

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO DELLA REGIONE PIEMONTE

Sottosistema “Prestazioni Sanitarie”

Dimessi dagli Istituti di ricovero e cura
e Prestazioni di Specialistica ambulatoriale
e altre prestazioni sanitarie

MOBILITÀ PASSIVA INTERREGIONALE 2023: NOTE TECNICHE INVIO DATI

SOMMARIO

1. PREMESSA	3
2. FILE DETTAGLIO MOBILITÀ INTERREGIONALE PASSIVA PER ASL DI RESIDENZA	3
2.1 FLUSSO A RICOVERI ORDINARI E IN DAY-HOSPITAL	5
2.1.1 FILE A1 – archivio dati anagrafici	5
2.1.2 FILE A2 – archivio dati prestazioni sanitarie.....	6
2.2 FLUSSO B PRESTAZIONI DI MEDICINA GENERALE (FILE B1).....	10
2.3 FLUSSO C PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA AMBULATORIALE	12
2.3.1 FILE C1 – archivio dati anagrafici	12
2.3.2 FILE C2 – archivio dati sanitari	13
2.4 FLUSSO D PRESTAZIONI DI FARMACEUTICA.....	17
2.4.1 FILE D1 – archivio dati anagrafici	17
2.4.2 FILE D2 – archivio dati sanitari	18
2.5 FLUSSO E CURE TERMALI.....	22
2.5.1 FILE E1 – archivio dati anagrafici	22
2.5.2 FILE E2 – archivio dati sanitari	23
2.6 FLUSSO F SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DI FARMACI.....	26
2.6.1 FILE F1 – archivio dati anagrafici	26
2.6.2 FILE F2 – archivio dati sanitari	27
2.7 FLUSSO G TRASPORTO CON AMBULANZA O ELISOCORSO (FILE G1).....	31
3. DBF/TEXT SDO COMPLETO SENZA DATI ANAGRAFICI	34

1. PREMESSA

Lo scopo di questo documento è di fornire, alle Aziende Sanitarie Locali, una descrizione dei dati relativi alla mobilità interregionale passiva 2023 e delle modalità di estrazione dei medesimi.

2. FILE DETTAGLIO MOBILITÀ INTERREGIONALE PASSIVA PER ASL DI RESIDENZA

I file verranno messi a disposizione delle Aziende Sanitarie Locali attraverso l'applicativo SDS in un'unica fornitura contenente due file:

- questa nota esplicativa
- due file ZIP (*[ASL]23_DBF.zip***) e (*[ASL]23_TXT.zip***) contenenti, dall'anno di competenza 2020, i file DBF e i file TXT relativi ai sette flussi di mobilità: SDO, B, C, D, E, F, G.

Una volta scaricati per consultarli più agevolmente creare una directory apposita (ad es. *MobExRegPass*) in cui estrarre il contenuto dei suddetti file.

** *[ASL]*= codice ASL debitrice.

Decomprimendo i file ZIP si otterranno i seguenti file:

- *[ASL]23A1.DBF* o *[ASL]23A1.TXT*
Ricoveri ordinari e in Day-Hospital erogati da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio anagrafico
- *[ASL]23A2.DBF* o *[ASL]23A2.TXT*
Ricoveri ordinari e in Day-Hospital erogati da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio sanitario
- *[ASL]23B1.DBF* o *[ASL]23B1.TXT*
Prestazioni di medicina generale erogate da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio anagrafico e sanitario
- *[ASL]23C1.DBF* o *[ASL]23C1.TXT*
Prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale erogate da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio anagrafico
- *[ASL]23C2.DBF* o *[ASL]23C2.TXT*
Prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale erogate da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio sanitario
- *[ASL]23D1.DBF* o *[ASL]23D1.TXT*
Prestazioni di farmaceutica erogate da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio anagrafico
- *[ASL]23D2.DBF* o *[ASL]23D2.TXT*
Prestazioni di farmaceutica erogate da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio sanitario
- *[ASL]23E1.DBF* o *[ASL]23E1.TXT*
Cure termali erogate da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente). Archivio anagrafico
- *[ASL]23E2.DBF* o *[ASL]23E2.TXT*
Cure termali erogate da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio sanitario
- *[ASL]23F1.DBF* o *[ASL]23F1.TXT*
Somministrazione diretta di farmaci erogata da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio anagrafico

- **[ASL]23F2.DBF o [ASL]23F2.TXT**
Somministrazione diretta di farmaci erogata da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio sanitario
- **[ASL]23G1.DBF o [ASL]23G1.TXT**
Trasporto con ambulanza o elisoccorso erogato da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Piemonte nell'ASL ricevente. Archivio anagrafico e sanitario

I paragrafi che seguono riportano i tracciati dei file **[ASL]23[FLUSSO][a].dbf** **[ASL]23[FLUSSO][a].txt**
Dove:

[ASL] = codice ASL debitrice.

23 = anno di competenza 2023

[FLUSSO] = Può valere A, B, C, D, E, F o G

[a] =
1 - archivio dati anagrafici (ad eccezione dei flussi B e G dove l'archivio è completo di dati sanitari e dati anagrafici)
2 - archivio dati sanitari (non presente per i flussi B e G).

Il tracciato comprende tutti i campi previsti dall' Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (di seguito TU).

Per una migliore consultazione del tracciato sono state fatte le seguenti operazioni:

- Aggiunta del campo **ID010** per consentire il collegamento tra dati anagrafici e dati sanitari di un medesimo flusso di prestazioni (fatta eccezione dei flussi B e G)
- Aggiunta del campo **PRIGA010** (progressivo riga per ricetta) da combinare con il campo **ID010** per consentire il collegamento per i flussi ricetta (C, D, E, F).
- Forzatura dei campi "Regione Addebitante", "Regione di residenza" (flusso A) e "Usl di residenza" quando non compilati o compilati in modo errato dalle altre regioni;

2.1 FLUSSO A RICOVERI ORDINARI E IN DAY-HOSPITAL

2.1.1 FILE A1 – archivio dati anagrafici

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice Regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	14	Codice istituto	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	ISTITUTO	C	8	0
15	22	Numero della scheda	Le prime due cifre identificano l'anno, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno	NUMSCHEDA	C	8	0
23	52	Cognome dell'utente	Tutto maiuscolo	COGNOME	C	30	0
53	72	Nome dell'utente	Tutto maiuscolo	NOME	C	20	0
73	80	Numero della scheda madre	Numero della scheda nosologica della madre corrispondente alla scheda nosologica nuovo nato	NSCHEMADRE	C	8	0
81	88	Campo vuoto	Riempire con spazi	FILLER1	C	8	0
89	104	Codice fiscale dell'utente	Codice fiscale dell'utente	CODFISCALE	C	16	0
105	105	Sesso utente	1=maschio, 2=femmina	SESSO	C	1	0
106	113	Data di nascita utente	Formato GGMMAAAA. La data inserita deve essere tale che l'età dell'utente, calcolata in anni compiuti e ottenuta dalla differenza tra la data di inizio dell'assistenza e la data di nascita, non sia superiore a 124 anni.	DATANASCIT	C	8	0
114	114	Stato civile	1 = celibe/nubile, 2 = coniugato/a, 3 = separato/a, 4 = divorziato/a, 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato	STATOCIVIL	C	1	0
115	117	Regione di residenza	Codice Ministeriale della Regione di residenza	REGIONERES	C	3	0
118	123	Provincia e Comune di residenza	Codice ISTAT del Comune di residenza	COMUNERES	C	6	0
124	126	Usl di residenza	Codice Ministeriale della USL di residenza. Il valore è desunto dal comune di residenza ma si possono verificare le seguenti forzature: NVL=nullo, il codice comune è errato.	ASLRES	C	3	0
127	129	Cittadinanza	Nel caso di utenti con cittadinanza straniera porre il codice ISTAT dello Stato straniero di appartenenza. 100 = italiana, 999 = apolide	CITTADINAN	C	3	0
130	145	Medico prescrittore	Codice fiscale del medico prescrittore	MEDICO	C	16	0
				ID010	C	20	0

Identificativo univoco record – PK

2.1.2 FILE A2 – archivio dati prestazioni sanitarie

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice Regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	14	Codice istituto	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	ISTITUTO	C	8	0
15	22	Numero della scheda	Le prime due cifre identificano l'anno di ricovero, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno	NUMSCHEDA	C	8	0
23	23	Regime di ricovero	1 = Ricovero ordinario; 2 = Ricovero diurno	REGIMERICO	C	1	0
24	31	Data di ricovero	Formato ggmmaaaa	DATARICOVE	C	8	0
32	32	Provenienza del paziente	1=paziente che accede all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico; 2=paziente inviato all'Istituto di cura dal medico di base; 3=ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura; 4=paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura pubblico; 5=paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato accreditato; 6=paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato non accreditato; 7=paziente trasferito da altra modalità di ricovero nello stesso istituto; 9=altro	PROVENIENZ	C	1	0
33	36	Reparto di ammissione	Inserire l'unità operativa ove è ricoverato l'utente, ovvero i primi 4 caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nel modello ministeriale HSP.12	REPARTAMMI	C	4	0
37	37	Onere della Degenza	1 = Ricovero a totale carico del SSN; 2 = Ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera); 4 = Ricovero senza oneri a carico del SSN; 5 = Ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (libera professione); 6 = Ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera e libera professione); 9 = altro	ONEREDEGEN	C	1	0
38	38	Tipo di ricovero	Solo per ricoveri ordinari. La compilazione per i ricoveri di neonati non è obbligatoria, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita. 1 = ricovero programmato, non urgente; 2 = ricovero urgente; 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione	TIPORICOVE	C	1	0
39	39	Campo vuoto	Riempire con spazi	FILLER1	C	1	0
40	40	Traumatismi o intossicazioni	1=incidento sul lavoro; 2=incidento in ambiente domestico; 3=incidento stradale; 4=violenza altrui; 5=autolesione o tentativo suicidio; 9=altro tipo di incidente	TRAUMAINTO	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
41	44	Reparto di dimissione	Si deve utilizzare la codifica prevista dai Flussi ministeriali HSP. I primi due caratteri del codice identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera, i secondi due individuano le eventuali divisioni esistenti nell'ambito della medesima disciplina all'interno dello stesso ospedale, secondo una numerazione progressiva	REPARTODIM	C	4	0
45	52	Data di dimissione o morte	Formato GGMMAAAA. Nel caso di ricovero in Day Hospital la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso. Convenzionalmente il 31 dicembre viene considerata la data di fine del ciclo.	DATADIMISS	C	8	0
53	53	Modalità di dimissione	1=paziente deceduto; 2=dimissione ordinaria al domicilio del paziente; 3=dimissione ordinaria presso una RSA; 4=dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare; 5=dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia rappresentato durante il ciclo programmato); 6=trasferito ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; 7=trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; 8=trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione; 9=dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.	MODALITADI	C	1	0
54	54	Riscontro autoptico	1=con autopsia; 2=senza autopsia	AUTOPSIA	C	1	0
55	55	Sistema di codifica diagnosi	5 = ICD9-CM 2007	DECODDIAGN	C	1	0
56	60	Diagnosi principale	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	DIAPRINCIP	C	5	0
61	65	Diagnosi concomitante 1	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	DIAGNOSI1	C	5	0
66	70	Diagnosi concomitante 2	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	DIAGNOSI2	C	5	0
71	75	Diagnosi concomitante 3	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	DIAGNOSI3	C	5	0
76	80	Diagnosi concomitante 4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	DIAGNOSI4	C	5	0
81	85	Diagnosi concomitante 5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	DIAGNOSI5	C	5	0
86	93	Data intervento chirurgico principale	Formato GGMMAAAA	DATAINTERV	C	8	0
94	97	Intervento chirurgico principale	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	INTERVPRIN	C	4	0
98	101	Altro intervento o procedura 1	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	INTERV1	C	4	0
102	105	Altro intervento o procedura 2	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	INTERV2	C	4	0
106	109	Altro intervento o procedura 3	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	INTERV3	C	4	0
110	113	Altro intervento o procedura 4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	INTERV4	C	4	0
114	117	Altro intervento o procedura 5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	INTERV5	C	4	0
118	118	Motivo ricovero DH	1=ricovero diurno diagnostico; 2=ricovero diurno chirurgico; 3=ricovero diurno terapeutico;	MOTIVODH	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
			4=ricovero diurno riabilitativo				
119	121	Numero giorni in DH	Numero di accessi nel ciclo di trattamento in day hospital	GIORNIDH	C	3	0
122	124	DRG	Codice DRG, sempre a 3 cifre	DRG	C	3	0
125	133	Importo degenza	Importo del ricovero a carico del SSN	IMPORTODEG	N	9	2
134	134	Posizione contabile	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito	POSCONTABI	C	1	0
135	135	ERR01 Errori anagrafici	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	ERR01	C	1	0
136	136	ERR02 Errori sulla residenza	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito	ERR02	C	1	0
137	137	ERR03 Errori sulla prestazione	0 = nessun errore 1 = DRG non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore 2 = DRG diverso da quello determinato dalla Regione che riceve l'addebito 3 = Codice diagnosi principale non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore; codici diagnosi secondarie se valorizzate, non appartenenti alla tabella in vigore. 4= Data di nascita non valorizzata o formalmente scorretta	ERR03	C	1	0
138	138	ERR04 Caratteristiche del ricovero	0 = nessun errore 1 = regime ricovero assente o errato 2 = Reparto dimissione/ammissione non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto dimissione/ammissione non nel dominio (da Flussi Ministeriali per l'anno di riferimento) 3 = Modalità di dimissione non valorizzata o non esistente nel dominio 4 = Tipo di ricovero non valorizzato o non esistente nel dominio (esclusi i ricoveri dei neonati corrispondenti alla nascita e DH) 5 = più errori concomitanti per questo tipo di errore	ERR04	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
139	139	ERR05 Errori sulla chiave del record	0 = nessun errore 3 = ricovero ripetuto effettivo	ERR05	C	1	0
140	140	ERR06 Errori sull'importo e sulla sua determinabilità	Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettua la contestazione per questo tipo di errore. 0 = nessun errore 1 = Importo assente non valorizzato come numerico 2 = Importo non corrispondente a DRG e tariffa 3=Importo DH (drg 409 – 410 – 492) non abbattuto in concomitanza a somministrazione di farmaci oncologici (Allegato B)	ERR06	C	1	0
141	141	ERR07 Riservato ad usi futuri	0 = nessun errore	ERR07	C	1	0
142	142	ERR08 Errori sulla data della prestazione	0 = nessun errore 1 = Se la data del ricovero è assente o formalmente scorretta 2 = Se la data di dimissione è assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza. 3 = Data dimissione inferiore alla data ricovero. 4 = In caso di ricovero in DH, numero accessi in DH non valorizzato come numerico o uguale a zero, oppure differenza in giorni tra dimissione e ricovero + 1 minore del campo 'Numero accessi in caso di DH' 5= Ricoveri ordinari per acuti (esclusi i reparti 28, 56, 60,75) la cui durata supera del 50% il valore soglia del DRG corrispondente.	ERR08	C	1	0
143	143	ERR09 Errore onere della degenza	0= nessun errore 1= importo diverso da zero per onere della degenza non compensabile (codici onere 4, 9) 2= onere degenza assente o errato	ERR09	C	1	0
144	144	ERR10 Riservato ad usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR10	C	1	0
145	147	Regione iniziale di addebito	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla Posizione contabile =3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	REGINIADDE	C	3	0
148	150	DRG calcolato da regione che riceve l'addebito	Codice DRG, sempre a 3 cifre, calcolato dalla Regione che riceve l'addebito, associato a ERRO3=2	DRGRGDEBIT	C	3	0
151	158	Data prenotazione ricovero	Data della prenotazione del ricovero, da compilarsi per ricoveri diurni e per ricoveri ordinari in caso di ricovero programmato non urgente o con preospedalizzazione. Formato GGMMAAAA	DATAPRENOT	C	8	0
159	162	Peso alla nascita	Peso rilevato al momento della nascita, espresso in grammi	PESONASC	C	4	0
163	163	Classe di priorità della prenotazione	Codice classe di priorità della prenotazione. Può assumere i seguenti valori: A: classe A – ricovero entro 30 giorni; B: classe B – ricovero entro 60 giorni; C: classe C – ricovero entro 180 giorni; D: classe D – ricovero senza attesa massima definita, comunque entro 12 mesi; N: classe non assegnata	CLASSEPRIO	C	1	0
164	172	Importo calcolato dalla regione che riceve l'addebito	Importo calcolato dalla Regione che riceve l'addebito, associato a ERRO6=2	IMPRGDEBIT	N	9	2
				ID010	C	20	0

2.2 FLUSSO B PRESTAZIONI DI MEDICINA GENERALE (FILE B1)

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Azienda sanitaria inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	22	Codice medico erogatore	Codice regionale o codice fiscale	MEDICO	C	16	0
23	52	Cognome dell'assistito	Tutto maiuscolo	COGNOME	C	30	0
53	72	Nome dell'assistito	Tutto maiuscolo	NOME	C	20	0
73	80	Data di nascita dell'assistito	Formato GGMMAAAA	DATANASCIT	C	8	0
81	81	Sesso dell'assistito	1=maschio, 2=femmina	SESSO	C	1	0
82	88	Campo vuoto	Riempire con il carattere "spazio"	FILLER1	C	7	0
89	104	Codice fiscale	Codice fiscale dell'utente	CODFISCALE	C	16	0
105	110	Provincia e comune di residenza	Codice ISTAT del comune di residenza	COMUNERES	C	6	0
111	113	USL di residenza	Codice USL di residenza. Il valore è desunto dal comune di residenza ma si possono verificare le seguenti forzature: NVL=nullo, il codice comune è errato	ASLRES	C	3	0
114	121	Data inizio assistenza	Formato GGMMAAAA. Per convenzione si stabilisce che questa data non dovrà essere inferiore all'1 Gennaio dell'anno di riferimento in caso contrario sarà assunta come tale.	DATAINIZIO	C	8	0
122	129	Data di cessazione assistenza	Formato GGMMAAAA	DATAFINE	C	8	0
130	132	Quantità	Mensilità di assistenza addebitate	QUANTITA	C	3	0
133	140	Importo totale	Importo totale dell'addebito (mensilità di addebito moltiplicate per la quota mensile di addebito)	IMPORTOTOT	N	8	2
141	141	Posizione contabile	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	POSCONTABI	C	1	0
142	142	ERR01 Errori anagrafici	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = Codice fiscale non presente nella banca dati TS 4 = utente assistito per tutti i dodici mesi dalla regione o P.A. di residenza 5 = Utente con assistenza concomitante	ERR01	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
143	143	ERR02 Errori sulla residenza	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	ERR02	C	1	0
144	144	ERR03	Valorizzare sempre a 0	ERR03	C	1	0
145	145	ERR04	Valorizzare sempre a 0.	ERR04	C	1	0
146	146	ERR05 Errori del record	0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata) 3 = record ripetuto effettivo	ERR05	C	1	0
147	147	ERR06 Errori sull'importo	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo non valorizzato numerico	ERR06	C	1	0
148	148	ERR07 Errori su Quantità	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico 2 = se il numero di mesi è maggiore del numero mesi calcolato tra la differenza della data cessazione assistenza e data inizio assistenza o data inizio assistenza non valorizzata	ERR07	C	1	0
149	149	ERR08 Errori sulla data della prestazione	0 = nessun errore 1 = data di cessazione assente o formalmente scorretta o non appartenente all'anno di competenza	ERR08	C	1	0
150	150	ERR09	Valorizzare sempre a 0	ERR09	C	1	0
151	151	ERR10 Riservato ad usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR10	C	1	0
152	171	ID	Identificativo record. Univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore	ID	C	20	0
172	174	Regione iniziale di addebito	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito	REGINIADDE	C	3	0
				ID010	C	20	0

Identificativo univoco record - PK

2.3 FLUSSO C PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA AMBULATORIALE

2.3.1 FILE C1 – archivio dati anagrafici

TESTO UNICO				DBF/CSV			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	12	Codice struttura erogatrice	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	STRUTTEROG	C	6	0
13	28	Medico prescrittore	Codice regionale o fiscale	MEDICO	C	16	0
29	58	Cognome dell'utente	Tutto maiuscolo	COGNOME	C	30	0
59	78	Nome dell'utente	Tutto maiuscolo	NOME	C	20	0
79	94	Campo vuoto	Riempire con spazi	FILLER1	C	16	0
95	110	Codice fiscale dell'utente	Codice fiscale dell'utente	CODFISCALE	C	16	0
111	111	Sesso dell'utente	1=maschio, 2=femmina	SESSO	C	1	0
112	119	Data di nascita dell'utente	Formato GGMMAAAA	DATANASCIT	C	8	0
120	125	Provincia e Comune di residenza	Codice ISTAT del Comune di residenza	COMUNERES	C	6	0
126	128	USL di residenza	Codice USL di residenza. Il valore è desunto dal comune di residenza ma si possono verificare le seguenti forzature: NVL=nullo, il codice comune è errato.	ASLRES	C	3	0
129	130	Progressivo riga per ricetta	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc.L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	PROGRIGA	C	2	0
131	150	ID	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	ID	C	20	0
				ID010	C	20	0
				PRIGA010	C	2	0

Identificativo univoco record – PK

2.3.2 FILE C2 – archivio dati sanitari

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	12	Codice struttura erogatrice	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	STRUTTEROG	C	6	0
13	28	Numero ricetta	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) il campo deve obbligatoriamente essere compilato con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescrittiva è: ricetta unica SSN. Nel caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare un numero progressivo univoco	NUMRICETTA	C	16	0
29	30	Progressivo riga per ricetta	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data", "Codifica Nomenclatore", "Codice Prestazione" e "Codice Disciplina unità operativa erogatrice". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	PROGRIGA	C	2	0
31	38	Data	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo.	DATA	C	8	0
39	39	Codifica nomenclatore	Codificare con "N" (maiuscola) se la prestazione è stata tariffata con le tariffe del DM 2012 per tutti questi casi anche il codice prestazione indicato deve corrispondere al codice del DM; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se la prestazione è stata tariffata utilizzando tariffe regionali - per questi casi il codice prestazione deve essere il codice della	NOMENCLATO	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
			prestazione individuato dal nomenclatore regionale.				
40	46	Codice prestazione	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale o quello regionale. Nel caso si utilizzi la codifica nazionale indicare il codice comprensivo dei punti separatori	CODPRESTAZ	C	7	0
47	49	Quantità	1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	QUANTITA	C	3	0
50	51	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	Usare la seguente codifica per le ricette SSN (tipo erogazione S): 01=esente totale; 02=non esente	POSTICKET	C	2	0
52	58	Importo ticket	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011)	IMPTICKET	N	7	2
59	66	Importo totale	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente ed esclusa la quota aggiuntiva della manovra di Luglio 2011 per le regioni che hanno introdotto tale quota di compartecipazione alla spesa.	IMPTOTALE	N	8	2
67	67	Posizione contabile	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni : A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	POSCONTABI	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
68	68	ERR01 Errori anagrafici	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	ERR01	C	1	0
69	69	ERR02 Errori sulla residenza	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza non valorizzato o errato 2 = comune di residenza valorizzato ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	ERR02	C	1	0
70	70	ERR03 Errori sulla prestazione	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 3 = prestazione esclusa dai LEA	ERR03	C	1	0
71	71	ERR04 Errori sulla ricetta	0 = nessun errore 1 = Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio (da segnalare sulla riga 99)	ERR04	C	1	0
72	72	ERR05 Errori del record	0 = nessun errore 3 = Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99') 4 = Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'.	ERR05	C	1	0
73	73	ERR06 Errori sull'importo	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna Regione (solo sulle righe zn)	ERR06	C	1	0
74	74	ERR07 Errori su quantità	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	ERR07	C	1	0
75	75	ERR08 Errori sulla data della prestazione	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza) 2 = data di erogazione concomitante al periodo di ricovero (RO) esclusa data ricovero e data dimissione	ERR08	C	1	0
76	76	ERR09 Errori sulla ricetta	0 = nessun errore 1 = Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso (da segnalare su tutte le ricette con lo stesso numero).	ERR09	C	1	0
77	77	ERR10 Riservato ad usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR10	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
78	97	ID	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	ID	C	20	0
98	100	Regione iniziale di addebito	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associate alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	REGINIADDE	C	3	0
101	102	Tipo erogazione	Valori ammessi: A = Accesso diretto P = Pronto soccorso D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN Valorizzare sulla riga 99	TIPOEROGAZ	C	2	0
103	105	Codice disciplina unità operativa erogatrice	Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline. Per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso il codice della disciplina erogante non dovrà necessariamente essere il codice 51, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione. Per le discipline ospedaliere riportare il codice a due caratteri preceduto da uno 0; per le specialità non ospedaliere riportare il codice a tre caratteri. Valorizzare sulle righe zn	UO	C	3	0
106	106	Classe di priorità della prenotazione	Valori ammessi: U = Nel più breve tempo possibile, comunque, se differibile, entro 72 ore; B = Entro 10 giorni; D = Entro 30 (visite), entro 60 giorni (visite strumentali) P = Senza priorità Valorizzare sulla riga 99	CLASSEPRIO	C	1	0
107	112	Codice esenzione	Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se tipo erogazione = S e posizione utente nei confronti del ticket 01. Valorizzare sulla riga 99	CODESENZIO	C	6	0
113	113	Tipo struttura	1= struttura pubblica 2= struttura privata Valorizzare su tutte le righe	TIPOSTRUTT	C	1	0
				ID010	C	20	0
				PRIGA010	C	2	0

Identificativo univoco record – PK

2.4 FLUSSO D PRESTAZIONI DI FARMACEUTICA

2.4.1 FILE D1 – archivio dati anagrafici

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	12	Presidio erogatore	Codice regionale struttura erogatrice (farmacia)	PRESIDIO	C	6	0
13	28	Medico prescrittore	Codice regionale o fiscale	MEDICO	C	16	0
29	58	Cognome dell'utente	Tutto maiuscole	COGNOME	C	30	0
59	78	Nome dell'utente	Tutto maiuscole	NOME	C	20	0
79	94	Campo vuoto	Riempire con spazi	FILLER1	C	16	0
95	110	Codice fiscale	Codice fiscale dell'utente	CODFISCALE	C	16	0
111	111	Sesso dell'utente	1=maschio, 2=femmina	SESSO	C	1	0
112	119	Data di nascita dell'utente	Formato GGMMAAAA	DATANASCIT	C	8	0
120	125	Provincia o Comune di residenza	Codice ISTAT della Provincia o del Comune di residenza. Per la Provincia valorizzare i primi tre caratteri con il codice ISTAT ed i restanti tre con "000"	COMUNERES	C	6	0
126	128	USL di residenza	Codice USL di residenza. Il valore è desunto dal comune di residenza ma si possono verificare le seguenti forzature: NVL=null, il codice comune è errato.	ASLRES	C	3	0
129	130	Progressivo riga per ricetta	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	PROGRIGA	C	2	0
131	150	ID	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	ID	C	20	0
				ID010	C	20	0
				PRIGA010	C	2	0

Identificativo univoco record – PK

2.4.2 FILE D2 – archivio dati sanitari

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	12	Presidio erogatore	Codice regionale struttura erogatrice (farmacia)	PRESIDIO	C	6	0
13	28	Numero ricetta	Riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta. Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) il campo deve obbligatoriamente essere compilato con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescrittiva è: ricetta unica SSN. Il campo non deve essere compilato solo nei seguenti casi: ricettari degli stupefacenti, modello ex legge n. 12/2001 (analgesici oppiacei)	NUMRICETTA	C	16	0
29	30	Progressivo riga per ricetta	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data" e "Codice Farmaco". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice farmaco" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	PROGRIGA	C	2	0
31	38	Data erogazione del farmaco	Formato GGMMAAAA	DATAFARMAC	C	8	0
39	47	Codice farmaco	Riportare il codice del farmaco distribuito. Codice Ministeriale MINSAN10 oppure altri valori ammessi: V03AN01 per l'ossigeno (sia liquido che gassoso) GAL per i farmaci galenici IPO per i farmaci iposensibilizzanti	CODFARMACO	C	9	0
48	48	Ticket	0= Regione che non ha introdotto il Ticket 1= Regione che ha introdotto il Ticket	TICKET	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
49	51	Quantità	Deve essere inserito il numero di pezzi prescritti per ricetta. Il numero di pezzi prescritti per ricetta può essere al massimo di 2, tranne i seguenti casi: - esenzione per patologia per la quale il numero massimo di pezzi per ricetta è 3 - prescrizione di interferone o di antibiotici o soluzioni per fleboclisi (multiprescrivibili) per le quali il numero massimo di pezzi per ricetta è 6. - prescrizioni di stupefacenti per i quali il numero di pezzi può essere maggiore di 6 - se codice specialità =ossigeno	QUANTITA	C	3	0
52	53	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente	POSTICKET	C	2	0
54	60	Importo ticket	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket, esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011).	IMPTICKET	N	7	2
61	68	Importo totale	Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente ed esclusa la quota aggiuntiva della manovra di Luglio 2011 per le regioni che hanno introdotto tale quota di compartecipazione alla spesa. Sulle righe zn va riportato il prezzo al netto dello sconto (l'addebito da effettuare è dato dal costo effettivamente sostenuto)	IMPTOTALE	N	8	2
69	69	Posizione contabile	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva segnalato eventualmente la contestazione.	POSCONTABI	C	1	0
70	70	ERR01 Errori anagrafici	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	ERR01	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
71	71	ERR02 Errori sulla residenza	0 = nessun errore 1 = codice provincia di residenza non valorizzato o errato 2 = provincia valorizzata ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	ERR02	C	1	0
72	72	ERR03 Errori sulla prestazione	0 = nessun errore 1 = codice farmaco assente o errato (non esistente su tabella relativa codice MINSAN10, V03AN01, IPO, GAL)	ERR03	C	1	0
73	73	ERR04 Errori sulla ricetta	Valorizzare sempre a 0.	ERR04	C	1	0
74	74	ERR05 Errori del record	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	ERR05	C	1	0
75	75	ERR06 Errori sull'importo	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo di vendita del farmaco (solo sulle righe zn)	ERR06	C	1	0
76	76	ERR07 Errori su Quantità	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	ERR07	C	1	0
77	77	ERR08 Errori sulla data della prestazione	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione del farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	ERR08	C	1	0
78	78	ERR09 Errori sulla ricetta	0 = nessun errore 1 = Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso	ERR09	C	1	0
79	79	ERR10 Riservato ad usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR10	C	1	0
80	99	ID	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	ID	C	20	0
100	102	Regione iniziale di addebito	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	REGINIADDE	C	3	0
103	104	Tipo modulo	01 = ricetta unica SSN 02 = ricettari degli stupefacenti, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex legge n. 12/2001 (analgesici oppiacei) da verificare se rispetto alla normativa nazionale Valorizzare sulla riga 99.	TIPOMODULO	C	2	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
105	110	Codice esenzione ticket	Se campo posizione utente nei confronti del ticket = 01 Inserire codice esenzione come da tabella nazionale. Valorizzare sulla riga 99.	CODESENZIO	C	6	0
				ID010	C	20	0
				PRIGA010	C	2	0

Identificativo univoco record – PK

2.5 FLUSSO E CURE TERMALI

2.5.1 FILE E1 – archivio dati anagrafici

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. USL/Az.Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	12	Presidio erogatore	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	PRESIDIO	C	6	0
13	28	Medico prescrittore	Codice regionale o fiscale	MEDICO	C	16	0
29	58	Cognome dell'utente	Tutto maiuscolo	COGNOME	C	30	0
59	78	Nome dell'utente	Tutto maiuscolo	NOME	C	20	0
79	94	Campo vuoto	Riempire con spazi	FILLER1	C	16	0
95	110	Codice fiscale dell'utente	Codice fiscale dell'utente	CODFISCALE	C	16	0
111	111	Sesso dell'utente	1=maschio, 2=femmina	SESSO	C	1	0
112	119	Data di nascita dell'utente	Formato GGMMAAAA	DATANASCIT	C	8	0
120	125	Provincia e Comune di residenza	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	COMUNERES	C	6	0
126	128	USL di residenza	Codice USL di residenza. Il valore è desunto dal comune di residenza ma si possono verificare le seguenti forzature: NVL=nullo, il codice comune è errato.	ASLRES	C	3	0
129	130	Progressivo riga per ricetta	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	PROGRIGA	C	2	0
131	150	ID	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	ID	C	20	0
				ID010	C	20	0
				PRIGA010	C	2	0

Identificativo univoco record – PK

2.5.2 FILE E2 – archivio dati sanitari

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. USL/Az. Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	12	Presidio erogatore	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	PRESIDIO	C	6	0
13	17	Diagnosi	Codifica ICD-9	DIAGNOSI	C	5	0
18	33	Numero ricetta	Nel caso in cui la tipologia della modulistica prescrittiva è: 01= ricetta unica SSN, riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta. Il codice a barre è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da: Codice regione (numerico di 3) Anno (numerico di 2) Numero ricetta (numerico di 10: numerazione progressiva di 9 più una cifra contenente il carattere di controllo di parità del progressivo). Nel caso in cui tipo modulo <> 01 non compilare	NUMRICETTA	C	16	0
34	35	Progressivo riga per ricetta	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data", "Codifica Nomenclatore" e "Codice Prestazione". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	PROGRIGA	C	2	0
36	43	Data termine cura	Formato GGMMAAAA	DATATERMIN	C	8	0
44	44	Codifica nomenclatore	Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale per le prestazioni accessorie INPS, INAIL che hanno un codice di specialistica ambulatoriale.	NOMENCLATO	C	1	0
45	51	Codice prestazione	Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario nazionale; per le prestazioni esclusivamente termali usare le codifiche regionali previste in apposito documento	CODPRESTAZ	C	7	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
52	54	Quantità	Numero effettivo di prestazioni effettuate nel ciclo	QUANTITA	C	3	0
55	56	Posizione del paziente nei confronti del ticket	Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente 03 = esente con pagamento quota ricetta (quota euro 3,10)	POSTICKET	C	2	0
57	63	Importo ticket	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket)	IMPTICKET	N	7	2
64	71	Importo totale	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	IMPTOTALE	N	8	2
72	72	Posizione contabile	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva segnalato eventualmente la contestazione	POSCONTABI	C	1	0
73	73	ERR01 Errori anagrafici	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati TS	ERR01	C	1	0
74	74	ERR02 Errori sulla residenza	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	ERR02	C	1	0
75	75	ERR03 Errori sulla prestazione	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn)	ERR03	C	1	0
76	76	ERR04 Riservato per usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR04	C	1	0
77	77	ERR05 Errori del record	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	ERR05	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
78	78	ERR06 Errori sull'importo	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa della prestazione (solo sulle righe zn)	ERR06	C	1	0
79	79	ERR07 Errori su Quantità	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	ERR07	C	1	0
80	80	ERR08 Errori sulla data della prestazione	0 = nessun errore 1 = data termine cura assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	ERR08	C	1	0
81	81	ERR09 Riservato per usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR09	C	1	0
82	82	ERR10 Riservato ad usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR10	C	1	0
83	102	ID	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	ID	C	20	0
103	105	Regione iniziale di addebito	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	REGINIADDE	C	3	0
106	107	Tipo modulo	01= ricetta unica SSN; 02 = INAIL; 03 = INPS Valorizzare sulla riga 99	TIPOMODULO	C	2	0
108	115	Data inizio cura	Formato GGMMAAAA	DATAINIZIO	C	8	0
116	121	Codice esenzione ticket	Se campo posizione del paziente nei confronti del ticket = 01 o 03. Inserire codice esenzione come da tabella nazionale Valorizzare sulla riga 99	CODESENZIO	C	6	0
				ID010	C	20	0
				PROGA010	C	2	0

Identificativo univoco record – PK

2.6 FLUSSO F SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DI FARMACI

2.6.1 FILE F1 – archivio dati anagrafici

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. USL/Az.Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	14	Presidio erogatore	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 o STS 11, CODICIRIA 11 o codici farmacie	PRESIDIO	C	8	0
15	30	Medico prescrittore	Codice regionale o fiscale	MEDICO	C	16	0
31	60	Cognome dell'utente	Tutto maiuscolo	COGNOME	C	30	0
61	80	Nome dell'utente	Tutto maiuscolo	NOME	C	20	0
81	96	Numero scheda SDO	Le prime due cifre indicano l'anno, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno. Deve coincidere con la SDO di riferimento presente nel flusso A inviato. N.b. facoltativo nel 2018, obbligatorio dal 2019 se Modalità Erogazione=07	NSCHEDASDO	C	16	0
97	112	Codice fiscale	Codice fiscale dell'utente	CODFISCALE	C	16	0
113	113	Sesso dell'utente	1=maschio, 2=femmina	SESSO	C	1	0
114	121	Data di nascita dell'utente	Formato GGMMAAAA	DATANASCIT	C	8	0
122	127	Provincia e Comune di residenza	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	COMUNERES	C	6	0
128	130	USL di residenza	Codice USL di residenza. Il valore è desunto dal comune di residenza ma si possono verificare le seguenti forzature: NVL=null, il codice comune è errato.	ASLRES	C	3	0
131	132	Progressivo riga per ricetta	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	PROGRIGA	C	2	0
133	152	ID	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	ID	C	20	0
				ID010	C	20	0
				PRIGA010	C	2	0

Identificativo univoco record – PK

2.6.2 FILE F2 – archivio dati sanitari

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. USL/Az. Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	14	Presidio erogatore	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 o STS 11, CODICI RIA 11 o codici farmacie	PRESIDIO	C	8	0
15	30	Numero ricetta	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) compilando con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra, se la tipologia della modulistica prescrittiva è: ricetta unica SSN. Se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero del registro.	NUMRICETTA	C	16	0
31	32	Progressivo riga per ricetta	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data" e "Codice Farmaco". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice farmaco" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	PROGRIGA	C	2	0
33	40	Data erogazione del farmaco	Formato GGMMAAAA	DATAFARMAC	C	8	0
41	49	Codice farmaco	Riportare il codice del farmaco distribuito Codice Ministeriale MINSAN10 oppure altri valori ammessi: Ossigeno= V03AN01 Codifica vaccini iposensibilizzanti= IPO Codifica galenici: il codice ATC di massimo dettaglio Farmaci esteri: il codice ATC di massimo dettaglio	CODFARMACO	C	9	0
50	50	Flag innovatività	0= alto costo/valorizzato; 1= innovativo	FLAGINNOVA	C	1	0
51	53	Campo vuoto		FILLER2	C	3	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
54	55	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	Valori ammessi: 01: Non esente (assistito soggetto a ticket) 02: Esente per condizione 03: Esente per patologia 04: Esente per malattia rara 05: Prescrizione di farmaci di fascia C ad invalidi di guerra 09: Ticket non previsto (per le regioni che non prevedono ticket a carico per i propri assistiti) 00: Altro	POSTICKET	C	2	0
56	62	Importo ticket	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo del ticket complessivo)	IMPTICKET	N	7	2
63	71	Campo vuoto		FILLER3	C	9	0
72	72	Posizione contabile	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva segnalato eventualmente la contestazione.	POSCONTABI	C	1	0
73	73	ERR01 Errori anagrafici	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	ERR01	C	1	0
74	74	ERR02 Errori sulla residenza	0 = nessun errore 1 = codice comune (o provincia per la DPC) di residenza assente o errato 2 = comune (o provincia per la DPC) di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	ERR02	C	1	0
75	75	ERR03 Errori sulla prestazione	0 = nessun errore 1 = codice prestazione assente o errato non esistente su tabella relativa al codice MINSAN10 (con esclusione dei vaccini iposensibilizzanti, dei galenici ed ossigeno)	ERR03	C	1	0
76	76	ERR04 Errore modalità erogazione	0 = nessun errore 1 = farmaco distribuito modalità erogazione 01 / 07 senza ricovero I	ERR04	C	1	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
			associato 2 = farmaco distribuito modalità erogazione 02 / 08 senza Prestazione ambulatoriale associata 3 = farmaco somministrato durante RO non compreso nell'allegato A (esclusa data ricovero e data dimissione) 4= codice modalità di erogazione assente o non previsto nel dominio 5=numero scheda SDO assente/errata o non associata alla somministrazione del farmaco (modalità di erogazione 07). N.b.: segnalazione facoltativa nel 2018 obbligatoria dal 2019				
77	77	ERR05 Errori del record	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	ERR05	C	1	0
78	78	ERR06 Errori sull'importo	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico. I successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo del farmaco (solo sulle righe zn)	ERR06	C	1	0
79	79	ERR07 Errori su Quantità	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	ERR07	C	1	0
80	80	ERR08 Errori sulle date	0 = nessun errore 1 = data erogazione farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	ERR08	C	1	0
81	81	ERR09 Riservato per usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR09	C	1	0
82	82	ERR10 Riservato ad usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR10	C	1	0
83	102	ID	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	ID	C	20	0
103	105	Regione iniziale di addebito	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	REGINIADDE	C	3	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
106	107	Modalità di erogazione	Valori ammessi: DISTRIB. DIRETTA 01 = dimissione da ricovero 02 = a seguito di visita specialistica 03 = diretta a cronici 04 = in assistenza domiciliare 05 = in assistenza residenziale e semiresidenziale PER CONTO 06 = erogazione per conto TIPOLOGIE SPECIFICHE MOBILITA' 07 = farmaci erogati in regime di ricovero somministrati ad emofilici e farmaci innovativi oncologici ed ematologici 08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco	MODEROGAZ	C	2	0
108	108	Tipo medicinale	Valori Ammessi: 1 = confezione con AIC 2 = formule magistrali e officinali 3 = esteri 4= Ossigeno liquido 5=Ossigeno gassoso 6=altri gas medicinali 7= emocomponenti Valorizzare sulle righe zn	TIPOMEDICI	C	1	0
109	114	Fattore di conversione	Se la quantità è espressa in unità posologiche, il fattore di conversione indica il numero di unità posologiche della confezione. Se la quantità è espressa in confezioni o in litri, va indicato il valore "1". Valorizzare sulle righe zn	FATTCONVER	C	6	0
115	129	Quantità	Indica il numero di pezzi, confezioni o unità posologiche con riferimento al farmaco (formato 000000000000,00)	QUANTITA	C	15	0
130	143	Importo totale	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente sommato il costo del servizio. Formato (00000000,00000)	IMPTOTALE	N	14	5
144	150	Costo del servizio	Nel campo va riportato l'onere della distribuzione per conto per confezione di farmaco distribuito. Sulle righe zn si riporta l'onere del singolo farmaco, mentre nella riga 99 si riporta la somma delle righe precedenti o, il costo totale nel caso in cui il costo viene rilevato sull'intera ricetta.	CSERVIZIO	C	7	0
				ID010	C	20	0
				PRIGA010	C	2	0

Identificativo univoco record – PK

2.7 FLUSSO G TRASPORTO CON AMBULANZA O ELISOCORSO (FILE G1)

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
1	3	Regione addebitante	Codice regione inviante l'addebito	REGIONEADD	C	3	0
4	6	Az. USL/Az. Osp. inviante	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	ASLINVIANT	C	3	0
7	14	Codice struttura erogatrice	Codice regionale struttura erogatrice	STRUTTEROG	C	8	0
15	30	Medico prescrittore	Codice regionale o fiscale	MEDICO	C	16	0
31	60	Cognome dell'utente	Tutto maiuscolo	COGNOME	C	30	0
61	80	Nome dell'utente	Tutto maiuscolo	NOME	C	20	0
81	96	Campo vuoto	Riempire con spazi	FILLER1	C	16	0
97	112	Codice fiscale dell'utente	Codice fiscale dell'utente	CODFISCALE	C	16	0
113	113	Sesso dell'utente	1=maschio, 2=femmina	SESSO	C	1	0
114	121	Data di nascita dell'utente	Formato GGMMAAAA	DATANASCIT	C	8	0
122	127	Comune di residenza	Codice ISTAT a sei cifre del Comune di residenza dell'utente	COMUNERES	C	6	0
128	130	USL di residenza	Codice USL di residenza. Il valore è desunto dal comune di residenza ma si possono verificare le seguenti forzature: NVL=null, il codice comune è errato.	ASLRES	C	3	0
131	146	Numero registro		NUMREGISTR	C	16	0
147	148	Campo vuoto		FILLER2	C	2	0
149	156	Data	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni.	DATA	C	8	0
157	157	Tipologia di soccorso	A = ambulanza E = elisoccorso I = idroambulanza	NOMENCLATO	C	1	0
158	164	Campo vuoto		FILLER3	C	7	0
165	167	Quantità	1 di default. Minuti di intervento o Km percorsi	QUANTITA	C	3	0
168	169	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente; 03=pagamento quota ricetta.	POSTICKET	C	2	0
170	176	Importo ticket	Importo ticket complessivo	IMPTICKET	N	7	2
177	184	Importo totale	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. In questo campo si deve riportare la differenza tra il costo delle prestazioni ed il ticket pagato dal paziente.	IMPTOTALE	N	8	2

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
185	185	Posizione contabile	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva segnalato eventualmente la contestazione.	POSCONTABI	C	1	0
186	186	ERR01 Errori anagrafici	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	ERR01	C	1	0
187	187	ERR02 Errori sulla residenza	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	ERR02	C	1	0
188	188	ERR03 Errori sulla tipologia di soccorso	0 = nessun errore 1 = codice tipologia di soccorso assente o non previsto nel dominio	ERR03	C	1	0
189	189	ERR04 Riservato per usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR04	C	1	0
190	190	ERR05 Errori del record	0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata)	ERR05	C	1	0
191	191	ERR06 Errori sull'importo	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo totale non valorizzato come numerico. 2 = Importo Ticket non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale ed importo ticket non valorizzati come numerici 4 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa.	ERR06	C	1	0
192	192	ERR07 Errori su Quantità	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico	ERR07	C	1	0
193	193	ERR08 Errori sulle date	0 = nessun errore 1 = data effettuazione prestazione assente o errata o non appartenente all'anno di competenza	ERR08	C	1	0
194	194	ERR09 Riservato usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR09	C	1	0
195	195	ERR10 Riservato ad usi futuri	Valorizzare sempre a 0.	ERR10	C	1	0
196	215	ID		ID	C	20	0

TESTO UNICO				DBF/TXT			
Da	A	Descrizione Campo	Note	Campo	Tipo	Lun.	Dec.
216	218	Regione iniziale di addebito	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	REGINIADDE	C	3	0
				ID010	C	20	0

3. DBF/TXT SDO COMPLETO SENZA DATI ANAGRAFICI

I files verranno messi a disposizione delle Aziende Sanitarie Locali attraverso l'applicativo SDS in un'unica fornitura contenente due file:

- una nota esplicativa del tracciato
- due file ZIP (*pas23a_dbf.ZIP*) e (*pas23a_txt.ZIP*) contenenti, dall'anno di competenza 2020, i file DBF e i file TXT relativi al flusso SDO dell'anno 2023, con l'omissione dei dati anagrafici, per prestazioni di ricovero erogate da strutture di altre Regioni a cittadini residenti in Regione Piemonte.

Il file viene fornito a tutte le Aziende Sanitarie Regionali.