave)
Se data compilazione ricetta > eventuale data di cessazione incarico medico	M (alert)
Se presente R (alert) su Data Prenotazione	R (alert)

5.3.20 DATA FINE EROGAZIONE

Descrizione: Data fine trattamento (GGMMAAAA).

Lunghezza: 8 caratteri.

Regole: Campo obbligatorio nel caso di prestazioni/somministrazioni cicliche; nel caso in cui la ricetta contenga prestazioni erogabili in tempi diversi indicare la data di erogazione dell'ultima (in senso temporale) prestazione.

Per tipo di prestazione uguale a P; prescrizioni della Branca laboratorio o radiologia; prestazioni di Dialisi la cui rendicontazione è mensile il valore può essere vuoto.

Condizione di errore	Errore
Se data fine erogazione non compilata ed è valida almeno una delle seguenti alternative: - la ricetta contiene prestazioni cicliche con quantità > 1 - la ricetta contiene almeno una prestazione di odontoiatria - la ricetta contiene almeno una prestazione con quantità > 1 - la ricetta contiene almeno una prestazione ripetuta - la ricetta contiene la prestazione 39.95.A - emodialisi extracorporea in costanza di ricovero	G (grave) A (alert) A (alert) A (alert) F (grave)
Se presente ma non formalmente corretta (GGMMAAAA)	B (grave)
Se presente ma antecedente alla Data Erogazione	D (grave)
Se presente e successiva alla data elaborazione	C (alert)
Se contatore con più progressivi e data non univoca	E (grave)
Se data fine erogazione non rientrante nel periodo di validità dell'impegnativa ai fini dell'effettuazione delle prestazioni prescritte (entro 1 anno dall'effettuazione della prima prestazione)	R (alert)

5.3.21 TIPO RICETTA

Descrizione: Tipologia della ricetta compilata dal medico.

Lunghezza: 2 caratteri.

Regole:

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 SASN da istituzioni europee

NX = Assistiti SASN extraeuropei

ST = Stranieri in temporaneo soggiorno

AD = Pazienti in assistenza domiciliare integrata

SPAZIO qualora non sia presente alcuno dei valori sopra elencati in ricetta

Condizione di errore	Errore
Se compilato con un valore diverso da quelli ammessi: EE, UE, NA, ND, NE, NX, ST, AD, SPAZIO	G (grave)
Se regime 7 e tipo ricetta compilato con un valore diverso da quelli ammessi: EE, UE	A (grave)
Se regime N e tipo ricetta compilato con un valore diverso da quelli ammessi: NA, ND, NE, NX	B (grave)
Se regime 8,9 e tipo ricetta compilato con un valore diverso da quelli ammessi: ST, EE	C (grave)
Se regime 1 e tipo ricetta compilato con un valore diverso da quelli ammessi: AD, SPAZIO	D (grave)
Se regime C e tipo ricetta compilato con un valore diverso da SPAZIO	D (grave)
Se non coerente con "Comune di Residenza"	E (grave)

5.3.22 CODICE ESENZIONE

Descrizione: Codice di sei cifre per l'identificazione dell'esenzione per invalidità, patologia cronica o malattia rara ovvero per altra causa (gravidanza, screening oncologico, infortunio sul lavoro, attività di donazione, ecc).

Lunghezza: 6 caratteri.

Regole:

1. se ricetta cartacea lombarda, compilare il codice esenzione con il codice esenzione regionale apposto in ricetta;
2. se ricetta cartacea NON lombarda:
 - a. laddove l'esenzione riportata in ricetta sia riconducibile ad un'esenzione valida in Regione Lombardia, riportare il codice esenzione lombardo corrispondente al codice esenzione apposto in ricetta.
 - b. laddove l'esenzione riportata in ricetta non sia riconoscibile in Regione Lombardia, il codice esenzione non dovrà essere compilato.

RICETTA DEMATERIALIZZATA

1. se DEM lombarda, compilare il codice esenzione con il codice esenzione regionale apposto in ricetta;
2. se DEM NON lombarda [37]:
 - a. laddove in fase di identificazione/lettura della ricetta, i servizi centrali SAC restituiscano il codice nazionale di esenzione corrispondente al codice di esenzione regionale apposto in ricetta, l'ente erogatore lombardo dovrà riconoscere il diritto di esenzione dalla compartecipazione del ticket. In questo caso il codice esenzione deve essere compilato con il codice esenzione lombardo corrispondente al codice nazionale ricevuto in fase di identificazione della ricetta.
 - b. laddove i servizi centrali SAC restituiscano il codice "LAR", trattasi di esenzione valida in altra regione come Livello Aggiuntivo Regionale. L'esenzione non è quindi riconoscibile in Regione Lombardia e il codice esenzione non dovrà essere compilato.

Condizione di errore	Errore
Se codice esenzione NON presente nella tabella esenzioni	A (grave)
Se codice esenzione non coerente con posizione ticket	C (grave)
Se codice esenzione non presente con posizione ticket 10, 20, 50, 60, 61, 62, 63 o 64	E (grave)
Se codice esenzione non presente con posizione ticket 90	N (alert)

5.3.23 IUP

Descrizione: Identificativo Unico di Prescrizione.

Lunghezza: 10 caratteri.

Regole: Codice presente nell'impegnativa compilata tramite il Sistema Informativo Socio Sanitario regionale.

Obbligatorio per le Aziende attive sul SISS. La compilazione del campo non è in alternativa del campo "N° RICETTA" che deve sempre essere presente

Condizione di errore	Errore
Se Numero Ricetta presente ma IUP non presente	A (alert)
Se IUP presente ma algoritmo non verificato	G (grave)

5.3.24 QUOTA FISSA

Descrizione: Ulteriore partecipazione alla spesa (quota fissa per ricetta) [20].

Lunghezza: 4 caratteri.

Regole: Nei casi in cui fossero necessari più record per registrare le prestazioni prescritte con un'unica ricetta la quota fissa deve essere indicata **solo su un record (uno qualsiasi)**.

Condizione di errore	Errore
Se tipo prestazione G e quota fissa diversa da Zero	H (grave)
Se presente errore grave nel Ticket	G (grave)
Se non numerico	F (grave)
Se presente su più record (nel caso sia necessario produrre più record per una prescrizione)	U (grave)
Se tipo prestazione = P o posizione Ticket 10, 20, 61, 62, 63, 64, 90 e quota fissa diversa da Zero	P (grave)
Se Centro Medicina Sportiva e quota fissa diversa da Zero	R (grave)
Se regime di erogazione 4, 5, 6, E e quota fissa diversa da Zero	S (grave)
Se Ticket inferiore o uguale a 5 Euro e quota fissa diversa da Zero	A (grave)
Se Ticket compreso tra i 5 e i 36 Euro e quota fissa <1,50 o >10,50 Euro	B (grave)

Condizione di errore	Errore
Se Ticket compreso tra i 36 e i 72 Euro e quota fissa <9 o >60 Euro	C (grave)
Se Ticket compreso tra i 72 e i 108 Euro e quota fissa <18 o >90 Euro	D (grave)
Se quota fissa non prevista e campo compilato con un valore diverso da Zero	N (grave)

5.3.25 PRIMA DATA PROSPETTATA

Descrizione: Prima data prospettata all'utente per l'erogazione della prestazione (GGMMAAAA).

Lunghezza: 8 caratteri.

Regole: Data da compilarsi obbligatoriamente per i primi accessi (tipo di prestazione O e U) nel caso in cui l'utente scelga una data successiva alla prima data prospettata.

Condizione di errore	Errore
Se non formalmente corretto (GGMMAAAA)	G (grave)
Se prima data prospettata antecedente a data compilazione ricetta	H (alert)
Se prima data prospettata antecedente a data prenotazione	I (grave)
Se prima data prospettata successiva a Data Erogazione	C (grave)
Se prima data prospettata successiva a data fine erogazione	L (grave)
Se contatore con più progressivi e data non univoca	E (grave)

5.3.26 TIPO PROGETTO

Descrizione: Tipologia e identificazione del Progetto

Lunghezza: 2 caratteri.

Regole: Tipologie di attività erogate nell'ambito di progetti specifici, quali:

- CM = identificazione dell'attività erogata presso gli Ambulatori Codici Minori (CM) o a bassa priorità in PS [23];
- J (allineamento a sinistra) = identificazione delle prestazioni erogate in seguito all'ampliamento dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali con estensione oraria delle attività secondo quanto disposto [36] e in precedenza individuati nel campo "Identificativo tipo di prestazione" (iniziativa ambulatori aperti);
- K (allineamento a sinistra) = prestazioni rinegoziate;
- KJ oppure JK = prestazioni rinegoziate erogate in seguito alla iniziativa ambulatori aperti.
- RU RB RD e RP dove "R" identifica il progetto RAO e il secondo carattere identifica la priorità assegnata dall'erogatore della prestazione
- T (allineamento a sinistra) = prestazioni prenotate tramite call center regionale
- TU TB TD e TP dove "T" identifica le prestazioni prenotate tramite call center regionale che sono anche parte del progetto RAO, laddove il secondo carattere identifica la priorità assegnata dall'erogatore della prestazione
- AM (Malpensa) AL (Linate) AO (Orio al Serio) per identificare le prestazioni oggetto di contratto per tamponi effettuati in aeroporto a seguito di sottoscrizione di specifico contratto integrativo
- Da 09 a 54 = identificazione progetti di NPIA

Condizione di errore	Errore
se tipo prestazione = O o U o Z o T e tipo progetto diverso da J (allineato a sinistra) o KJ o JK o T (allineato a sinistra)	G (grave)
se tipo prestazione P e tipo progetto diverso da CM	G (grave)
Se Tipo Progetto = RU, RB, RD, RP, oppure TU, TB, TD, TP:	
- se l'ente della struttura erogante non è una facente parte della sperimentazione	R (grave)
- se il campo Classe di Priorità è vuoto	R (grave)
- se le prestazioni non sono tra quelle della sperimentazione	L (lieve)

5.3.27 FLAG PRESA IN CARICO CRONICITA'

Descrizione: Flag Presa in Carico della cronicità.

Lunghezza: 1 carattere.

Regole: Il campo deve essere valorizzato obbligatoriamente, indicando se la prescrizione rientra nella programmazione prevista dal PAI dell'assistito cronico nell'ambito della Presa in Carico di Regione Lombardia.

Il campo deve essere valorizzato con:

- "1" se la prescrizione è riferita ad assistito cronico con PAI;
- "0" se la prescrizione non è riferita ad assistito cronico con PAI;

Se vengono compilati il Numero protocollo e il Codice identificativo PAI, allora il flag deve essere valorizzato a 1.

Gli errori di livello grave, incontrati nella compilazione di questo campo, non impediscono la valorizzazione e il finanziamento del record.

Condizione di errore	Errore
Se Flag Presa in Carico diverso da valori ammessi (1, 0)	E (grave)
Se presente almeno uno tra Numero Protocollo e Codice Identificativo PAI:	
• se flag Presa in carico = 0	P (grave)

5.3.28 FLAG TELEMEDICINA

Descrizione: Flag Telemedicina.

Lunghezza: 1 carattere.

Regole: Il campo deve essere valorizzato obbligatoriamente, indicando se le prestazioni sono state erogate in modalità di Telemedicina.

Il campo deve essere valorizzato con:

- "1" se la prescrizione è riferita a prestazioni erogate in modalità di Telemedicina;
- "0" se la prescrizione non è stata erogata in tale modalità;

Gli errori di livello grave, incontrati nella compilazione di questo campo, non impediscono la valorizzazione e il finanziamento del record.

Condizione di errore	Errore
Se Flag Telemedicina diverso da valori ammessi (1, 0)	E (grave)

5.3.29 FLAG RECUPERO TEMPI DI ATTESA

Descrizione: Flag Recupero Tempi di Attesa.

Lunghezza: 1 carattere

Regole: per ogni record, il campo è ripetuto 8 volte, in maniera corrispondente agli omologhi campi Codice Prestazione. Il flag è posizionale rispetto all'ordine di presenza sul tracciato delle prestazioni, secondo il seguente schema di corrispondenza:

Codice Prestazione	Posizione nel tracciato AMB2	Flag Recupero tempi di attesa	Posizione nel tracciato AMB2
1	70-74	1	225
2	78-82	2	226
3	86-90	3	227
4	94-98	4	228
5	102-106	5	229
6	110-114	6	230
7	118-122	7	231
8	126-130	8	232

Per le prestazioni che non rientrano nella casistica del Recupero tempi di attesa, il corrispondente flag deve restare vuoto.

In riferimento alla DGR XII/2224, dal giorno 01/06/2024 sarà possibile indicare la produttività aggiuntiva utilizzando i seguenti valori:

Valore	Descrizione
Vuoto	Prestazioni erogate in produttività ordinaria, nelle ore diurne dei giorni feriali, fino alle ore 16.00
S	Prestazioni erogate nelle ore pomeridiane dei giorni feriali dalle 16:00 alle 20:00
P	Prestazioni erogate il sabato mattina e nelle giornate prefestive
F	Prestazioni erogate nelle giornate festive
R	Prestazioni che rientrano nel piano di recupero dei tempi di attesa
B	Prestazioni di libera professione erogate per impossibilità da parte della struttura di rispettare i tempi previsti dalla classe di priorità. Da rendicontare con Regime di erogazione = 1 (SSN) e Ticket pari all'importo sostenuto dall'utente.
J	Prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto dei contratti di scopo
C	Prestazioni in ambito percorsi di cura interni ma erogate da altri Enti con cui si è stipulata una convenzione
K	Prestazioni erogate su richiesta della Cabina di Regia istituita con DGR n. XII/5611/2026

Gli errori di livello grave, incontrati nella compilazione di questo campo, non impediscono la valorizzazione e il finanziamento del record.

Condizione di errore	Errore
Se Flag Recupero Tempi di Attesa diverso da valori ammessi	G (grave)
Se Flag Recupero Tempi di Attesa è valorizzato con regime erogazione diverso da 1	E (grave)

5.3.30 CAMPO DI RISERVA

Valgono le stesse indicazioni fornite per la compilazione del tracciato “AMB1”.

Lunghezza: 10 caratteri.

5.3.31 CODICE PRESTAZIONE SISS

Descrizione: Identifica le prestazioni erogate secondo il catalogo SISS.

Lunghezza: 9 caratteri.

Regole: per ogni record, il campo è ripetuto 8 volte, in maniera corrispondente agli omologhi campi Codice Prestazione NTR. Il campo deve essere compilato con la codifica SISS delle prestazioni erogate, anche in questo caso **senza includere i punti**.

L'ordine dei codici prestazione SISS deve essere lo stesso con cui sono riportate le prestazioni secondo i codici del Nomenclatore Tariffario Regionale. In particolare, a fronte di un codice prestazione SISS presente in questa sezione *deve* corrispondere un codice prestazione regionale.

Campo soggetto al controllo sul singolo record e alla compatibilità con il corrispondente codice da Tariffario Regionale.

Gli errori di livello Lieve, incontrati nella compilazione di questo campo, non impediscono la valorizzazione e il finanziamento del record.

Condizione di validità	Errore
Se codice prestazione SISS vuoto e corrispondente codice prestazione NTR presente	V (lieve)
Se codice prestazione SISS non presente in Catalogo SISS	G (lieve)
se codice prestazione SISS presente e corrispondente codice prestazione NTR vuoto	O (lieve)
se codice prestazione SISS non compatibile con codice prestazione corrispondente	C (lieve)

5.3.32 NUMERO PROTOCOLLO (Presa in carico)

Descrizione: Il numero di Protocollo della Presa in carico dell'assistito da parte del gestore.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: Il campo deve essere compilato con il Numero di Protocollo assegnato centralmente da Lispa. Il numero deve essere univoco per il rapporto tra gestore e l'assistito.

Il campo Numero Protocollo può essere alimentato, per le ricette dematerializzate, con il valore del campo nProtocollo del tracciato elettronico di output del metodo GSSC.identificaPrescrizione2017-01.

Formato: massimo 20 caratteri alfanumerici

Gli errori di livello grave, incontrati nella compilazione di questo campo, non impediscono la valorizzazione e il finanziamento del record

Condizione di errore	Errore
Se Numero Protocollo formalmente non corretto	G (grave)

5.3.33 IDENTIFICATIVO PAI (Presa in carico)

Descrizione: l'Identificativo PAI, relativo alla Presa in carico dell'assistito da parte del gestore.

Lunghezza: 32 caratteri.

Regole: Il campo deve essere compilato con il codice Identificativo PAI dell'assistito in corso di validità. L'Id PAI può essere rilevato dalla ricetta o tramite i servizi informativi dei CUP.

Il campo Identificativo PAI può essere alimentato, per le ricette dematerializzate, con il valore del campo contatorePAI del tracciato elettronico di output del metodo GSSC.identificaPrescrizione2017-01.

Formato: massimo 32 caratteri alfanumerici, così composti:

1. ENTE (codice L1 SISS) di 6 caratteri, seguito da "." (punto)
2. STRUTTURA (codice L2 SISS) di 8 oppure 9 caratteri, seguito da "." (punto)
3. ANNO di 4 caratteri, seguito da "." (punto)
4. PROGRESSIVO di almeno 1 carattere; allineato a sinistra (la parte finale del codice può essere riempita a spazio)

Gli errori di livello grave, incontrati nella compilazione di questo campo, non impediscono la valorizzazione e il finanziamento del record.

Condizione di errore	Errore
Se Identificativo PAI formalmente non corretto: deve essere rispettata la corretta sequenza del formato sopra indicato: EEEEE.SSSSSSS(S).AAAA.n(n...n)	G (grave)

5.3.34 FLAG SPECIFICA AMBITO EROGAZIONE

Descrizione: un flag per rilevare l'ambito di erogazione di prestazioni a specifiche tipologie di assistiti

Lunghezza: 1 carattere.

Regole: Il campo deve essere compilato con i valori ammessi:

- "U" per i profughi provenienti dall'Ucraina.

Condizione di errore	Errore
Se Flag ha un valore diverso da quelli ammessi	G (grave)

5.3.35 FLAG SPECIFICA TIPOLOGIA PRESTAZIONE

Descrizione: un flag per rilevare se determinate prestazioni fanno parte di specifiche tipologie da identificare

Lunghezza: 1 carattere.

Regole: Il campo deve essere compilato con i valori ammessi:

- "P" per attività relative a disturbi della nutrizione e dell'alimentazione rientranti nei c.d. Piani biennali;
- "D" per attività relative a disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non rientranti nei c.d. Piani biennali.

Condizione di errore	Errore
Se Flag ha un valore diverso da quelli ammessi	G (grave)

Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

5.3.36 FLAG PERCORSO INTERNO DI CURA

Descrizione: flag per rilevare se la prescrizione fa parte di un percorso di diagnosi e cura a livello aziendale (interno) o di percorsi in strutture UONPIA, CAL, CPS, RSA (differenziato).

Lunghezza: 1 carattere.

Regole: Il campo deve essere compilato con i valori ammessi:

- “0” = prescrizione NON facente parte di un percorso di diagnosi e cura a livello aziendale (interno) né di percorsi in strutture UONPIA, CAL, CPS, RSA (differenziato)
- “1” = prescrizione facente parte di un percorso di diagnosi e cura a livello aziendale (interno)
- “2” = prescrizione ambulatoriale erogata nell’ambito di percorsi in strutture UONPIA, CAL, CPS, RSA (percorso differenziato)
- “3” = prescrizione ambulatoriale aggiornata in fase di erogazione per garantire la prestazione al cittadino (sostituzione prescrizione)
- vuoto = informazione non necessaria

Condizione di errore	Errore
Se Flag ha un valore diverso da quelli ammessi	G (grave)

5.3.37 CODICE AGENDA 1

Descrizione: campo opzionale. Codice utilizzato dalla struttura per registrare l’appuntamento e bloccare il calendario relativo all’erogazione della prestazione 1.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se Codice Agenda 1 è valorizzato deve essere presente un Codice Prestazione 1	G (grave)

5.3.38 CODICE AGENDA 2

Descrizione: campo opzionale. Codice utilizzato dalla struttura per registrare l’appuntamento e bloccare il calendario relativo all’erogazione della prestazione 2.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se Codice Agenda 2 è valorizzato deve essere presente un Codice Prestazione 2	G (grave)

5.3.39 CODICE AGENDA 3

Descrizione: campo opzionale. Codice utilizzato dalla struttura per registrare l’appuntamento e bloccare il calendario relativo all’erogazione della prestazione 3.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se Codice Agenda 3 è valorizzato deve essere presente un Codice Prestazione 3	G (grave)

5.3.40 CODICE AGENDA 4

Descrizione: campo opzionale. Codice utilizzato dalla struttura per registrare l'appuntamento e bloccare il calendario relativo all'erogazione della prestazione 4.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se Codice Agenda 4 è valorizzato deve essere presente un Codice Prestazione 4	G (grave)

5.3.41 CODICE AGENDA 5

Descrizione: campo opzionale. Codice utilizzato dalla struttura per registrare l'appuntamento e bloccare il calendario relativo all'erogazione della prestazione 5.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se Codice Agenda 5 è valorizzato deve essere presente un Codice Prestazione 5	G (grave)

5.3.42 CODICE AGENDA 6

Descrizione: campo opzionale. Codice utilizzato dalla struttura per registrare l'appuntamento e bloccare il calendario relativo all'erogazione della prestazione 6.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se Codice Agenda 6 è valorizzato deve essere presente un Codice Prestazione 6	G (grave)

5.3.43 CODICE AGENDA 7

Descrizione: campo opzionale. Codice utilizzato dalla struttura per registrare l'appuntamento e bloccare il calendario relativo all'erogazione della prestazione 7.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se Codice Agenda 7 è valorizzato deve essere presente un Codice Prestazione 7	G (grave)

5.3.44 **CODICE AGENDA 8**

Descrizione: campo opzionale. Codice utilizzato dalla struttura per registrare l'appuntamento e bloccare il calendario relativo all'erogazione della prestazione 8.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se Codice Agenda 8 è valorizzato deve essere presente un Codice Prestazione 8	G (grave)

5.3.45 **CAMPO DI RISERVA 2**

Valgono le stesse indicazioni fornite per la compilazione del tracciato "AMB1".

Lunghezza: 27 caratteri.

5.4 AMB3.TXT

Variabili anagrafiche assicurati da Istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale

5.4.1 STATO ESTERO

Descrizione: Stato estero di competenza del soggetto.

Lunghezza: 2 caratteri.

Regole: Campo obbligatorio

Compilare con i valori presenti nei seguenti campi:

- se TEAM, codice ISO a due lettere degli STATI UE SEE e SVIZZERA, ad eccezione del Regno Unito, per cui va usata la sigla UK (anziché il codice ISO a due lettere GB) ;
- se CSP TEAM , campo 2 del modulo (codice ISO a due lettere degli STATI UE SEE e SVIZZERA con l'eccezione di cui sopra);
- se Allegato 1, campo 4 del modulo (codice ISO a due lettere degli STATI UE SEE e Svizzera);
- se Allegato 2, campo 4 del modulo (codice ISO a due lettere degli STATI con cui esistono accordi bilaterali) o, se non compilato tale campo, con il codice ISO a due lettere dello stato estero indicato nell'intestazione dell'Allegato 2
- se HIC rilasciato da istituzione italiana, codice ISO a due lettere IT
- se CSCS, codice ISO a due lettere dello STATO UE SEE e SVIZZERA di competenza.

Condizione di errore	Errore
Se codice stato estero non valido o non compatibile con tipologia del soggetto	E (grave)
Se codice stato estero non compatibile con il Comune di Residenza indicato in AMB1	G (alert)

5.4.2 COGNOME

Descrizione: Cognome del soggetto (così come è scritto sulla carta).

Lunghezza: 40 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se campo non valorizzato	E (grave)

5.4.3 NOME

Descrizione: Nome del soggetto (così come è scritto sulla carta).

Lunghezza: 35 caratteri.

Regole: formato alfanumerico.

Condizione di errore	Errore
Se campo non valorizzato	E (grave)

5.4.4 NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE

Descrizione: Numero di identificazione personale del soggetto.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole: Non compilare nel caso di CSCS o Allegato 2, obbligatorio altrimenti.

Compilare con i valori presenti nei seguenti campi:

- se TEAM, campo 6;
- se HIC, campo 6 (lunghezza 16 caratteri, nel formato "HIC" + codice regione + codice ATS/ASL + "PT" o "PF" o "FL" o "FD" + progressivo);
- se CSP TEAM, campo 6;
- se Allegato 1, campo 2;

Condizione di errore	Errore
Se compilazione campo non compatibile con tipologia del soggetto o codice formalmente errato	E (grave)

5.4.5 NUMERO IDENTIFICAZIONE ISTITUZIONE

Descrizione: Numero d'identificazione dell'istituzione del soggetto.

Lunghezza: 31 caratteri.

Regole:

Compilare con i valori presenti nei seguenti campi:

- se TEAM, campo 7;
- se HIC, campo 7;
- se CSP TEAM, campo 7;
- se Allegato 1, campo 1 "codice istituzione competente" se presente, altrimenti non compilare;
- se Allegato 2, campo 1 "codice istituzione competente" se presente, altrimenti non compilare;
- se CSCS non compilare.

Condizione di errore	Errore
Se compilazione campo non compatibile con tipologia del soggetto	E (grave)

5.4.6 NUMERO IDENTIFICAZIONE TESSERA SANITARIA

Descrizione: Numero di identificazione della tessera del soggetto.

Lunghezza: 20 caratteri.

Regole:

Compilare con i valori presenti nei seguenti campi:

- se TEAM, campo 8 (obbligatorio);
- se CSP TEAM, se presente campo 8 del modulo, altrimenti non compilare;
- se Allegato 1, campo 3 (obbligatorio);
- se Allegato 2, campo 3(obbligatorio);
- se HIC, se presente campo 8 del modulo, altrimenti non compilare;
- se CSCS non compilare.

Condizione di errore	Errore
Se compilazione campo non compatibile con tipologia del soggetto	E (grave)

5.4.7 DATA SCADENZA TEAM

Descrizione: Data scadenza della Tessera Europea di Assicurazione e Malattia (TEAM) o validità attestato.

Lunghezza: 8 caratteri.

Regole:

Compilare con i valori presenti nei seguenti campi:

- se TEAM, campo 9 (obbligatorio);
- se CSP TEAM , se presente campo 9 del modulo, altrimenti non compilare;
- se Allegato 1, campo “Validità attestato”;
- se Allegato 2, se presente campo “Validità attestato”, altrimenti non compilare;
- se HIC, campo 9 (obbligatorio);
- se CSCS non compilare.

Condizione di errore	Errore
Se compilazione campo non compatibile con tipologia del soggetto oppure presente ma non formalmente corretto (GGMMAAAA)	B (grave)
Se data scadenza presente ma antecedente Data Erogazione	C (grave)

5.4.8 TIPO DI RECORD

Descrizione: Identifica il record con le variabili anagrafiche assicurati da Istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale (AMB3).

Lunghezza: 1 carattere.

Regole: valore ammesso = 3

Condizione di errore	Errore
Se compilato con valore diverso da “3” (preelaborazione tabulato L01)	Z (grave)

5.4.9 CAMPO DI RISERVA

Valgono le stesse indicazioni fornite per la compilazione del tracciato “AMB1”.

Lunghezza: 10 caratteri.

Condizione di errore	Errore
Nessun controllo previsto	--

5.5 Controlli incrociati

5.5.1 Controllo incrociato tra Codice Fiscale Assistito, Regime Erogazione e Residenza/Domicilio/Stato Estero

Il contenuto dei tre campi viene verificato in modo congiunto secondo quanto riportato in tabella all'Allegato 10: TABELLA CONTROLLI INCROCIATI. I possibili errori sono:

Condizione di errore	Errore
Incoerenza grave tra Codice Fiscale Assistito, Regime Erogazione e Residenza/Domicilio/Stato Estero	G (grave)
Incoerenza lieve tra Codice Fiscale Assistito, Regime Erogazione e Residenza/Domicilio/Stato Estero	L (lieve)

Il controllo incrociato di cui sopra non viene eseguito in caso di:

- Codice Fiscale Assistito = "ANONIMO";
- presenza errore E su Codice Fiscale Assistito (ovvero il campo CODICE FISCALE ASSISTITO non contiene alcuno dei valori ammessi: CF 16, CF 11, CF 16N, AMB3-TEAM, AMB3-ALL1, AMB3-ALL2, AMB3-HIC, AMB3 – CSCS, STP)
- presenza errore G su Residenza/Domicilio/Stato Estero (comune di residenza/domicilio/stato estero valorizzato con comune NON presente nella tabella COMUNI ITALIANI e PAESI ESTERI)
- presenza errore G su Regime Erogazione (compilato con un valore diverso da quelli ammessi 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, N, C, E, R)

6. Verifica del flusso ricevuto

Si elencano di seguito le fasi di verifica secondo le quali Regione verifica i file inviati dagli Enti erogatori. L'analisi si suddivide in tre fasi principali:

- 1 Verifica preliminare;
- 2 Verifica e controllo;
- 3 Riepilogo della situazione nell'archivio regionale.

6.1 Verifica preliminare

Una prescrizione può comporsi di più record caratterizzati da un "Progressivo Interno" univoco; ogni record della stessa prescrizione ripete diverse informazioni: solo i codici prestazioni, le relative quantità e la unità operativa di riferimento possono differire, oltre ai campi "importo pagato" e "valore concordato" che devono essere valorizzati su uno solo dei record della prescrizione.

La Verifica preliminare ha lo scopo di **individuare** dai flussi AMB1, AMB2 e AMB3 ricevuti eventuali **record**:

- **Non ABBINABILI**, ovvero AMB1 senza AMB2 o viceversa, oppure AMB3 senza AMB1/AMB2.
- **DOPPI**, ovvero record della stessa prescrizione completamente doppi (tutti i campi) oppure record aventi chiavi uguali (compreso "Progressivo Interno").

Tale fase produce:

1. il **TABULATO L01 (ex P59JPPE)**, che riporta per ente/presidio, i risultati della preelaborazione, descritto al par 6.1.1
2. AMB1P, definito al par 6.2
3. AMB2P, descritto al par 6.3

6.1.1 Tabulato L01

il TABULATO L01 è costituito da 15 colonne riepilogative che riportano per ente/presidio le seguenti informazioni:

- il **numero di record rilevati in AMB1** (col. 1), **in AMB2** (col. 2), **in AMB3** (col. 3)
- il numero di **record di AMB1 non riscontrabili in AMB2 e/o AMB3**: non esiste cioè in AMB2 e/o AMB3 il record con lo stesso valore nei campi Ente, Presidio, contatore prescrizione, progressivo, individuato in AMB1 (**col. 4**);
- Il numero di **record di AMB2 non riscontrabili in AMB1 e/o AMB3**: non esiste cioè in AMB1 e/o AMB3 il record con lo stesso valore dei campi Ente, Presidio, contatore prescrizione, progressivo, individuato in AMB2 (**col. 5**);
- Il numero di **record di AMB3 non riscontrabili in AMB1 e/o AMB2**: non esiste cioè in AMB1 e/o AMB2 il record con lo stesso valore dei campi Ente, Presidio, contatore prescrizione, progressivo, individuato in AMB3 (**col. 6**);
- Il numero di **record non conformi (col. 7)**: si tratta dei record che, pur essendo presenti correttamente sia in AMB1 che in AMB2 e in AMB3 se presente (cioè a parità di Ente, Presidio, contatore prescrizione e progressivo) non sono abbinabili in almeno uno dei campi: Data Erogazione, tipo record, destinazione del record (compreso le casistiche dove la destinazione del record non è congruente con quanto già presente in archivio oltre che record con contatore prescrizione e progressivo con formato errato);
- La **% dei record non abbinabili e di quelli non conformi sui record rilevati (col. 8)**: se è >10% i successivi dati saranno=0
- Gli **scarti per duplicazione** (errori dettaglio A, B, C nel campo destinazione record) individuati nel LOTTO in AMB1 (**col. 9**), AMB2 (**col. 10**), AMB3 (**col. 11**).

Qualora i record presenti nell'invio risultino completamente DOPPI, ne verrà caricato solo uno nell'archivio regionale e i restanti verranno SCARTATI. Qualora invece i record risultassero duplicati nella chiave (ente, codice presidio, Data Erogazione, contatore e progressivo) e fosse invece differenziata la compilazione dei restanti campi, verranno scartati TUTTI i record.

- **Gli abbinamenti validi (col. 12)** che verranno trattati nelle fasi successive, distinti tra inserimenti (col. 13), correzioni (col. 14) e annullamenti (col. 15).

6.2 AMB1P

Il file AMB1P viene restituito da Regione agli Enti Erogatori a seguito della pre-elaborazione; il tracciato contiene le informazioni relative ai record errati riscontrati in AMB1 e AMB3.

Il tracciato del flusso è riportato all'Allegato 4.

6.3 AMB2P

Il file AMB2P viene restituito da Regione agli Enti Erogatori a seguito della pre-elaborazione; il tracciato contiene i flag di errore dei record errati ('.' significa no errore) riscontrati in AMB1, AMB2 e AMB3.

Gli **errori** che generano lo **SCARTO** saranno indicati con il dettaglio di errore "Z" sui campi "Data Erogazione", "CONTATORE PRESCRIZIONE", "PROGRESSIVO" e "TIPO RECORD", e con dettaglio "Z", "A", "B", "C" nel campo "DESTINAZIONE DEL RECORD".

I record con tali tipologie di errore non entreranno a far parte dell'archivio regionale.

Il tracciato del flusso è riportato all'Allegato 5.

6.4 Verifica e controllo

In questa fase vengono effettuati tutti i controlli sui record che hanno superato la fase di verifica preliminare.

Tale fase produce:

- **TABULATO L02;**
- **TABULATO L03;**
- **AMB1C;**
- **AMB2C.**

6.4.1 TABULATO L02

Il **TABULATO L02** riassume per singola struttura e anno/mese di riferimento (Data Erogazione) il numero di abbinamenti validi (il totale per struttura corrisponde a quanto riportato a col. 12 del tabulato L01 comprensivo quindi dei record ad annullamento).

6.4.2 TABULATO L03

Il **TABULATO L03** (*ex P59J150L*) riassume l'esito della elaborazione sui record non scartati, con l'indicazione del n° di record letti (esclusi gli scartati in fase preliminare), del n° di record trattati (comprensivi dei record già presenti nell'archivio qualora coinvolti nel controllo in quanto appartenenti alla stessa prescrizione o per duplicazione numero ricetta, comprensivi degli annullati), del n° di record con errori Gravi (compreso errori Alert su "quantità") e del n° totale dei record scartati e/o errati restituiti all'ente (*) per le opportune verifiche e correzioni.

(*) la numerosità di tali record potrebbe risultare superiore al totale dei record in cui si è evidenziato errore grave se comprensivo:

- di record SCARTATI nella fase preliminare
- di record non errati appartenenti alla stessa prescrizione
- di Alert (escluso l'errore Alert sulla "quantità" in quanto già conteggiato tra i record con errori gravi)

Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

Il tabulato inoltre riepiloga per singolo campo il dettaglio di errore riscontrato in questa fase, distinguendo tra errati gravi, alert e lievi.

6.4.3 **AMB1C**

Il file AMB1C viene restituito da Regione agli Enti Erogatori a seguito della fase di verifica e controllo; il tracciato contiene le informazioni relative ai record errati riscontrati in AMB1 e AMB3.

Il tracciato del flusso è riportato all'Allegato 4.

6.4.4 **AMB2C**

Il file AMB2C viene restituito da Regione agli Enti Erogatori a seguito della fase di verifica e controllo; il tracciato contiene i flag di errore dei record errati ('.' significa no errore) riscontrati in AMB1, AMB2 e AMB3.

Il tracciato del flusso è riportato all'Allegato 5.

In aggiunta viene trasmesso anche il file **ricdoppia_al<aaaammgg>.txt** (dove aaaammgg indicano la data dell'ultimo lotto elaborato) con il **dettaglio** riferito alle ricette duplicate (trattasi di un di cui del file **AMB2C**). Il file AMB2C viene restituito da Regione agli Enti Erogatori a seguito della fase di verifica e controllo; il tracciato contiene i flag di errore dei record errati ('.' significa no errore) riscontrati in AMB1, AMB2 e AMB3.

6.5 Riepilogo della situazione nell'archivio regionale

Questa fase produce un unico tabulato, il TABULATO S01 (ex P59JTOT), il quale riepiloga, dopo ogni elaborazione per ogni presidio, il numero dei RECORD/PRESCRIZIONI TOTALI presenti nell'archivio centrale, con almeno un errore grave (compresi errori Alert su "quantità") e indica la relativa percentuale, dettagliando inoltre la numerosità dei record presenti per anno/mese di invio.

1. Allegato 1: TRACCIATO IN INPUT “AMB1”

Posizioni		Lung.	Form	Descrizione
Da	A			
1	3	3	A	Ente
4	9	6	A	Codice Presidio
10	17	8	A	Data Erogazione (GGMMAAAA)
18	25	8	A	Codice Sanitario Assistito
26	41	16	A	Codice Fiscale Assistito
42	42	1	A	Sesso (1=Maschio; 2=Femmina)
43	50	8	A	Data Di Nascita (GGMMAAAA)
51	56	6	A	Comune Residenza
57	64	8	A	Contatore Prescrizione
65	66	2	A	Progressivo Interno Prescrizione
67	67	1	A	Destinazione Del Record
68	68	1	A	Tipo Di Record
69	80	12	A	Campo Di Riserva

A: campo alfanumerico, allineato a sinistra; i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi (vengono accettati caratteri e numeri; NON vengono accettati caratteri speciali)

N: campo numerico, allineato a destra; byte non utilizzati devono essere riempiti con 0 (zeri).

Le lettere devono essere registrate in caratteri maiuscoli.

2. Allegato 2: TRACCIATO IN INPUT “AMB2”

La lunghezza totale del nuovo tracciato è di **560 caratteri**.

Posizioni		Lung.	Form	Descrizione
Da	A			
1	3	3	A	Ente
4	9	6	A	Codice Presidio
10	17	8	A	Data Prenotazione
18	25	8	A	Data Erogazione (GGMMAAAA)
26	41	16	A	Numero di Ricetta
42	42	1	A	Provenienza
43	43	1	A	Regime Erogazione
44	59	16	A	Codice Medico Prescrittore
60	60	1	A	Identificativo Tipo Di Prestazione
61	62	2	A	Posizione Ticket

63	69	7	N	Ticket
70	74	5	A	Codice Prestazione 1
75	77	3	N	Quantità 1
78	82	5	A	Codice Prestazione 2
83	85	3	N	Quantità 2
86	90	5	A	Codice Prestazione 3
91	93	3	N	Quantità 3
94	98	5	A	Codice Prestazione 4
99	101	3	N	Quantità 4
102	106	5	A	Codice Prestazione 5
107	109	3	N	Quantità 5
110	114	5	A	Codice Prestazione 6
115	117	3	N	Quantità 6
118	122	5	A	Codice Prestazione 7
123	125	3	N	Quantità 7
126	130	5	A	Codice Prestazione 8
131	133	3	N	Quantità 8
134	135	2	A	Classe di Priorità
136	143	8	A	Contatore Prescrizione
144	145	2	A	Progressivo Interno Prescrizione
146	146	1	A	Destinazione Del Record
147	151	5	A	Diagnosi
152	152	1	A	Tipo Di Record
153	159	7	N	Valore Concordato
160	164	5	A	UO di riferimento
165	172	8	A	Data ricezione record (da parte della ASL)
173	173	1	A	Prescrizione Suggesta
174	174	1	A	Altro
175	182	8	A	Data Compilazione
183	190	8	A	Data fine erogazione
191	192	2	A	Tipo Ricetta
193	198	6	A	Codice Esenzione
199	208	10	A	IUP
209	212	4	N	Quota fissa
213	220	8	A	Prima data prospettata
221	222	2	A	Tipo Progetto

223	223	1	A	Flag Presa in Carico
224	224	1	A	Flag Telemedicina
225	225	1	A	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 1
226	226	1	A	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 2
227	227	1	A	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 3
228	228	1	A	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 4
229	229	1	A	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 5
230	230	1	A	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 6
231	231	1	A	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 7
232	232	1	A	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 8
233	242	10	A	Campo di riserva (ridotto di 8 caratteri rispetto alla versione precedente del tracciato)
243	251	9	A	Codice Prestazione SISS 1
252	260	9	A	Codice Prestazione SISS 2
261	269	9	A	Codice Prestazione SISS 3
270	278	9	A	Codice Prestazione SISS 4
279	287	9	A	Codice Prestazione SISS 5
288	296	9	A	Codice Prestazione SISS 6
297	305	9	A	Codice Prestazione SISS 7
306	314	9	A	Codice Prestazione SISS 8
315	334	20	A	Numero protocollo
335	366	32	A	Identificativo PAI
367	367	1	A	Flag specifica ambito erogazione
368	368	1	A	Flag specifica tipologia di prestazione
369	369	1	A	Flag Percorso Interno di Cura
370	389	20	A	Codice Agenda 1
390	409	20	A	Codice Agenda 2
410	429	20	A	Codice Agenda 3
430	449	20	A	Codice Agenda 4
450	469	20	A	Codice Agenda 5
470	489	20	A	Codice Agenda 6
490	509	20	A	Codice Agenda 7
510	529	20	A	Codice Agenda 8
530	560	31	A	Campo di riserva

A: campo alfanumerico, allineato a sinistra; i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi (vengono accettati caratteri e numeri; NON vengono accettati caratteri speciali)

N: campo numerico, allineato a destra; byte non utilizzati devono essere riempiti con 0 (zeri).

Le lettere devono essere registrate in caratteri maiuscoli.

Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

3. Allegato 3: TRACCIATO IN INPUT “AMB3”

Posizioni		Lung.	Form	Descrizione
Da	A			
1	3	3	A	Ente
4	9	6	A	Codice Presidio
10	17	8	A	Data Erogazione (GGMMAAAA)
18	19	2	A	Stato Estero
20	59	40	A	Cognome
60	94	35	A	Nome
95	114	20	A	Numero di Identificazione Personale
115	145	31	A	Numero di Identificazione Istituzione
146	165	20	A	Numero di Identificazione Tessera Sanitaria
166	173	8	A	Data Scadenza TEAM
174	181	8	A	Contatore prescrizione
182	183	2	A	Progressivo Interno Prescrizione
184	184	1	A	Destinazione del record
185	185	1	A	Tipo di record
186	195	10	A	Campo di riserva

A: campo alfanumerico, allineato a sinistra; i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi (vengono accettati caratteri e numeri; NON vengono accettati caratteri speciali)

N: campo numerico, allineato a destra; byte non utilizzati devono essere riempiti con 0 (zeri).

Le lettere devono essere registrate in caratteri maiuscoli.

4. Allegato 4: TRACCIATO ESITI DI RITORNO “AMB1P e AMB1C” (comprensivo di dati di AMB3)

Posizione	Tipo	Lunghezza	Descrizione	Flusso di origine (posizione) / campo aggiuntivo
1	AN	3	Codice Ente	AMB1 (1)
4	AN	6	Codice Presidio	AMB1 (4)
10	AN	8	Data Erogazione	AMB1 (10)
18	AN	8	Codice Sanitario Assistito	AMB1 (18)
26	AN	16	Codice Fiscale Assistito	AMB1 (26)
42	AN	1	Sesso	AMB1 (42)
43	AN	8	Data di nascita	AMB1 (43)
51	AN	6	Comune di residenza	AMB1 (51)
57	AN	8	Contatore di prescrizione	AMB1 (57)
65	AN	2	Progressivo interno prescrizione	AMB1 (65)
67	AN	1	Destinazione del record	AMB1 (67)
68	AN	1	Tipo di record ('1')	AMB1 (68)
69	AN	12	FILLER (Campo di riserva)	AMB1 (69)
81	AN	2	Stato estero (AMB3)	AMB3 (18)
83	AN	40	Cognome (AMB3)	AMB3 (20)
123	AN	35	Nome (AMB3)	AMB3 (35)
158	AN	20	Numero di identificazione personale (AMB3)	AMB3 (95)
178	AN	31	Numero di identificazione istituzione (AMB3)	AMB3 (115)
209	AN	20	Numero tessera (AMB3)	AMB3 (146)
229	AN	8	Data scadenza TEAM (AMB3)	AMB3 (166)
237	AN	3	Identificativo ASL/AO/IRCCS (apposto da Lomb. Inf.)	Campo aggiuntivo
240	AN	4	Identificativo anno di riferimento (apposto da Lomb. Inf.)	Campo aggiuntivo
244	AN	2	Identificativo MESE CONTABILE (apposto da Lomb. Inf.)	Campo aggiuntivo
246	N	6	Identificativo progressivo record trasmessi (apposto da Lomb. Inf.)	Campo aggiuntivo
252	N	1	Identificativo record ERRATO nell'ambito della prescrizione	Campo aggiuntivo

5. Allegato 5: TRACCIATO ESITI DI RITORNO “AMB2P e AMB2C” (comprensivo di flag errori)

Posizione	Tipo	Lunghezza	Descrizione	Flusso di origine (posizione) / campo aggiuntivo
1	AN	3	Codice Ente	AMB1 (1); AMB2 (1); AMB3 (1)
4	AN	6	Codice Presidio	AMB1 (4); AMB2 (4); AMB3 (4)
10	AN	8	Data prenotazione	AMB2 (10)
18	AN	8	Data Erogazione	AMB1 (10); AMB2 (18); AMB3 (10)
26	AN	16	N° ricetta	AMB2 (26)
42	AN	1	Provenienza	AMB2 (42)
43	AN	1	Regime di erogazione	AMB2 (3)
44	AN	16	Codice del medico prescrittore	AMB2 (44)
60	AN	1	Identificativo tipo di Prestazione	AMB2 (60)
61	AN	2	Posizione ticket	AMB2 (61)
63	N	7	Ticket	AMB2 (63)
70	AN	5	Codice prestazione 1	AMB2 (70)
75	N	3	Quantità 1	AMB2 (75)
78	AN	5	Codice prestazione 2	AMB2 (78)
83	N	3	Quantità 2	AMB2 (83)
86	AN	5	Codice prestazione 3	AMB2 (86)
91	N	3	Quantità 3	AMB2 (91)
94	AN	5	Codice prestazione 4	AMB2 (94)
99	N	3	Quantità 4	AMB2 (99)
102	AN	5	Codice prestazione 5	AMB2 (102)
107	N	3	Quantità 5	AMB2 (107)
110	AN	5	Codice prestazione 6	AMB2 (110)
115	N	3	Quantità 6	AMB2 (115)
118	AN	5	Codice prestazione 7	AMB2 (118)
123	N	3	Quantità 7	AMB2 (123)
126	AN	5	Codice prestazione 8	AMB2 (126)
131	N	3	Quantità 8	AMB2 (131)
134	AN	2	Classe di Priorità	AMB2 (134)
136	AN	8	Contatore di prescrizione	AMB1 (57); AMB2 (136); AMB3 (174)
144	AN	2	Progressivo interno prescrizione	AMB1 (65); AMB2 (144); AMB3 (182)
146	AN	1	Destinazione del record	AMB1 (67); AMB2 (146); AMB3 (184)
147	AN	5	Diagnosi	AMB2 (147)
152	AN	1	Tipo record ('2')	AMB2 (152)
153	N	7	Valore Concordato	AMB2 (153)
160	AN	5	U.O. di Riferimento	AMB2 (160)

Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

165	AN	8	DATA RICEZIONE RECORD da parte ASL	AMB2 (165)
173	AN	1	Prescrizione suggerita	AMB2 (173)
174	AN	1	Altro	AMB2 (174)
175	AN	8	Data compilazione	AMB2 (175)
183	AN	8	Data fine erogazione	AMB2 (183)
191	AN	2	Tipo ricetta	AMB2 (191)
193	AN	6	Codice esenzione	AMB2 (193)
199	AN	10	IUP	AMB2 (199)
209	N	4	Quota fissa	AMB2 (209)
213	AN	8	Prima data prospettata	AMB2 (213)
221	AN	2	Tipo progetto	AMB2 (221)
223	AN	1	Flag Presa in Carico (era: campo di riserva)	AMB2 (223)
224	AN	1	Flag Telemedicina (era: campo di riserva)	AMB2 (224)
225	AN	1	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 1	AMB2 (225)
226	AN	1	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 2	AMB2 (226)
227	AN	1	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 3	AMB2 (227)
228	AN	1	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 4	AMB2 (228)
229	AN	1	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 5	AMB2 (229)
230	AN	1	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 6	AMB2 (230)
231	AN	1	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 7	AMB2 (231)
232	AN	1	Flag Recupero tempi di attesa prestazione 8	AMB2 (232)
233	AN	10	Campo di riserva (ridotto da 18 a 10 caratteri)	AMB2 (233)
243	AN	9	Codice Prestazione SISS 1	AMB2 (243)
252	AN	9	Codice Prestazione SISS 2	AMB2 (252)
261	AN	9	Codice Prestazione SISS 3	AMB2 (261)
270	AN	9	Codice Prestazione SISS 4	AMB2 (270)
279	AN	9	Codice Prestazione SISS 5	AMB2 (279)
288	AN	9	Codice Prestazione SISS 6	AMB2 (288)
297	AN	9	Codice Prestazione SISS 7	AMB2 (297)
306	AN	9	Codice Prestazione SISS 8	AMB2 (306)
315	AN	20	Numero protocollo	AMB2 (315)
335	AN	32	Identificativo PAI	AMB2 (335)
367	AN	1	Flag specifica ambito erogazione	AMB2 (367)
368	AN	1	Flag specifica tipologia prestazione	AMB2 (368)
369	AN	1	Flag Percorso Interno di Cura	AMB2 (369)
370	AN	20	Codice Agenda 1	AMB2 (370)
390	AN	20	Codice Agenda 2	AMB2 (390)
410	AN	20	Codice Agenda 3	AMB2 (410)
430	AN	20	Codice Agenda 4	AMB2 (430)
450	AN	20	Codice Agenda 5	AMB2 (450)

470	AN	20	Codice Agenda 6	AMB2 (470)
490	AN	20	Codice Agenda 7	AMB2 (490)
510	AN	20	Codice Agenda 8	AMB2 (510)
530	AN	31	Campo di riserva	AMB2
561	AN	1	Errore campo Codice presidio	Campo aggiuntivo
562	AN	1	Errore campo Data prenotazione	Campo aggiuntivo
563	AN	1	Errore campo Data Erogazione	Campo aggiuntivo
564	AN	1	Errore campo Codice Sanitario Assistito	Campo aggiuntivo
565	AN	1	Errore campo Codice Fiscale Assistito	Campo aggiuntivo
566	AN	1	Errore campo Sesso	Campo aggiuntivo
567	AN	1	Errore campo Data di nascita	Campo aggiuntivo
568	AN	1	Errore campo Comune di residenza	Campo aggiuntivo
569	AN	1	Errore campo N° ricetta	Campo aggiuntivo
570	AN	1	Errore campo Provenienza	Campo aggiuntivo
571	AN	1	Errore campo Regime di erogazione	Campo aggiuntivo
572	AN	1	Errore campo Codice medico prescrittore	Campo aggiuntivo
573	AN	1	Errore campo Diagnosi	Campo aggiuntivo
574	AN	1	Errore campo Tipo Prestazione	Campo aggiuntivo
575	AN	1	Errore campo Posizione ticket	Campo aggiuntivo
576	AN	1	Errore campo Ticket	Campo aggiuntivo
577	AN	1	Errore campo Contatore di prescrizione	Campo aggiuntivo
578	AN	1	Errore campo Progressivo interno prescrizione: progressivo uguale per stesso Contatore di prescrizione	Campo aggiuntivo
579	AN	1	Errore campo U.O. di riferimento	Campo aggiuntivo
580	AN	1	Errore campo Destinazione del record	Campo aggiuntivo
581	AN	2	Errore campo Importo pagato ripetuto su più record della stessa prescrizione; rappresenta il progressivo prescrizione dove l'importo è già presente	Campo aggiuntivo
583	AN	1	Errore campo Codice prestazione 1	Campo aggiuntivo
584	AN	1	Errore campo Quantità 1	Campo aggiuntivo
585	AN	1	Errore campo Codice prestazione 2	Campo aggiuntivo
586	AN	1	Errore campo Quantità 2	Campo aggiuntivo
587	AN	1	Errore campo Codice prestazione 3	Campo aggiuntivo
588	AN	1	Errore campo Quantità 3	Campo aggiuntivo
589	AN	1	Errore campo Codice Prestazione 4	Campo aggiuntivo
590	AN	1	Errore campo Quantità 4	Campo aggiuntivo
591	AN	1	Errore campo Codice prestazione 5	Campo aggiuntivo
592	AN	1	Errore campo Quantità 5	Campo aggiuntivo
593	AN	1	Errore campo Codice prestazione 6	Campo aggiuntivo
594	AN	1	Errore campo Quantità 6	Campo aggiuntivo

595	AN	1	Errore campo Codice prestazione 7	Campo aggiuntivo
596	AN	1	Errore campo Quantità 7	Campo aggiuntivo
597	AN	1	Errore campo Codice prestazione 8	Campo aggiuntivo
598	AN	1	Errore campo Quantità 8	Campo aggiuntivo
599	AN	1	Errore campo Tipo record	Campo aggiuntivo
600	AN	1	Errore campo Valore concordato	Campo aggiuntivo
601	AN	1	Errore campo Classe di Priorità	Campo aggiuntivo
602	AN	1	Errore campo Data Ricezione	Campo aggiuntivo
603	AN	1	Errore campo Prescrizione suggerita	Campo aggiuntivo
604	AN	1	Errore campo Altro	Campo aggiuntivo
605	AN	1	Errore campo Data compilazione	Campo aggiuntivo
606	AN	1	Errore campo Data fine erogazione	Campo aggiuntivo
607	AN	1	Errore campo Tipo ricetta	Campo aggiuntivo
608	AN	1	Errore campo Codice esenzione	Campo aggiuntivo
609	AN	1	Errore campo IUP	Campo aggiuntivo
610	AN	1	Errore campo Quota Fissa	Campo aggiuntivo
611	AN	1	Errore campo Prima data prospettata	Campo aggiuntivo
612	AN	1	Errore campo Stato estero (AMB3)	Campo aggiuntivo
613	AN	1	Errore campo Cognome (AMB3)	Campo aggiuntivo
614	AN	1	Errore campo Nome (AMB3)	Campo aggiuntivo
615	AN	1	Errore campo Numero di identificazione personale (AMB3)	Campo aggiuntivo
616	AN	1	Errore campo Numero di identificazione istituzione (AMB3)	Campo aggiuntivo
617	AN	1	Errore campo Numero tessera (AMB3)	Campo aggiuntivo
618	AN	1	Errore campo Data scadenza TEAM (AMB3)	Campo aggiuntivo
619	AN	1	Errore campo Tipo progetto	Campo aggiuntivo
620	AN	1	Errore controlli incrociati per CF/residenza/regime erogazione	Campo aggiuntivo
621	AN	1	Errore Flag Presa in Carico	Campo aggiuntivo
622	AN	1	Errore Flag Telemedicina	Campo aggiuntivo
623	AN	1	Errore campo Codice Prestazione SISS 1	Campo aggiuntivo
624	AN	1	Errore campo Codice Prestazione SISS 2	Campo aggiuntivo
625	AN	1	Errore campo Codice Prestazione SISS 3	Campo aggiuntivo
626	AN	1	Errore campo Codice Prestazione SISS 4	Campo aggiuntivo
627	AN	1	Errore campo Codice Prestazione SISS 5	Campo aggiuntivo
628	AN	1	Errore campo Codice Prestazione SISS 6	Campo aggiuntivo
629	AN	1	Errore campo Codice Prestazione SISS 7	Campo aggiuntivo
630	AN	1	Errore campo Codice Prestazione SISS 8	Campo aggiuntivo
631	AN	1	Errore campo Numero protocollo	Campo aggiuntivo
632	AN	1	Errore campo Identificativo PAI	Campo aggiuntivo

633	AN	1	Errore Flag specifica ambito erogazione	Campo aggiuntivo
634	AN	1	Errore recupero tempi di attesa 1	Campo aggiuntivo
635	AN	1	Errore recupero tempi di attesa 2	Campo aggiuntivo
636	AN	1	Errore recupero tempi di attesa 3	Campo aggiuntivo
637	AN	1	Errore recupero tempi di attesa 4	Campo aggiuntivo
638	AN	1	Errore recupero tempi di attesa 5	Campo aggiuntivo
639	AN	1	Errore recupero tempi di attesa 6	Campo aggiuntivo
640	AN	1	Errore recupero tempi di attesa 7	Campo aggiuntivo
641	AN	1	Errore recupero tempi di attesa 8	Campo aggiuntivo
642	AN	1	Errore Flag specifica tipologia di prestazione	Campo aggiuntivo
643	AN	1	Errore Flag Percorso Interno di Cura	Campo aggiuntivo
644	AN	1	Errore Codice Agenda 1	Campo aggiuntivo
645	AN	1	Errore Codice Agenda 2	Campo aggiuntivo
646	AN	1	Errore Codice Agenda 3	Campo aggiuntivo
647	AN	1	Errore Codice Agenda 4	Campo aggiuntivo
648	AN	1	Errore Codice Agenda 5	Campo aggiuntivo
649	AN	1	Errore Codice Agenda 6	Campo aggiuntivo
650	AN	1	Errore Codice Agenda 7	Campo aggiuntivo
651	AN	1	Errore Codice Agenda 8	Campo aggiuntivo
652	AN	14	Campo di riserva riservato eventuali nuovi flag errore	Campo aggiuntivo
666	AN	3	Identificativo ASL/AO/IRCCS pubblico (apposto da Lomb. Inf.)	Campo aggiuntivo
669	AN	4	Identificativo anno di riferimento (apposto da Lomb. Inf.)	Campo aggiuntivo
673	AN	2	Identificativo MESE CONTABILE (apposto da Lomb. Inf.)	Campo aggiuntivo
675	AN	6	Identificativo progressivo record trasmessi (apposto da Lomb. Inf.)	Campo aggiuntivo
681	AN	1	Identificativo record ERRATO nell'ambito della prescrizione	Campo aggiuntivo
682	AN	9	Campo di Riserva	Campo aggiuntivo

6. Allegato 6: TRACCIATO ESITI DI RITORNO “RICDOPPIA”

Posizione	Tipo	Lunghezza	Descrizione	Flusso di origine (posizione) / campo aggiuntivo
1	AN	3	Codice Ente	AMB1 (1); AMB2 (1); AMB3 (1)
4	AN	6	Codice Presidio	AMB1 (4); AMB2 (4); AMB3 (4)
10	AN	8	Data Erogazione	AMB1 (10); AMB2 (18); AMB3 (10)
18	AN	16	N° ricetta	AMB2 (26)
34	AN	8	Contatore di prescrizione	AMB1 (57); AMB2 (136); AMB3 (174)
42	AN	2	Progressivo interno prescrizione	AMB1 (65); AMB2 (144); AMB3 (182)
44	AN	1	Identificativo record ERRATO nell’ambito della prescrizione	Campo aggiuntivo
45	AN	3	Ente che ha trasmesso lo stesso N° ricetta (stesso Ente o Ente diverso)	Campo aggiuntivo (presente solo in RICdoppia)
48	AN	6	Presidio che ha trasmesso lo stesso N° ricetta (stesso Presidio o Presidio diverso)	Campo aggiuntivo (presente solo in RICdoppia)
54	AN	8	Contatore con il quale è stato trasmesso lo stesso N° ricetta	Campo aggiuntivo (presente solo in RICdoppia)

7. Allegato 7: TRACCIATO ESITI DI RITORNO “CONFRONTO con PRENOTATO”

All'interno del file di "Produzione e Consumo", si restituisce l'esito del confronto tra le prescrizioni rendicontate (oggetto dei criteri indicati in DGR 1938 del 26/02/2024 [60]) con l'elenco degli appuntamenti attivi registrati nella base dati della Rete Regionale di Prenotazione. In questo modo si forniscono per ciascun ente-struttura erogante le verifiche di corrispondenza tra il sistema di notifiche delle prenotazioni degli appuntamenti e le prestazioni erogate.

Gli esiti sul confronto con il prenotato saranno suddivisi nei file di:

- Testata (**Confronto_Prenotato_Testata_<alddmmyyy>_<ente>_<n>.zip**)
- Dettaglio (**Confronto_Prenotato_Dettaglio_<alddmmyyy>_<ente>_<n>..zip**)

dove *ddmmyyy* è la data dell'ultimo lotto elaborato, *ente* è il codice ente struttura erogante, *n* è il progressivo dei file generati nei casi di superamento della soglia limite per la dimensione massima del file.

Si riportano di seguito i tracciati dei file:

- Tabella di Testata: La verifica di corrispondenza tra il sistema di prenotazione e quello di erogazione è effettuata sulla prescrizione.

Posizione	Tipo	Lunghezza	Descrizione	Flusso di origine (posizione) / campo aggiuntivo
1	AN	3	Codice Ente Struttura Erogante	AMB1 (1); AMB2 (1); AMB3 (1)
4	AN	6	Codice Struttura Erogante	AMB1 (4); AMB2 (4); AMB3 (4)
10	AN	8	Contatore Prescrizione	AMB1 (57); AMB2 (136); AMB3 (174)
18	AN	1	Codice Tipo Prestazione	AMB2 (15)
19	AN	1	Codice Regime Erogazione	AMB2 (43)
20	AN	1	Codice Provenienza	AMB2 (42)
21	AN	2	Codice Classe Priorità	AMB2 (49)
23	AN	8	Data Compilazione	AMB2(53)
31	AN	8	Data Prenotazione	AMB2(3)
39	AN	8	Data Erogazione	AMB1 (10); AMB2 (18); AMB3 (10)
47	AN	8	Data Fine Erogazione	AMB2(54)
55	AN	10	Codice IUP	AMB2(199)
65	AN	16	Numero Ricetta	AMB2(10)
81	AN	16	Codice Fiscale Assistito	AMB1(6)
97	AN	8	Data Di Nascita Assistito	AMB1(8)
105	AN	1	Sesso Assistito	AMB1(7)
106	AN	1	Flag Percorso Interno di Cura	AMB2(369)
107	AN	20	Campo Vuoto	Campo aggiuntivo

Rilevazione attività di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

Posizione	Tipo	Lunghezza	Descrizione	Flusso di origine (posizione) / campo aggiuntivo
127	AN	1	Flag Prescrizione Sanzionabile: valorizzato con S nel caso di prescrizione che soddisfa i requisiti indicati in DGR n. 1129[60] ma che contiene almeno una prestazione non prenotata tramite la Rete Regionale di Prenotazione	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
128	AN	1	Flag Match IUP: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza del cod. IUP in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
129	AN	1	Flag Match Barre RUR: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza del numero ricetta (cod. RUR) in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
130	AN	1	Flag Match Assistito IUP: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza dell'assistito con match IUP in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
131	AN	1	Flag Match Assistito RUR: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza dell'assistito con match RUR in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
132	AN	1	Flag Match Data Erogazione IUP: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza della data di erogazione e data appuntamento con match IUP in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
133	AN	1	Flag Match Data Erogazione RUR: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza di data di erogazione e data appuntamento con match RUR in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
134	AN	1	Flag Match Ente-Struttura IUP: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza di struttura e codice IUP in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
135	AN	1	Flag Match Ente-Struttura RUR: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza di struttura e codice RUR in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
136	AN	15	Campo Vuoto	Campo aggiuntivo

- Tabella di Dettaglio: La verifica di corrispondenza tra il sistema di prenotazione e quello di erogazione è effettuato sulla prestazione.

Posizione	Tipo	Lunghezza	Descrizione	Flusso di origine (posizione) / campo aggiuntivo
1	AN	3	Codice Ente Struttura Erogante	AMB1 (1); AMB2 (1); AMB3 (1)
4	AN	6	Codice Struttura Erogante	AMB1 (4); AMB2 (4); AMB3 (4)
10	AN	8	Contatore Prescrizione	AMB1 (57); AMB2 (136); AMB3 (174)
18	AN	2	Progressivo Interno Prescrizione	AMB1 (65); AMB2 (144); AMB3 (182)
20	AN	5	Codice Prestazione Ambulatoriale NTR	AMB2 (70); AMB2 (78); AMB2 (86); AMB2 (94); AMB2 (102); AMB2 (110); AMB2 (118); AMB2 (126)
25	AN	9	Codice Prestazione Ambulatoriale SISS	AMB2 (243); AMB2 (252); AMB2 (261); AMB2 (270); AMB2 (279); AMB2 (288); AMB2 (297); AMB2 (306)
34	AN	3	Quantità erogata	AMB2 (75); AMB2 (83); AMB2 (91); AMB2 (99); AMB2 (107); AMB2 (115); AMB2 (123); AMB2 (131)
37	AN	20	Codice Agenda	AMB2 (370); AMB2 (390); AMB2 (410); AMB2 (430); AMB2 (450); AMB2 (470); AMB2 (490); AMB2 (510)
57	AN	10	Campo Vuoto	Campo aggiuntivo
67	AN	1	Flag Match Prestazione AMB IUP: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza della prestazione NTR con match IUP in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
68	AN	1	Flag Match Prestazione AMB RUR: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza della prestazione NTR con match RUR in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
69	AN	1	Flag Match Prestazione SISS IUP: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza della prestazione SISS con match IUP in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
70	AN	1	Flag Match Prestazione SISS RUR: valorizzato con 1 se esiste una occorrenza della prestazione SISS con match RUR in un appuntamento valido nel periodo di osservazione, 0 altrimenti	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
71	AN	1	Flag Prestazione Sanzionabile: valorizzato con S nel caso di prestazione che non è stata prenotata tramite la Rete Regionale di Prenotazione nonostante siano soddisfatti i requisiti indicati in DGR n. 1129[60]	Campo aggiuntivo (presente solo in Confronto Prenotato)
72	AN	9	Campo Vuoto	Campo aggiuntivo

8. Allegato 8: SINTESI CONTROLLI

Nella tabella di seguito sono elencati i campi del tracciato AMB e per ciascuno di questo campo è riportata una descrizione sintetica dei controlli eseguiti dall'applicativo che gestisce i flussi di rendicontazione, l'identificativo del campo (ID), la specifica dell'errore (es. T, N, G...) e il livello di classificazione dell'errore (grave lieve o alert) che il sistema restituisce in caso di esito negativo del controllo.

In tabella è inoltre riportato il **livello di gravità** dell'errore eventualmente riscontrato, secondo la logica applicata all'interno del file di "Produzione e Consumo", che prevede l'attribuzione del livello di validità della prescrizione in base alla presenza di errori di differente gravità, ovvero:

- 0 = prescrizione valida integralmente (senza errori gravi, ma può contenere alert o errori lievi)
- 1 = prescrizione valida parzialmente (contiene almeno un errore grave di livello 1)
- 2 = prescrizione NON finanziata ma valorizzata (contiene almeno un errore grave di livello 2)
- 3 = prescrizione NON finanziata (valorizzata a zero) (contiene almeno un errore grave di livello 3)

Alle prescrizioni scartate nel corso dei controlli preliminari (errori di tipo Z ed errori su controllo campo Destinazione record) non viene associato un livello di gravità.

Par.	Tracciato	Nome Campo	Descrizione Sintetica	Prog.	Specifica	Controllo	Livello Gravità
5.1.2	CHIAVE	Codice Presidio	Esistenza in anagrafe Strutture di Ricovero per PS	2	P	Grave	1
5.1.2	CHIAVE	Codice Presidio	Esistenza in anagrafe Strutture Sanitarie per NON PS	2	G	Grave	1
5.1.2	CHIAVE	Codice Presidio	Coerenza apertura presidio con date erogazione	2	D	Grave	1
5.1.3	CHIAVE	Data Erogazione	Presenza	4	N	Grave	2
5.1.3	CHIAVE	Data Erogazione	Correttezza formale	4	G	Grave	2
5.1.3	CHIAVE	Data Erogazione	Coerenza con data invio	4	I	Grave	2
5.1.3	CHIAVE	Data Erogazione	Coerenza con anno gestione	4	P	Grave	2
5.1.3	CHIAVE	Data Erogazione	Coerenza con anno fine erogazione	4	F	Grave	2
5.1.3	CHIAVE	Data Erogazione	Abbinabilità	4	Z		
5.1.4	CHIAVE	Contatore Prescrizione	Corretta compilazione per prescrizione multirecord	18	D	Grave	3
5.1.4	CHIAVE	Contatore Prescrizione	Presenza Correttezza formale Abbinabilità	18	Z		
5.1.5	CHIAVE	Progressivo Interno Prescrizione	Presenza	19	G	Grave	1
5.1.5	CHIAVE	Progressivo Interno Prescrizione	Correttezza formale, Corretta compilazione per prescrizione multirecord, Abbinabilità	19	Z		
5.1.6	CHIAVE	Destinazione del record	Univocità all'interno del flusso	21	C		
5.1.6	CHIAVE	Destinazione del record	Univocità all'interno del flusso (record completamente doppio)	21	A		
5.1.6	CHIAVE	Destinazione del record	Univocità all'interno del flusso (chiave doppia)	21	B		
5.1.6	CHIAVE	Destinazione del record	Valori ammessi e coerenza con dati in archivio	21	Z		
5.2.1	AMB1	Codice Sanitario Assistito	Coerenza con CF = "anonimo"	5	G	Lieve	0

Par.	Tracciato	Nome Campo	Descrizione Sintetica	Prog.	Specifica	Controllo	Livello Gravità
5.2.2	AMB1	Codice Fiscale Assistito	Coerenza per regime erogazione 1,N (residenti in Italia)	6	G	Grave	1
5.2.2	AMB1	Codice Fiscale Assistito	tipologia di cittadino non identificabile	6	E	Grave	1
5.2.2	AMB1	Codice Fiscale Assistito	Coerenza con data di nascita e sesso	6	A	Grave	2
5.2.2	AMB1	Codice Fiscale Assistito	Coerenza con presenza tracciato AMB3	6	3	Grave	2
5.2.3	AMB1	Sesso	Valori ammessi	7	L	Grave	1
5.2.4	AMB1	Data di Nascita	Presenza	8	N	Grave	1
5.2.4	AMB1	Data di Nascita	Correttezza formale	8	F	Grave	1
5.2.4	AMB1	Data di Nascita	Coerenza con Data Erogazione	8	C	Grave	1
5.2.5	AMB1	Comune di Residenza	Esistenza in tabella COMUNI ITALIANI o PAESI ESTERI	9	G	Grave	1
5.2.5	AMB1	Comune di Residenza	Coerenza con anagrafe assistiti lombardi	9	A	Alert	0
5.2.6	AMB1	Tipo di record	Valori ammessi	47	Z		
5.3.1	AMB2	Data prenotazione	Presenza	3	N	Grave	1
5.3.1	AMB2	Data prenotazione	Correttezza formale	3	G	Grave	1
5.3.1	AMB2	Data prenotazione	Coerenza con Data Erogazione	3	C	Grave	1
5.3.1	AMB2	Data prenotazione	Coerenza con data di compilazione ricetta	3	R	Alert	0
5.3.2	AMB2	Numero Ricetta	Presenza e validità per ricetta non obbligatoria	10	V	Lieve	0
5.3.2	AMB2	Numero Ricetta	Presenza ricetta per provenienza 1, 2, 5, 6, 7	10	M	Grave	1
5.3.2	AMB2	Numero Ricetta	Validità ricetta per provenienza 1, 2, 5, 6, 7	10	G	Grave	1
5.3.2	AMB2	Numero Ricetta	Univocità a livello di presidio	10	P	Grave	1
5.3.2	AMB2	Numero Ricetta	Univocità a livello di Ente	10	I	Grave	1
5.3.2	AMB2	Numero Ricetta	Univocità fuori dall'Ente	10	E	Grave	1
5.3.2	AMB2	Numero Ricetta	Univocità dentro e fuori l'Ente	10	D	Grave	1
5.3.3	AMB2	Provenienza	Coerenza con discipline 33, 34, 35, 37, 39, 40, 54	11	D	Grave	1
5.3.3	AMB2	Provenienza	Coerenza per Regime erogazione 1,7, 8, 9, N, R	11	G	Grave	1
5.3.3	AMB2	Provenienza	Coerenza per Regime erogazione C	11	C	Grave	1
5.3.3	AMB2	Provenienza	Coerenza per Regime erogazione 4, 5, 6, E	11	L	Lieve	0
5.3.3	AMB2	Provenienza	Coerenza per tipo prestazione S	11	S	Grave	1
5.3.3	AMB2	Provenienza	Coerenza per tipo prestazione T	11	T	Grave	1
5.3.3	AMB2	Provenienza	Coerenza per tipo prestazione P	11	P	Grave	1
5.3.4	AMB2	Regime di erogazione	Valori ammessi	12	G	Grave	2
5.3.5	AMB2	Codice medico prescrittore	Presenza per ricetta non lombarda	13	N	Grave	1
5.3.5	AMB2	Codice medico prescrittore	Coerenza per Regime erogazione C	13	D	Grave	1
5.3.5	AMB2	Codice medico prescrittore	Coerenza per Provenienza 1	13	G	Grave	1
5.3.5	AMB2	Codice medico prescrittore	Coerenza con attività medico di base	13	1 o 9	Alert	0
5.3.5	AMB2	Codice medico prescrittore	Coerenza per Provenienza 2	13	B	Grave	1
5.3.5	AMB2	Codice medico prescrittore	Validità CF per Provenienza 2	13	C	Grave	1
5.3.5	AMB2	Codice medico prescrittore	Coerenza per Provenienza 3, 8	13	H	Grave	1
5.3.5	AMB2	Codice medico prescrittore	Coerenza per Provenienza 5	13	R	Lieve	0
5.3.5	AMB2	Codice medico prescrittore	Validità CF per altre Provenienze	13	K	Grave	1

Par.	Tracciato	Nome Campo	Descrizione Sintetica	Prog.	Specifica	Controllo	Livello Gravità
5.3.6	AMB2	Tipo prestazione	Valori ammessi	15	G	Grave	1
5.3.6	AMB2	Tipo prestazione	Valori ammessi per NPI	15	N	Grave	1
5.3.6	AMB2	Tipo prestazione	Controllo incrociato per tampone (91121)	15	T	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Presenza errore su classe priorità	16	P	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Coerenza per PS urgente	16	O	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Coerenza per PS NON urgente	16	L	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Coerenza con regime erogazione R	16	R	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Coerenza con tipo prestazione S, T, X, Q	16	S	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Coerenza per struttura di medicina sportiva	16	B	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Coerenza per regime erogazione 1, 7, N	16	G	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Coerenza per regime erogazione 8, 9	16	H	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Coerenza per regime erogazione C	16	M	Grave	2
5.3.7	AMB2	Posizione Ticket	Coerenza con età assistito per Posizione Ticket 20	16	A	Grave	2
5.3.8	AMB2	Ticket	Presenza errore su Posizione Ticket	17	G	Grave	3
5.3.8	AMB2	Ticket	Numericità	17	F	Grave	3
5.3.8	AMB2	Ticket	Presenza su un solo record per prescrizione multirecord	17	D	Grave	3
5.3.8	AMB2	Ticket	Coerenza con PS urgente oppure posizione ticket 64	17	M	Grave	3
5.3.8	AMB2	Ticket	Coerenza con PS non urgente e Posizione ticket 40	17	W	Grave	3
5.3.8	AMB2	Ticket	Coerenza con tipo prestazione S,T, M, Q, X	17	C	Grave	3
5.3.8	AMB2	Ticket	Coerenza per regime erogazione 4, 5, 6, E	17	L	Lieve	0
5.3.8	AMB2	Ticket	Coerenza con Posizione ticket 10, 20, 61, 62, 63, 90	17	A	Grave	3
5.3.8	AMB2	Ticket	Coerenza con Posizione ticket 50, 60	17	Q	Grave	3
5.3.8	AMB2	Ticket	Coerenza con Posizione ticket 40, 64 e tipo prestazione diverso da P	17	R - S - T	Grave	3
5.3.9	AMB2	Codice Prestazione	Presenza in NTR	23...	G	Grave	3
5.3.9	AMB2	Codice Prestazione	Coerenza per strutture territoriali di Psichiatria	23...	F	Grave	3
5.3.9	AMB2	Codice Prestazione	Esistenza prescrizione contenente prestazioni meritevoli di controllo	23...	A	Alert	0
5.3.9	AMB2	Codice Prestazione	Coerenza per prestazioni di adroterapia	23...	H	Grave	3
5.3.10	AMB2	Quantità	Rispetto limiti prescrivibilità	24...	G	Grave	3
5.3.10	AMB2	Quantità	Compatibilità con prestazioni di nefrologia	24...	A	Alert	0
5.3.11	AMB2	Classe priorità	Coerenza con tipo prestazione P	49	P	Grave	1
5.3.11	AMB2	Classe priorità	Coerenza con tipo prestazione M, Q, S, I, W, X, G	49	F	Grave	1
5.3.11	AMB2	Classe priorità	Coerenza con tipo prestazione T	49	T	Grave	1
5.3.11	AMB2	Classe priorità	Coerenza con tipo prestazione O	49	M	Grave	1
5.3.11	AMB2	Classe priorità	Coerenza con tipo prestazione U	49	U	Grave	1
5.3.11	AMB2	Classe priorità	Coerenza con tipo prestazione Z	49	S	Grave	1
5.3.12	AMB2	Diagnosi	Presenza in ICD-9-CM	14	L	Lieve	0
5.3.13	AMB2	Tipo di record	Coerenza con tipo file AMB		Z		
5.3.14	AMB2	Valore Concordato	Presenza su un solo record per prescrizione multirecord	48	F	Grave	3
5.3.14	AMB2	Valore Concordato	Numericità	48	N	Grave	3
5.3.14	AMB2	Valore Concordato	Coerenza con tipo prestazione S	48	B	Alert	0
5.3.14	AMB2	Valore Concordato	Coerenza con tipo prestazione diversa da S	48	C	Alert	0
5.3.15	AMB2	UO di Riferimento	Valori ammessi del primo carattere	20	B	Grave	1
5.3.15	AMB2	UO di Riferimento	Valori ammessi del secondo e terzo carattere	20	K-T	Grave	1
5.3.15	AMB2	UO di Riferimento	Valori ammessi del secondo e terzo carattere per disciplina 33	20	A	Alert	0
5.3.15	AMB2	UO di Riferimento	Valori ammessi del quarto e quinto carattere	20	N	Grave	1

Par.	Tracciato	Nome Campo	Descrizione Sintetica	Prog.	Specifica	Controllo	Livello Gravità
5.3.16	AMB2	Data Ricezione Record	Correttezza formale	50	B	Grave	1
5.3.16	AMB2	Data Ricezione Record	Coerenza con Data Erogazione	50	C	Grave	1
5.3.16	AMB2	Data Ricezione Record	Coerenza con data elaborazione	50	E	Grave	1
5.3.17	AMB2	Prescrizione suggerita	Valori ammessi	51	A	Grave	1
5.3.18	AMB2	Altro	Valori ammessi	52	B	Grave	1
5.3.19	AMB2	Data compilazione	Presenza	53	A	Grave	1
5.3.19	AMB2	Data compilazione	Correttezza formale	53	B	Grave	1
5.3.19	AMB2	Data compilazione	Coerenza con Data Erogazione	53	C	Grave	1
5.3.19	AMB2	Data compilazione	Coerenza con data cessazione medico	53	M	Alert	0
5.3.19	AMB2	Data compilazione	Coerenza con data prenotazione	53	R	Alert	0
5.3.20	AMB2	Data fine erogazione	Presenza con prestazioni cicliche	54	G	Grave	2
5.3.20	AMB2	Data fine erogazione	Presenza con prestazioni di odontoiatria, prestazioni di quantità >1, prestazioni ripetute	54	A	Alert	0
5.3.20	AMB2	Data fine erogazione	Presenza con prestazione 39.95.A	54	F	Grave	2
5.3.20	AMB2	Data fine erogazione	Correttezza formale	54	B	Grave	2
5.3.20	AMB2	Data fine erogazione	Coerenza con Data Erogazione	54	D	Grave	2
5.3.20	AMB2	Data fine erogazione	Coerenza con data elaborazione	54	C	Alert	0
5.3.20	AMB2	Data fine erogazione	Univocità per prescrizioni multirecord	54	E	Grave	2
5.3.20	AMB2	Data fine erogazione	Validità impegnativa	54	R	Alert	0
5.3.21	AMB2	Tipo ricetta	Valori ammessi	55	G	Grave	1
5.3.21	AMB2	Tipo ricetta	Coerenza per regime erogazione 7	55	A	Grave	1
5.3.21	AMB2	Tipo ricetta	Coerenza per regime erogazione N	55	B	Grave	1
5.3.21	AMB2	Tipo ricetta	Coerenza per regime erogazione 8, 9	55	C	Grave	1
5.3.21	AMB2	Tipo ricetta	Coerenza per regime erogazione 1, C	55	D	Grave	1
5.3.21	AMB2	Tipo ricetta	Coerenza con comune di residenza	55	E	Grave	1
5.3.22	AMB2	Codice esenzione	Presenza in tabella Esenzioni	56	A	Grave	1
5.3.22	AMB2	Codice esenzione	Coerenza con posizione ticket	56	C	Grave	1
5.3.22	AMB2	Codice esenzione	Coerenza con posizione ticket 10, 20, 50, 60, 61, 62, 63, 64	56	E	Grave	1
5.3.22	AMB2	Codice esenzione	Coerenza con posizione ticket 90	56	N	Alert	0
5.3.23	AMB2	IUP	Presenza	57	A	Alert	0
5.3.23	AMB2	IUP	Validità IUP	57	G	Grave	1
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Coerenza c per tipo prestazione G	58	H	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Presenza errore grave su Ticket	58	G	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Numericità	58	F	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Presenza su un solo record per prescrizione multirecord	58	U	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Coerenza con tipo di prestazione P e pos ticket 10, 20, 61, 62, 63, 64, 90	58	P	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Coerenza con Centro di medicina sportiva	58	R	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Coerenza per regime erogazione 4, 5, 6, E	58	S	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Coerenza per Ticket fino a 5 €	58	A	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Coerenza per Ticket fino a 36 €	58	B	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Coerenza per Ticket fino a 51 €	58	C	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Coerenza per Ticket fino a 108 €	58	D	Grave	3
5.3.24	AMB2	Quota fissa	Coerenza in caso di quota fissa non prevista	58	N	Grave	3
5.3.25	AMB2	Prima data prospettata	Correttezza formale	59	G	Grave	1

Par.	Tracciato	Nome Campo	Descrizione Sintetica	Prog.	Specifica	Controllo	Livello Gravità
5.3.25	AMB2	Prima data prospettata	Coerenza con data compilazione ricetta	59	H	Alert	0
5.3.25	AMB2	Prima data prospettata	Coerenza con data prenotazione	59	I	Grave	1
5.3.25	AMB2	Prima data prospettata	Coerenza con Data Erogazione	59	C	Grave	1
5.3.25	AMB2	Prima data prospettata	Coerenza con data fine erogazione	59	L	Grave	1
5.3.25	AMB2	Prima data prospettata	Univocità per prescrizioni multirecord	59	E	Grave	1
5.3.26	AMB2	Tipo progetto	Coerenza con tipo prestazione	68	G	Grave	1
5.3.27	AMB2	Flag presa in carico cronicità	Valori ammessi	70	E	Grave	1
5.3.27	AMB2	Flag presa in carico cronicità	Presenza con Numero protocollo o Codice PAI	70	P	Grave	1
5.3.28	AMB2	Flag telemedicina	Valori ammessi	71	E	Grave	1
5.3.29	AMB2	Flag recupero tempi di attesa	Valori ammessi		G	Grave	1
5.3.29	AMB2	Flag recupero tempi di attesa	Regime Erogazione diverso da 1		E	Grave	1
5.3.31	AMB2	Codice prestazione SISS	Non presenza, se prestazione NTR presente		V	Lieve	0
5.3.31	AMB2	Codice prestazione SISS	Non esistenza codice in catalogo prestazioni SISS		G	Lieve	0
5.3.31	AMB2	Codice prestazione SISS	Presenza se prestazione NTR non presente		O	Lieve	0
5.3.31	AMB2	Codice prestazione SISS	Coerenza con codice prestazione NTR		C	Lieve	0
5.3.32	AMB2	Numero protocollo PiC	Correttezza formale	80	G	Grave	1
5.3.33	AMB2	Identificativo PAI	Correttezza formale	81	G	Grave	1
5.3.34	AMB2	Flag specifica ambito erogazione	Valori ammessi	82	G	Grave	1
5.3.35	AMB2	Flag specifica tipologia prestazioni	Valori ammessi	91	G	Grave	1
5.3.36	AMB2	Flag Percorso Interno di Cura	Valori ammessi	92	G	Grave	2
5.3.37	AMB2	Codice Agenda 1	Presenza di un Codice Prestazione 1 associato	93	G	Grave	2
5.3.38	AMB2	Codice Agenda 2	Presenza di un Codice Prestazione 2 associato	94	G	Grave	2
5.3.39	AMB2	Codice Agenda 3	Presenza di un Codice Prestazione 3 associato	95	G	Grave	2
5.3.40	AMB2	Codice Agenda 4	Presenza di un Codice Prestazione 4 associato	96	G	Grave	2
5.3.41	AMB2	Codice Agenda 5	Presenza di un Codice Prestazione 5 associato	97	G	Grave	2
5.3.42	AMB2	Codice Agenda 6	Presenza di un Codice Prestazione 6 associato	98	G	Grave	2
5.3.43	AMB2	Codice Agenda 7	Presenza di un Codice Prestazione 7 associato	99	G	Grave	2
5.3.44	AMB2	Codice Agenda 8	Presenza di un Codice Prestazione 8 associato	100	G	Grave	2
5.4.1	AMB3	Stato estero	Presenza in tabella STATI ESTERI e coerenza con tipologia soggetto	60	E	Grave	1
5.4.1	AMB3	Stato estero	Coerenza con comune di residenza	60	G	Alert	0
5.4.2	AMB3	Cognome	Presenza	61	E	Grave	1
5.4.3	AMB3	Nome	Presenza	62	E	Grave	1
5.4.4	AMB3	Numero identificazione personale	Coerenza con tipologia soggetto	63	E	Grave	1
5.4.5	AMB3	Numero identificazione istituzione	Coerenza con tipologia soggetto	64	E	Grave	1

Par.	Tracciato	Nome Campo	Descrizione Sintetica	Prog.	Specifica	Controllo	Livello Gravità
5.4.6	AMB3	Numero identificazione tessera sanitaria	Coerenza con tipologia soggetto	66	E	Grave	1
5.4.7	AMB3	Data scadenza TEAM	Correttezza formale e coerenza con tipologia soggetto	67	B	Grave	1
5.4.7	AMB3	Data scadenza TEAM	Coerenza con Data Erogazione	67	C	Grave	1
5.5.1	AMB123	Controllo incrociato CF, Erogazione, Residenza	Incoerenza grave nel controllo incrociato tra Codice Fiscale Assistito, Regime Erogazione e Residenza/Domicilio/Stato Estero	69	G	Grave	1
5.5.1	AMB123	Controllo incrociato CF, Erogazione, Residenza	Incoerenza lieve nel controllo incrociato tra Codice Fiscale Assistito, Regime Erogazione e Residenza/Domicilio/Stato Estero	69	L	Lieve	0

9. Allegato 9: LEGENDA TERMINOLOGIA UTILIZZATA

CAMPO	VALORI
tipo Struttura	G2= altro tipo di struttura territoriale
	G3= struttura semiresidenziale
	G4= struttura residenziale
tipo Assistenza	S5 tipo1=struttura di psichiatria
	S5 tipo2= struttura di neuropsichiatria infantile
Provenienza	1= assistito inviato da MMG o PDF e medici addetti al Servizio di Continuità Assistenziale
	2= assistito inviato da Specialisti dipendenti del SSN, Specialisti convenzionati interni (ex SUMAI) o Specialisti dipendenti di strutture private accreditate e a contratto
	3= accesso diretto, assistito che accede alla struttura senza prescrizione medica
	4= altro
	5= prescrizioni di Medici operanti presso le RSA/RSD
	6= prescrizioni di Medici impegnati nell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari
	7= prescrizioni provenienti da altre Regioni
	8= accesso al Pronto Soccorso a seguito di chiamata al numero 118
regime di erogazione	1= Prestazione a carico del SSN
	4= Prestazione effettuata in solvenza, senza oneri economici a carico del SSN (incluso le prestazioni rese a cittadini comunitari privi di copertura sanitaria – CSCS* per le quali il cittadino ha effettuato il pagamento) escluse le prestazioni con oneri a carico di assicurazioni o di fondi integrativi/sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale
	5= Prestazione effettuata in regime libero professionale, senza oneri economici a carico del SSN escluse le prestazioni con oneri a carico di assicurazioni o di fondi integrativi/sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale
	6= Prestazioni effettuate senza oneri economici a carico del SSN con oneri a carico di assicurazioni o di fondi integrativi/sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale
	7=per stranieri comunitari o appartenenti a paesi con i quali vige una convenzione di sicurezza sociale e/o titolari di attestati di diritto comunitari o rilasciati da istituzioni con cui siano in essere accordi bilaterali di sicurezza sociale e assistenza sanitaria
	8= Prestazione a carico del SSN erogata ad assistiti stranieri extracomunitari irregolari con dichiarazione di indigenza (ovvero prestazioni legate alla tutela della maternità e del minore).
	9= Prestazione urgente o comunque essenziale, NON a carico del SSN, erogata ad assistiti stranieri extracomunitari irregolari con dichiarazione di indigenza.
	N = Naviganti (a carico cassa Naviganti)
	C = prestazioni rese a detenuti (a carico SSN)
	E = prestazione non a carico del SSR per controllo device
	R = Prestazioni urgenti o comunque essenziali, NON a carico del SSN, rese a cittadini comunitari privi di copertura sanitaria – CSCS per le quali è stata emessa fattura non saldata.
tipo prestazione	P = prestazione di Pronto Soccorso o di primo intervento
	O = prestazione di carattere ordinario
	U = prestazioni urgenti differibili, la cui urgenza non comporti l'accesso del paziente alle strutture di urgenza-emergenza e per le quali viene attivata, da parte delle strutture accreditate, una via differenziata in modo da rispondere alle esigenze espresse nell'ambito delle 72 ore dalla presentazione della richiesta (D.G.R. nr. VI/38571 del 25/9/1998).
	Z = tutte le prestazioni che non devono rientrare nel calcolo dei tempi di attesa (prestazioni in "accesso diretto" diverse da P.S.; prestazioni di medicina sportiva, psichiatria, laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche, dialisi; prestazioni riferite a controlli programmati, pacchetti MAC, etc.)
	S = screening;
	T = prevenzione spontanea (art.85 L. 388/200);
	W = profilassi Post Esposizione HIV (PPE);
	X = ex esposti amianto
	G = prestazioni rientranti nei progetti NPI;
	M = prestazioni rese e non altrimenti rilevate, che non devono rientrare tra quelle da remunerarsi attraverso il presente flusso;
	Q = prestazioni in ambito interventi profilassi sui contatti, effettuate in convenzione con ASL.
	I = prestazioni richieste dalla Commissione Invalidi (legge 295/50 e successivi decreti attuativi).

CAMPO	VALORI
posizione ticket	10 = esente totale (es: invalidi di guerra al 100 per cento, invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia dalla 1° alla 5° categoria, grandi invalidi per servizio, grandi invalidi del lavoro superiori a 2/3, invalidità civile, ...) 20 = esente per età (assistiti di età inferiore ai 14 anni indipendentemente dal reddito o assistiti di età superiore a 65 anni purché appartenenti a nucleo familiare con un reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 38.500,00 - DGR. 5875 del 21/11/2007). 40 = non esente (assistiti tenuti al totale pagamento delle prestazioni di assistenza medico-specialistica ambulatoriale fino alla concorrenza del ticket fissato per ogni singola ricetta) 50 = esente per patologia e malattia rara (assistito esente per le malattie croniche e invalidanti di cui al [10]). 60= esente per categoria (donne in stato di gravidanza; donatori di sangue e di midollo; cittadini in possesso del tesserino del SSR lombardo, sottoposti agli accertamenti richiesti al fine del rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica se di età inferiore ai 18 anni e non disabili – per i titolari di disabilità anche se di età inferiore ai 18 anni utilizzare il codice “10”, lavoratori infortunati e tecnopatici,...) 61 = titolari di pensioni sociali e famigliari a carico 62 = disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego e i familiari a loro carico per il periodo di durata di tale condizione, cittadini in cassa integrazione straordinaria ed i familiari a carico per il periodo di durata di tale condizione, cittadini cui è stato concesso il trattamento di “cassa integrazione in deroga” ed i familiari a carico per il periodo di durata di tale condizione, lavoratori in mobilità ed i familiari a carico per il periodo di durata di tale condizione, lavoratore/trice in contratto di solidarietà difensivo ex art. 1 DL 30/10/1984, n. 726 ed i familiari fiscalmente a carico. Migranti provenienti da Nord Africa quali profughi in avvio di procedura di richiesta di asilo (Nota D.G. Sanità prot. N. H1.2011.0014807 del 16/5/2011) 63 = titolari di pensioni al minimo ultrasessantenni ed i familiari a carico purché appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente inferiore a € 8.263,31 (lire 16 milioni), €11.362,00 (lire 22 milioni) se con coniuge a carico, incrementato di € 516,45 (lire 1 milione) per ogni figlio a carico 64= titolare di esenzione E15 90= altro (includere in questo codice altri casi di esenzione non espressamente identificati dalle restanti codifiche, es: detenuti, screening, prestazioni finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori di cui all'art.85 della Legge 388/2000, etc.).
classe di priorità	U= urgente - “bollino verde” (entro 72 ore); B= breve - entro 10 gg; D= differibile - entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali); P= programmabile. Per prestazioni di Pronto Soccorso: 01 = codice bianco; 02 = codice verde; 03 = codice giallo; 04 = codice rosso.
tipo ricetta	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 europee NX = Assistiti SASN extraeuropei ST = Stranieri in temporaneo soggiorno AD = Pazienti in assistenza domiciliare integrata
tipo progetto	da 09 a 54 = identificazione progetti di NPI CM = identificazione dell'attività erogata presso gli Ambulatori Codici Minori (CM) o a bassa priorità in PS J = identificazione delle prestazioni erogate in seguito alla iniziativa ambulatori aperti K = prestazioni rinegoziate KJ = prestazioni rinegoziate erogate in seguito alla iniziativa ambulatori aperti

10. Allegato 10: TABELLA CONTROLLI INCROCIATI

Cittadino	Residenza/Domicilio/Stato Estero = Italia												Residenza/Domicilio/Stato Estero = Estero UE, SEE, Svizzera												Residenza/Domicilio/Stato Estero = Estero accordi bilaterali												Residenza/Domicilio/Stato Estero = Estero altri											
	Campo Codice Fiscale												Campo Codice Fiscale												Campo Codice Fiscale												Campo Codice \											
Regime Erogazione	CF 16	CF 11	CF 16N	AMB3 TEAM	AMB3-ALL1	AMB3-ALL2	AMB3-HIC	AMB3 CSCS	STP	STP minori	ANONIMO	VUOTO	CF 16	CF 11	CF 16N	AMB3 TEAM	AMB3-ALL1	AMB3-ALL2	AMB3-HIC	AMB3 CSCS	STP	STP minori	ANONIMO	VUOTO	CF 16	CF 11	CF 16N	AMB3 TEAM	AMB3-ALL1	AMB3-ALL2	AMB3-HIC	AMB3 CSCS	STP	STP minori	ANONIMO	VUOTO	CF 16	CF 11	CF 16N	AMB3 TEAM	AMB3-ALL1	AMB3-ALL2	AMB3-HIC	AMB3 CSCS	STP	STP minori	ANONIMO	VUOTO
1	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve
4	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	NA	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	OK	
5	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	OK	
6	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	NA	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	KO Lieve	NA	OK	
7	KO Grave	KO Grave	KO Grave	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	OK	OK	KO Grave	KO grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	
8	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	OK	OK	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	OK	OK	NA	KO Grave	
9	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	OK	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	OK	KO Grave	NA	KO Grave		
C	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve
E	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	OK	OK	KO Lieve	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Lieve	KO Lieve	OK	KO Lieve	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Lieve
N	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	OK	OK	OK	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave
R	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	OK	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	KO Grave	NA	KO Grave	

Le revisioni del presente manuale saranno comunicate agli erogatori attraverso la pubblicazione sul portale SMAF