



Linee guida

per la gestione delle ricette dematerializzate
per l'assistenza specialistica (DEMA-SPA)

A cura dell'Osservatorio per la Salute

Versione 3.5.3 del 05.03.2020

Linee guida per la gestione delle ricette dematerializzate per l'assistenza specialistica – DEMA-SPA
Marzo 2020

© Edito dalla:
Provincia Autonoma di Bolzano
Ripartizione Sanità
Osservatorio per la Salute

Copie disponibili presso:
Ripartizione Sanità – Osservatorio per la Salute
Via Canonico Michael Gamper, 1 – 39100 BOLZANO
Tel. 0471 – 41.80.40
Fax 0471 – 41.80.48
e-mail: osservatoriosalute@provincia.bz.it

Scaricabile dal sito internet:
<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/>

INDICE

PAG.

1. INTRODUZIONE	4
1.1. PREMESSE	4
1.2. RIFERIMENTI NORMATIVI	4
1.3. PRIVACY	5
1.4. GLOSSARIO E DEFINIZIONI	6
2. STRUTTURA E PROCESSI ORGANIZZATIVI	7
2.1. IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA CENTRALE (SAC)	7
2.2. IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA CENTRALE (SAP)	7
2.3. IL MEDICO PRESCRITTORE	7
2.4. IL CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE	8
2.5. PUNTO EROGATORE	8
3. NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE.....	12
3.1. NOMENCLATORE TARIFFARIO PROVINCIALE DELLE PRESTAZIONI	12
3.2. CATALOGO PROVINCIALE DEL PRESCRIVIBILE	12
3.3. TRANSCODIFICA DEI CODICI DEL NOMENCLATORE PROVINCIALE	13
3.4. CONDIZIONI DI EROGABILITÀ E INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (DM 9 dicembre 2015)	14
4. TRASMISSIONE DELLE RICETTE DEMATERIALIZZATE: PRESCRIZIONE	15
4.1. SOSTITUZIONE DEL MEDICO TITOLARE	15
4.2. INVIO DEI DATI AL SAC PER LA GENERAZIONE DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA	16
4.3. ANNULLAMENTO DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA	17
4.4. VISUALIZZAZIONE DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA	17
4.5. MODELLO DI PROMEMORIA	17
4.5.1. Area destinata all'intestazione	18
4.5.2. Area destinata alle prescrizioni	19
4.6. CONTENUTO DEL TRACCIATO InvioPrescrittoRichiesta	24
5. TRASMISSIONE DELLE RICETTE DEMATERIALIZZATE: EROGAZIONE	31
5.1. PRESA IN CARICO ESCLUSIVA DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA	31
5.2. IL CUP E LE RICETTE DEMATERIALIZZATE DI TIPO SPECIALISTICO	32
5.3. IMPOSSIBILITÀ A TRASMETTERE LA RICETTA DEMATERIALIZZATA	33
5.4. CHIUSURA DELL'EROGAZIONE DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA	34
5.5. ANNULLAMENTO DI INFORMAZIONI ERRATE NELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA GIÀ EROGATA	35
5.6. RICETTA EROGATA NON CARICO DEL SSP	36
5.7. CONTENUTO DEL TRACCIATO InvioErogatoRichiesta	36
6. RESTITUZIONE DEI DATI DELLE RICETTE DEMATERIALIZZATE	40
6.1. ARCHIVIO ANAGRAFICA	40
6.2. ARCHIVIO DATI CLINICI	44
6.2.1. Sezione dati comuni di prescrizione	44
6.2.2. Sezione dati di dettaglio di prescrizione	46
6.2.3. Sezione dati comuni di erogazione	47
6.2.4. Sezione dati di dettaglio di erogazione	48
ALLEGATO A: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI DI PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	50
ALLEGATO B: TRACCIATO DEI CONTROLLI	60
ALLEGATO C: CODICI ESENZIONI TICKET	64
ALLEGATO D: CODICI DELLE BRANCHE SPECIALISTICHE	66
ALLEGATO E: CODICI DELLE SPECIALITÀ	67

1. INTRODUZIONE

1.1. PREMESSE

Nel presente documento si descrive il sistema provinciale per la gestione dematerializzata della ricetta. Il progetto di dematerializzazione dell'impegnativa è una conseguenza all'attuazione della prescrizione elettronica che, con l'obiettivo di un'effettiva semplificazione dei percorsi assistenziali per il paziente attraverso l'adozione di sistemi informatici condivisi, porta al superamento del supporto cartaceo.

Il processo organizzativo legato alla dematerializzazione della prescrizione medica comprende anche la gestione del ciclo di vita della ricetta, con un notevole impatto sia sui sistemi informativi coinvolti, da testare e portare a regime, sia sull'organizzazione del processo di prescrizione ed erogazione farmaceutica e specialistica.

Il Decreto Ministeriale 2 Novembre 2011 esplicita la descrizione dei processi attivati nelle fasi di prescrizione ed erogazione della ricetta e le modalità tecnico-organizzative per l'implementazione e la gestione dei servizi previsti.

La dematerializzazione della ricetta non implica in ogni caso la completa eliminazione dell'impegnativa cartacea, che sarà ancora indispensabile ad esempio nei casi di prescrizione a domicilio oppure fino a che non ci sarà una completa integrazione dei sistemi a livello nazionale. Anche a regime di dematerializzazione, gli strumenti prescrittivi disponibili saranno quindi:

1. Prescrizione di ricetta dematerializzata (DM 02.11.2011)
2. Prescrizione di ricetta elettronica (DPCM 26.03.2008)
3. Prescrizione tradizionale su ricetta rossa

Rispetto allo scenario della ricetta elettronica la prescrizione dematerializzata presenta la necessità di una risposta in tempo reale sull'invio dei dati contenuti nelle ricette, e quindi richiede un collegamento continuo ed attivo attraverso una linea dati, in assenza del quale non sarebbe possibile procedere alla dematerializzazione.

1.2. RIFERIMENTI NORMATIVI

Con l'articolo 50 del D. L. 30.09.2003 n. 269, convertito dalla Legge 24.11.2003, n. 326 e successive modifiche, è stato istituito il sistema nazionale per il monitoraggio della spesa sanitaria "Tessera Sanitaria" (TS), che ha come obiettivo il potenziamento del monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario ed il controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni mediche a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale progetto prevede la prescrizione elettronica e l'invio telematico dei dati delle prescrizioni mediche fatte a carico del Servizio Sanitario pubblico al "Sistema di accoglienza Centrale" (SAC) del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF).

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26.03.2008 (DPCM 2008), attuativo del comma 5-bis del sopracitato articolo 50 definisce, tra l'altro, le regole tecniche per il collegamento in rete dei medici prescrittori del SSN per la trasmissione telematica dei dati delle prescrizioni al SAC del MEF. Esso prevede che le Regioni/Province Autonome possano adempiere autonomamente agli obblighi di monitoraggio, comprovando di avere realizzato direttamente sul proprio territorio sistemi di monitoraggio delle prescrizioni nonché di trasmissione telematica di copia dei dati acquisiti dalle stesse, al SAC del MEF.

Con delibera della Giunta Provinciale n. 1214 del 17.08.2012 è stato deciso di realizzare in Provincia di Bolzano un "Sistema di Accoglienza Provinciale" (SAP) di raccolta telematica dei dati delle prescrizioni fatte a carico del Servizio Sanitario Provinciale (SSP), dove gestione, amministrazione ed assistenza tecnica sono delegata all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Il decreto ministeriale del 2.11.2011 (DM 2011) del MEF "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea" prevede l'avvio della graduale sostituzione della ricetta cartacea con la ricetta elettronica generata dal prescrittore. L'articolo 2 del DM 2011 prevede che la diffusione e la messa a regime della dematerializzazione nelle Regioni/Province Autonome è definita attraverso accordi specifici tra il MEF, il Ministero della Salute e le singole Regioni/Province Autonome, tenuto conto dei sistemi regionali/provinciali. L'articolo 3 del DM 2011 prevede che sono escluse dall'ambito di applicazione del decreto le prescrizioni di sostanze ad azione stupefacente o psicotropa.

Il DL 18.10.2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17.12.2012, n. 221 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", ed in particolare il comma 1 dell'articolo 13 prevede la

sostituzione graduale da parte delle Regioni/Province Autonome delle prescrizioni di farmaceutica e specialistica a carico del SSN in formato cartaceo con le prescrizioni in formato elettronico già a partire dal 2013 in una percentuale non inferiore al 60%, all'80% nel 2014 e al 90% nel 2015.

Il comma 2 del articolo 13 del D.L. del 18.10.2012, n. 179 stabilisce la validità su tutto il territorio nazionale, dall'1.1.2014, delle prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico, nel rispetto delle disposizioni che regolano i rapporti economici tra le Regioni/Province Autonome, le Aziende sanitarie e le strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie, fatto salvo l'obbligo di compensazione tra Regioni/Province Autonome del rimborso di prescrizioni farmaceutiche relative a cittadini di regioni diverse da quelle di residenza, rinviando ad un decreto del Ministro della Salute la definizione delle modalità di attuazione della disposizione ivi contenuta.

Con deliberazione n. 204 dell'11.02.2013 la Giunta Provinciale ha deciso di attuare in Provincia di Bolzano la dematerializzazione delle ricette cartacee fatte a carico del SSP, secondo il piano di diffusione approvato dal MEF ed ai sensi del DM 2011.

Visto il sopraccitato piano di diffusione il quale è stato approvato dal "MEF" nel gennaio 2013 e rivisto, per gli aspetti di tempistica per la realizzazione delle varie fasi di implementazione, nel 2014, si è ritenuto necessario attuare anche in Provincia di Bolzano, a partire dal 15.01.2015, la graduale dematerializzazione delle ricette cartacee, ai sensi del DM 2011, rispettando le fasi definite nel piano di diffusione.

A tale proposito è necessario adeguare i sistemi informativi di prescrizione, erogazione e amministrazione utilizzati all'interno dell'Azienda Sanitaria ed i software gestionali di cartella clinica utilizzati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) affinché possono comunicare in modo sincrono con il SAP.

È stato ritenuto opportuno escludere dalla dematerializzazione a livello provinciale le prescrizioni fatte da medici libero-professionisti, specializzati in ginecologia ed ostetricia, ai sensi della deliberazione n. 589 dell'1.03.1999 "Autorizzazione ai medici libero professionisti, specializzati in ginecologia ed ostetricia alla prescrizione a carico del SSP delle prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica".

I sistemi informativi di prescrizione dovranno consentire la compilazione della ricetta dematerializzata provvista di Numero di Ricetta Elettronico (NRE) e l'invio telematico della medesima al SAP in modo sincrono, in regime DM 2011.

I NRE in Provincia di Bolzano saranno assegnati contestualmente al prescrittore in fase di richiesta lotto. I prescrittori potranno così approvvigionarsi di lotti di NRE che costituiranno il "ricettario elettronico" associati al proprio codice fiscale. In tal modo l'Azienda Sanitaria non deve inviare a posteriori al SAC l'associazione NRE-codice fiscale prescrittore-specializzazione.

In una prima fase transitoria, fino alla realizzazione del "Fascicolo Sanitario Elettronico" (FSE) o di un'altra soluzione a livello provinciale, il prescrittore dovrà stampare e consegnare al cittadino il promemoria di ogni prescrizione fatta a carico del SSP. Ad avvenuta realizzazione del FSE o di un'altra soluzione a livello provinciale, sarà il prescrittore a scegliere se stampare o meno il promemoria in funzione del grado di urgenza della prestazione e/o della scelta del cittadino di ricevere il promemoria in formato cartaceo o digitale/elettronico.

In riferimento alla ricetta dematerializzata sarà cura dell'Azienda Sanitaria di elaborare una regolamentazione della gestione uniforme a livello aziendale della privacy e dei consensi al trattamento dei dati personali.

È importante rilevare che la dematerializzazione non modifica le norme regionali e nazionali in vigore, relative alla compilazione della ricetta ed alla erogazione delle prestazioni.

1.3. PRIVACY

Con l'entrata in vigore della Legge finanziaria 326/2003, in particolar modo in relazione a quanto espressamente previsto dall'articolo 50 in tema di „ Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie“, è stato avviato un processo di invio obbligatorio dei dati di tutte le ricette da parte prima delle farmacie (2008) e poi dei medici (2011), al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), con l'obiettivo di istituire un sistema nazionale per il monitoraggio della spesa sanitaria, nonché per la promozione del controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni mediche a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il MEF ha previsto un apposito Disciplinare Tecnico per definire le modalità di invio dei dati, affinché quest'ultimo possa avvenire in modo sicuro cioè su una rete di comunicazione in grado di garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi.

Sono stati pertanto definiti i parametri tecnici e le modalità di trattamento dei dati provvedendo ad una trasmissione telematica accessibile nel caso di specie tramite protocollo HTTPS.

La trasmissione telematica dei dati delle prescrizioni al „Sistema di accoglienza del MEF (SAC), è stato accompagnato tramite Delibera provinciale n. 1214 del 17/08/2012 dalla realizzazione in Alto Adige di un Sistema di Accoglienza Provinciale (SAP) di raccolta dei dati delle prescrizioni, fatte a carico del Servizio Sanitario Provinciale che ha previsto l'implementazione di una piattaforma di interscambio dati tra l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano, i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, le strutture di erogazione (farmacie, strutture convenzionate, ecc.) e l'Amministrazione Provinciale.

Il trattamento dei dati scambiati nell'ambito del SAP è conforme rispettivamente alle previsioni di cui nel Decreto Legislativo 196/2003 agli articoli 20,21,22 e 34 comma 1, lettera h), nonché rispetto alle specifiche di cui nella Legge 326/2003.

L'accesso ai servizi SAP è reso possibile previa autorizzazione e autenticazione solo a seguito di verifica da parte del sistema che l'utente sia censito e autorizzato ad effettuare le operazioni richieste.

1.4. GLOSSARIO E DEFINIZIONI

ASDAA: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico

IPZS: Istituto Poligrafico Zecca dello Stato

MEF: Ministero dell'Economia e delle Finanze

MMG: Medici di Medicina Generale

NRE: Numero di Ricetta Elettronico

PLS: Pediatri di Libera Scelta

SAC: Sistema di accoglienza Centrale

SAP: Sistema di Accoglienza Provinciale

SPC: Sistema Pubblico di Connettività

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

SSP: Servizio Sanitario Provinciale

TS: Tessera Sanitaria

Medici prescrittori: Si intendono i medici dipendenti o in regime di convenzione con il SSN, nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali (L.531/87 art 2. comma 1) che impiegano ricettari per le prescrizioni di prestazioni specialistiche erogabile dal SSN.

Prescrizione o ricetta elettronica: prescrizione prevista da DPCM 26 marzo 2008

Prescrizione o ricetta dematerializzata: prescrizione prevista dal DM 2 novembre 2011

Promemoria: foglio cartaceo contenente i dati della prescrizione stampato dal medico prescrittore e trasmesso al paziente.

Numero di Ricetta Elettronica: è uno dei due elementi fondamentali per la numerazione delle prescrizioni elettroniche ed ha lo stesso significato del codice a barre stampato dall'IPZS sulle ricette del SSN.

2. STRUTTURA E PROCESSI ORGANIZZATIVI

Le specifiche tecniche del DM 2 novembre 2011, che descrivono il processo di dematerializzazione, prevedono che il medico prescrittore invii i dati della ricetta dematerializzata comprensivi di un Numero di Ricetta Elettronica (NRE), del codice fiscale dell'assistito titolare della prescrizione e dell'eventuale esenzione ticket.

Aspetti propedeutici indispensabili per il funzionamento del sistema sono di conseguenza:

- **il riconoscimento dell'assistito:** quindi la buona qualità del dato, l'attività di allineamento delle informazioni anagrafiche e delle esenzioni con l'anagrafe sanitaria aziendale;
- **l'acquisizione dei lotti di Numero di Ricetta Elettronica** da distribuire ai soggetti prescrittori.

Il progetto di dematerializzazione della ricetta prevede la presenza di un sistema provinciale, il Sistema di Accoglienza Provinciale (SAP), con funzione di intermediazione tra i soggetti coinvolti (MMG, PLS, Farmacie, CUP/Casse ospedaliere, Strutture convenzionate ed in genere tutti i soggetti prescrittori ed i punti di erogazione).

2.1. IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA CENTRALE (SAC)

Il Sistema di Accoglienza Centrale è l'infrastruttura di servizi applicativi cooperativi che ha come finalità l'invio delle ricette prescritte dai medici su formulari del Servizio Sanitario Nazionale secondo quanto descritto dall'articolo 1, comma 810, lettera c) della Legge 296/2006 (normativa di riferimento per il progetto di monitoraggio della spesa sanitaria).

Il DPCM 26 marzo 2008, attuativo del comma 810 stabilisce i principi generali relativi alla modalità di trasmissione dei dati delle ricette, che devono avvenire nell'ambito del Sistema Pubblico di Connettività, previa autenticazione, nel rispetto delle regole per il trattamento dei dati e l'obbligo di riservatezza, attraverso l'infrastruttura locale predisposta da Regioni/Province Autonome in grado di offrire servizi di connettività agli utenti e di inter operare con le infrastrutture di cooperazione applicativa del SAC.

La Provincia Autonoma di Bolzano, attraverso un proprio sistema di accoglienza provinciale (SAP), provvede alla raccolta ed al successivo invio dei dati al SAC per conto dei medici e delle strutture operanti sul proprio territorio.

2.2. IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA CENTRALE (SAP)

La gestione, l'amministrazione e l'assistenza tecnica del SAP sono delegate all'Azienda sanitaria. Per l'attuazione del DM 2011 il Servizio di Accoglienza Provinciale replica almeno i servizi esposti dal Sistema di Accoglienza Centrale.

2.3. IL MEDICO PRESCRITTORE

La dotazione informatica del medico prescrittore deve essere adeguata a sostenere le modalità richieste per la prescrizione della ricetta dematerializzata. Salvo diversa disposizione, il medico comunicherà i dati delle prescrizioni tramite il collegamento al SAP, che si farà carico di trasmetterli al SAC.

Lo studio del medico deve essere continuamente connesso ad internet negli orari di esercizio, con connettività adeguata ai fini dell'accesso ai portali e ai servizi telematici specificati nel DM 2 novembre 2011.

Sul promemoria, il codice NRE e il CF del cittadino sono rappresentati con codici a barre, che devono poter essere letti in maniera automatica dalla struttura erogatrice con appositi dispositivi lettori di codici a barre. Pertanto, il medico dovrà disporre di una stampante con una risoluzione adeguata alla stampa che consenta una agevole lettura automatica.

Le credenziali per l'accesso del medico ai sistemi telematici deputati alla gestione del ciclo di vita della ricetta dematerializzata sono assegnate dall'Azienda Sanitaria.

Un medico (titolare) può comunicare l'autorizzazione, con le modalità prestabilite, che un altro medico (sostituto) possa compilare le ricette in sua vece per un determinato periodo di tempo.

Al momento della prescrizione il sistema verifica che il CF del paziente corrisponda ad un assistito dal SSN, altrimenti non consente la stampa del promemoria. In caso di necessità, se il sistema blocca la prescrizione a causa dell'anagrafica non corretta, il medico potrà utilizzare il ricettario rosso cartaceo. Per le prescrizioni a pazienti che non sono assistiti dal SSN ma in possesso di Tesse-

ra Sanitaria (STP, ENI, assistiti SASN, extraeuropei in temporaneo soggiorno), sarà necessario specificare il tipo di ricetta e compilare i dati relativi all'assistito.

2.4. IL CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE

Nell'ambito delle prestazioni specialistiche il CUP si inserisce tra la fase di prescrizione e quella di erogazione della ricetta. Dal punto vista della ricetta dematerializzata il CUP è un tipo di operatore abilitato a utilizzare i servizi di presa in carico della ricetta e di scelta della struttura erogatrice.

Nel caso di un CUP, effettuare in un'unica operazione la visualizzazione di una ricetta e la dichiarazione di quale struttura sanitaria svolgerà l'erogazione, non è più applicabile, in quanto ciò è valido solo per un erogatore che effettua tutte le operazioni per sé stesso (ad esempio laboratorio privato o struttura pubblica indipendente dal punto di vista delle prenotazioni ed erogazioni).

Per tale motivo il CUP deve necessariamente:

1. dapprima avere la necessità di vedere il dato inserito dal medico prescrittore e prendere in carico esclusivamente la ricetta a livello di Provincia;
2. quindi prenotare quanto prescritto dal medico, lavorando sulle proprie agende secondo il proprio gestionale già utilizzato;
3. per ultimo comunicare al sistema il codice della struttura di erogazione prescelta tra quelle disponibili, di cui la ricetta diventerà di proprietà esclusiva.

Solo quando il CUP è in grado di comunicare al sistema il codice della struttura erogatrice sarà in grado di riservare la ricetta in maniera esclusiva alla struttura specificata, ponendola come ricetta in corso di erogazione.

2.5. PUNTO EROGATORE

L'erogazione di una prescrizione può avvenire secondo tre diverse modalità:

- prescrizione tradizionale su ricetta rossa
- prescrizione elettronica (DPCM 26.03.2008)
- prescrizione dematerializzata (DM 02.11.2011) con promemoria

Le prime due casistiche prevedono l'utilizzo della ricetta cartacea su ricettario rosso e non comportano modalità di erogazione differenti rispetto a quanto fino ad oggi effettuato.

Nella terza casistica di ricetta dematerializzata, invece, l'erogazione avviene utilizzando i servizi previsti da DM 02.11.2011 e successive specifiche.

Per potere prendere in carico ed erogare una ricetta dematerializzata è necessario che l'erogatore delle prestazioni acceda al SAP autenticandosi con le credenziali in suo possesso.

Una volta identificato, sulla base dell'NRE della prescrizione e del CF dell'assistito titolare della prescrizione, l'erogatore avrà la possibilità di visualizzare in maniera esclusiva i dati della ricetta da erogare comunicando al sistema che la ricetta stessa è in fase di erogazione. In questo modo la ricetta viene presa in carico ed è pronta ad essere erogata.

Se l'erogazione non può avvenire, l'erogatore rilascia con le apposite modalità la prescrizione visualizzata, in modo che il SAC renda possibile l'erogazione della stessa ricetta da parte di altri.

Anche nel caso di ricette che contengono più prestazioni che non vengono erogate contemporaneamente e contestualmente alla presa in carico è implicito il concetto di sospensione, e la chiusura della ricetta rimandata ad un momento successivo.

Alla fine dell'erogazione la ricetta viene chiusa ed i dati di chiusura sono comunicati al SAP che li trasmette al SAC.

Nel caso di malfunzionamento del sistema, che impedisce la trasmissione elettronica dei dati, la ricetta può essere erogata sulla base del promemoria cartaceo presentato dall'assistito ed i dati di erogazione annotati e trasmessi al ripristinarsi delle corrette condizioni di funzionamento del sistema.

2.6. IL NUMERO DI RICETTA ELETTRONICA (NRE)

Il Numero di Ricetta Elettronica (NRE) è uno dei due elementi fondamentali per la numerazione delle prescrizioni elettroniche¹ ed ha lo stesso significato del codice a barre stampato dal Poligrafico dello Stato sulle ricette del Servizio Sanitario Nazionale.

Il NRE è quindi un numero prodotto dal SAC per identificare univocamente a livello nazionale una ricetta dematerializzata. Un insieme di più NRE costituisce un lotto. Un lotto da 100 NRE costituisce un "ricettario elettronico".

La struttura dell'NRE è la seguente:

- AAA BB C DDDDDDD EE per un totale di 15 caratteri così suddivisi:
- AAA = codice della Regione / Prov. Autonoma o medico prescrittore che richiede il lotto;
- BB = codice raggruppamento lotto, ossia codice alfanumerico assegnato automaticamente dal SAC, che contraddistingue ricette con protocolli uguali;
- C = identificativo del lotto, in base al quale il richiedente decide quanti NRE deve contenere il lotto, da un minimo di 100 ad un massimo di un miliardo di numeri;
- DDDDDDD = codice del lotto assegnato dal SAC (nella sua lunghezza massima);
- EE = numero progressivo all'interno del lotto (nella sua lunghezza minima).

La lunghezza totale di un NRE è sempre di 15 caratteri.

La somma dei campi DDDDDDD + EE è sempre di 9 caratteri, potendo DDDDDDD variare da un massimo di 7 cifre ad un minimo di 0 e di conseguenza potendo EE variare da un massimo di 9 cifre ad un minimo di 2, in funzione del valore assunto dal campo C che indica quanti NRE sono richiesti in un lotto.

Per "codice lotto" si intende la parte dell'NRE priva di progressivo (indicato dal carattere E)

Nella Provincia Autonoma di Bolzano i NRE saranno richiesti al SAC dal SAP che chiederà lotti di NRE da distribuire ai medici sul territorio provinciale.

I NRE sono assegnati contestualmente al medico prescrittore in fase di richiesta lotto. In tal modo non deve essere inviata a posteriori l'associazione NRE-CF medico-specializzazione, perché già fatto in fase di richiesta lotto.

In ogni caso prima della prescrizione elettronica deve essere comunicata dal SAP al SAC l'associazione tra codice fiscale del medico e NRE. Tale associazione potrà essere notificata in fase di richiesta del lotto di NRE oppure a posteriori una volta distribuiti i lotti di NRE ai medici.

Uno stesso lotto di NRE può essere utilizzato per numerare ricette che vengono inviate a seguito dell'adempimento di cui al DPCM 26.3.2008 (medici in rete) prescritte come ricette interne (auto impegnativa) nella sperimentazione ospedaliera e per numerare ricette che vengono inviate a seguito dell'adempimento di cui al DM 2.11.2011 (ricetta dematerializzata) permettendo così ai sistemi gestionali di gestire numerazioni omogenee.

Il SAC, quando viene inviato un NRE associato ad una ricetta dematerializzata (DM 2.11.2011), assegna un attributo a tale numero elettronico, definito "**codice di autenticazione**", che rappresenta un identificativo con il quale il SAC certifica che un numero elettronico NRE, anche se acquisito preventivamente dal SAP tramite richiesta lotto, è realmente valido e può essere comunicato all'assistito a fronte di una ricetta dematerializzata.

Fino a quando il SAC, tramite il SAP, non restituisce al medico tale codice autenticazione, la ricetta dematerializzata non può considerarsi valida e quindi non può essere rilasciato all'assistito un promemoria (cartaceo o sotto forme alternative).

Il codice di autenticazione deve essere sempre riportato su qualsiasi documento consegnato all'assistito, ma non può essere utilizzato per effettuare ricerche di ricette dematerializzate: l'unica

¹ Per prescrizione elettronica si intende un documento redatto in modalità informatica da un medico prescrittore, secondo regole nazionali e provinciali, riportante una prescrizione a favore di un assistito del SSN. La modalità informatica consiste, oltre alla possibilità di compilare la ricetta elettronicamente, soprattutto nella possibilità di collegarsi al SAP, e quindi di ottenere un identificativo (NRE) tramite il quale riconoscere univocamente la prescrizione nel suo ciclo di vita.

modalità di interrogazione infatti, come da DM 2.11.2011, è costituita da NRE e codice fiscale dell'assistito.

Il codice di autenticazione può essere rilasciato unicamente dal SAC.

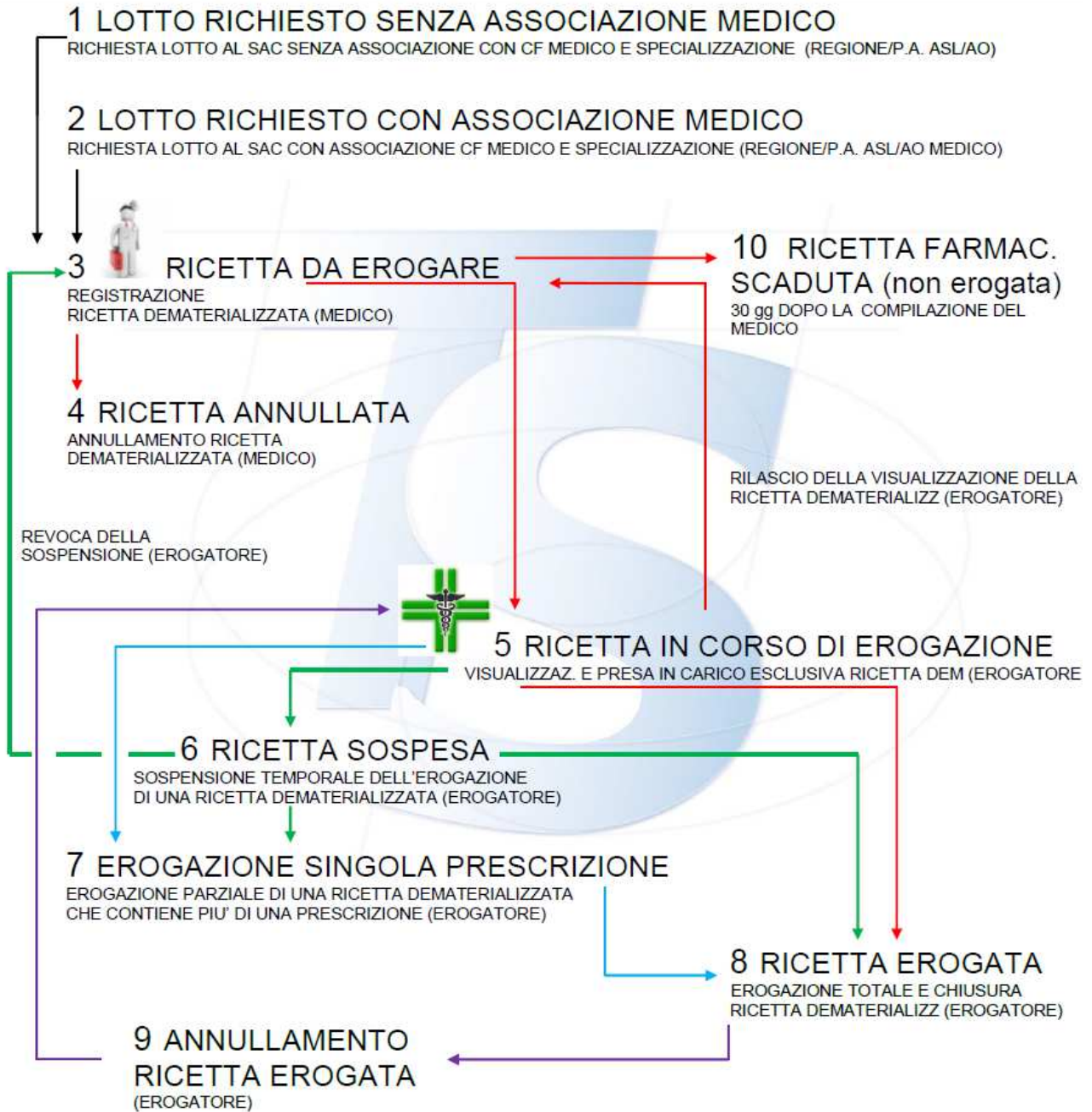
Per un NRE associato dal SAP ad una ricetta cartacea stampata dal Poligrafico e trasmessa come da DPCM 26.3.2008, il SAC non assegna codici di autenticazione, facendo comunque fede per l'intero processo il codice a barre del Poligrafico stampato sulla ricetta rossa.

2.7. STATO DEL PROCESSO DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA

Lo stato del processo della ricetta dematerializzata è il risultato dell'azione che in un momento del ciclo di vita della ricetta viene eseguita su di essa da uno degli attori di processo (medico prescrittore, Provincia, ASDAA, erogatore).

I valori dello stato del processo vengono registrati negli archivi del SAC e sono riassunti nella tabella e nello schema di seguito riportati.

Stato del processo	Descrizione	Predecessore	Azione
1	Lotto richiesto senza associazione medico	Nessuno	Richiesta di un lotto di NRE da parte del SAP, senza associazione con il CF di un medico
2	Lotto richiesto con associazione medico	Nessuno	Richiesta di un lotto di NRE da parte del SAP, con associazione con il CF di un medico
3	Ricetta da erogare	Nessuno, 1,2	Inserimento della ricetta dematerializzata negli archivi del SAC, pronta per essere erogata. Se il predecessore è "nessuno", la ricetta è numerata dal SAC, altrimenti dai lotti presi dai SAP
4	Ricetta annullata dal prescrittore	3	Annullamento della ricetta dematerializzata
5	Ricetta in corso di erogazione	3	Visualizzazione della ricetta dematerializzata e presa in carico in maniera esclusiva da parte di un solo erogatore. L'azione di rilascio della ricetta dematerializzata in visualizzazione esclusiva, riporta lo stato della stessa al valore 3.
6	Ricetta sospesa		Sospensione dell'erogazione di una ricetta già visualizzata e presa in carico in maniera esclusiva da un erogatore
8	Ricetta erogata	5,6,7	Erogazione di tutte le prescrizioni di una ricetta dematerializzata, in un unico momento, dopo una sospensione o alla fine dell'erogazione delle singole prescrizioni di una stessa ricetta dematerializzata.
9	Annullamento ricetta erogata	8	Annullamento della ricetta da parte dell'erogatore. La ricetta viene portata nuovamente nello stato di visualizzata e presa in carico esclusivamente, in modo che si possano inserire nuovamente i dati per concludere l'erogazione (stato 8) oppure rilasciare completamente la ricetta e porla di nuovo nello stato da erogare (stato 3). NB: per il valore dello stato di processo 9 si consulti l'apposito paragrafo dell'annullamento delle ricette erogate.



3. NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

3.1. NOMENCLATORE TARIFFARIO PROVINCIALE DELLE PRESTAZIONI

La Giunta provinciale, con deliberazione n. 2568 del 15.06.1998 e successive modificazioni ed integrazioni, adotta il nomenclatore tariffario provinciale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili nell'ambito del SSP. Esso recepisce il nomenclatore tariffario nazionale pubblicato con D.M. 22.07.96 con le modifiche ed integrazioni ammesse dallo stesso decreto e consistenti in:

- aggiunta di ulteriori prestazioni erogabili nel territorio provinciale, contrassegnandole con lettera "I";
- accorpamento di due o più prestazioni, contrassegnandole con lettera "A";
- ampliamento delle note esplicative al fine di chiarire e disciplinare le modalità di esecuzione di specifiche prestazioni;
- adeguamento delle tariffe delle prestazioni per quei settori o prestazioni per i quali la Provincia abbia condotto analisi e stime dei costi presso un campione di strutture pubbliche e private o abbia preso a riferimento importi fissati da altre Regioni benchmark.

Per ulteriori specifiche sui contenuti del nomenclatore tariffario provinciale si rinvia alla Deliberazione della Giunta provinciale n. 2568 del 15.06.1998 e successive modificazioni ed integrazioni, con il relativo Testo unico delle linee guida.

L'invio del nomenclatore provinciale delle prestazioni è un adempimento che la Provincia Autonoma di Bolzano deve compiere nei confronti del Sistema TS e si inserisce nella normativa dell'art.50 e del DM 2 novembre 2011 (ricetta dematerializzata). L'invio deve avvenire unicamente e direttamente al Sistema TS tramite gli appositi web services e non con modalità diverse (fogli excel, file piatti, etc.).

La Provincia Autonoma di Bolzano, a cui è stato rilasciato il certificato di autenticazione per l'utilizzo di servizi cooperativi con il Sistema TS, invia allo stesso Sistema le informazioni inerenti al nomenclatore provinciale delle prestazioni specialistiche tramite apposito servizio web. Oggetto della trasmissione sono i codici prestazione presenti nel nomenclatore tariffario provinciale, i codici e le descrizioni delle branche, i codici e le descrizioni di eventuali note provinciali, diverse da quelle nazionali a cui devono essere assoggettate le prestazioni.

Tutte le informazioni fornite dalle P.A. nel corso degli anni per il nomenclatore provinciale delle prestazioni hanno creato un archivio di profondità storica i cui dati devono essere conservati dal Sistema TS e a cui andranno accodati quelli degli invii che verranno effettuati con il web services dedicato.

Il nomenclatore provinciale è propedeutico all'invio degli altri dati e deve quindi rappresentare la prima fornitura prevista per tali anagrafiche, in modo da permettere di effettuare i controlli incrociati tra i dati.

Il Sistema TS, in base alla data di caricamento, pone automaticamente la data fine validità di tutte le prestazioni del nomenclatore vigente prima dell'invio massivo tramite web service con quella del giorno precedente alla data di inizio validità.

Le specifiche tecniche per la predisposizione e l'invio dei nomenclatori e dei cataloghi regionali delle prestazioni specialistiche sono pubblicate sul portale del Sistema Tessera Sanitaria.

http://sistemats1.sanita.finanze.it/wps/content/Portale_Tessera_Sanitaria/STS_Sanita/Home/Sistema+TS+informa/Medici+in+rete/Ricetta+dematerializzata+DM+2+novembre+2011/

3.2. CATALOGO PROVINCIALE DEL PRESCRIVIBILE

Il catalogo provinciale del prescrivibile contiene l'elenco di dettaglio di ogni singola prestazione prevista dal nomenclatore tariffario provinciale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio (Deliberazione della Giunta provinciale n. 2568 del 15.06.1998 e successive modifiche e integrazioni) prescrivibili ed erogabili nell'ambito del SSP. L'associazione automatica tra codice del catalogo del prescrivibile e codice del nomenclatore tariffario provinciale consente la corretta rilevazione della prestazione provinciale da prescrivere e da erogare.

I codici e le descrizioni delle prestazioni specialistiche prescrivibili dovranno essere obbligatoriamente utilizzati per la prescrizione in Provincia Autonoma di Bolzano.

A fronte dei codici prestazione del catalogo provinciale del prescrivibile può esistere un rapporto 1 a 1 con i codici del nomenclatore nel caso in cui ad un codice prestazione del catalogo corrisponde un solo codice prestazione nel nomenclatore, oppure un rapporto N a 1 nel caso in cui a più codici prestazione del catalogo corrisponda un solo codice prestazione nel nomenclatore.

Per ulteriori specifiche sui contenuti del catalogo provinciale del prescrivibile, si rinvia all'apposito manuale d'uso: entrambi i documenti saranno oggetto di approvazione da parte della Giunta Provinciale. Le modalità di aggiornamento del catalogo del prescrivibile, oggetto di procedura semplificata e snella, saranno definite nello stesso manuale d'uso.

L'invio del catalogo provinciale del prescrivibile è – alla pari dell'invio del nomenclatore tariffario provinciale – un adempimento che la Provincia Autonoma di Bolzano deve compiere nei confronti del Sistema TS e si inserisce nella normativa dell'art. 50 e del DM 2 novembre 2011 (ricetta dematerializzata). L'invio deve avvenire unicamente e direttamente al Sistema TS tramite gli appositi web services e non con modalità diverse (fogli excel, file piatti, etc.).

In adempimento a tale obbligo e mediante il certificato di autenticazione per l'utilizzo di servizi cooperativi con il Sistema TS, la Provincia Autonoma di Bolzano invia al Sistema stesso i codici delle prestazioni specialistiche presenti nel proprio catalogo provinciale del prescrivibile in modo da consentirne l'abbinamento al rispettivo codice del nomenclatore provinciale.

Per il catalogo provinciale non esiste un archivio di profondità storica in possesso di Sistema TS, quindi il primo invio costituisce un caricamento massivo che non richiede altre azioni. Eventuali invii di dati riguardanti questo archivio effettuati tramite fogli excel non vengono considerati validi e gli archivi verranno ripuliti in occasione del primo caricamento massivo tramite web service.

La Provincia può escludere, in fase transitoria, dopo apposita richiesta all'Amministrazione e conseguente nulla osta a procedere, un elenco di prestazioni tra quelle da prescrivere su ricetta dematerializzata.

L'apposito servizio prevede operazioni di inserimento e cancellazione dei codici delle prestazioni da escludere dalla prescrizione. La variazione dei dati di uno specifico record già inserito può essere effettuata per mezzo di due trasmissioni separate: la prima di cancellazione di un record esistente, la seconda, solo successivamente, di inserimento del nuovo record. Le date di inizio e fine validità del record permettono di poter trasmettere con anticipo i codici da escludere dalla prescrizione dematerializzata rispetto al giorno in cui si vuole che l'esclusione inizi e finisca.

Le specifiche tecniche per la trasmissione delle prestazioni specialistiche del nomenclatore provinciale da escludere dalla prescrizione dematerializzata sono pubblicate sul portale del Sistema Tessera Sanitaria.

http://sistemats1.sanita.finanze.it/wps/content/Portale_Tessera_Sanitaria/STS_Sanita/Home/Sistema+TS+informa/Medici+in+rete/Ricetta+dematerializzata+DM+2+novembre+2011/

3.3. TRANSCODIFICA DEI CODICI DEL NOMENCLATORE PROVINCIALE

La Provincia Autonoma di Bolzano trasmette al Sistema TS la transcodifica dei codici del nomenclatore tariffario provinciale con quelli del nomenclatore nazionale.

A fronte dei codici del nomenclatore nazionale può esserci un solo codice prestazione provinciale, più codici prestazione provinciale oppure può esistere un codice prestazione provinciale che non trova corrispondenza con un codice prestazione nazionale.

I codici del nomenclatore provinciale devono essere classificati per tipologia, nel modo seguente:

- codici prestazioni provinciali che hanno corrispondenza con codici del nomenclatore nazionale (tipologia 1);
- codici prestazioni provinciali che non hanno corrispondenza con codici del nomenclatore nazionale; tali prestazioni hanno valenza nazionale, pur non essendo state codificate nel relativo nomenclatore, e possono essere erogate ad assistiti residenti in qualsiasi regione, come ad esempio avviene per l'intervento per cataratta (tipologia 2),
- codici prestazioni provinciali che non hanno corrispondenza con codici del nomenclatore nazionale; tali prestazioni costituiscono unicamente livelli aggiuntivi provinciali (extra-LEA) che vengono di norma erogati ad assistiti residenti in regione (tipologia 3).

Anche per la transcodifica dei nomenclatori non esiste un archivio di profondità storica in possesso di Sistema TS, quindi il primo invio costituisce un caricamento massivo che non richiede altre azioni. Eventuali invii di dati riguardanti questo archivio effettuati tramite fogli excel non vengono con-

siderati validi e gli archivi verranno ripuliti in occasione del primo caricamento massivo tramite web service.

3.4. CONDIZIONI DI EROGABILITÀ E INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (DM 9 dicembre 2015)

Il DM 9 dicembre 2015 introduce criteri di appropriatezza prescrittiva in base ai quali il medico, a fronte di determinati codici prestazione, deve inserire, secondo le regole e le casistiche indicate, le seguenti informazioni in fase di prescrizione della ricetta:

- numero nota, ossia numero progressivo identificativo della casistica prevista dal DM 9 dicembre 2015 per un determinato codice prestazione;
- condizione di erogabilità prevista, intesa come specifica circostanza riferita allo stato clinico o personale del destinatario, alle particolari finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologia o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi in assenza delle quali la prescrizione specialistica risulta inappropriata e non può essere erogata nell'ambito ed a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- appropriatezza prescrittiva, intesa con le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alle particolari finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologia o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti prescrittori nazionali o internazionali in assenza delle quali, la prestazione comunque erogabile nell'ambito ed a carico del Servizio Sanitario Nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriata;
- patologia collegata alla prestazione, da indicarsi con un codice.

4. TRASMISSIONE DELLE RICETTE DEMATERIALIZZATE: PRESCRIZIONE

In Provincia di Bolzano sono escluse dalla dematerializzazione le prescrizioni fatte da medici libero-professionisti, specializzati in ginecologia ed ostetricia, ai sensi della deliberazione n. 589 dell'1.03.1999 "Autorizzazione ai medici libero professionisti, specializzati in ginecologia ed ostetricia alla prescrizione a carico del SSP delle prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica".

Per ricetta dematerializzata s'intende un documento redatto in modalità informatica da un medico prescrittore, provvisto di una numerazione univoca (NRE), inviato ad un sistema di accoglienza, il quale lo rende disponibile alle strutture di erogazione per la consultazione e, se sussistono le condizioni, per la sua chiusura in modalità informatica.

In particolare:

1. per ricetta dematerializzata s'intende una ricetta medica contenente prescrizioni specialistiche, compilata in modalità informatica e non sul modello cartaceo stampato dall'Istituto Poligrafico Zecco dello Stato;
2. per modalità informatica s'intende l'utilizzo:
 - a. di sistemi gestionali in grado:
 - i. di generare una ricetta secondo un determinato tracciato record, se utilizzati da un medico prescrittore,
 - ii. di fornire informazioni inerenti all'erogazione, se utilizzati da una struttura di erogazione,
 - iii. di collegarsi ad un sistema di accoglienza per la trasmissione dei dati;
 - b. di applicazioni web messe a disposizione dal sistema TS, tramite cui compilare la ricetta in fase di prescrizione e fornire indicazioni inerenti all'erogazione;
3. per medico prescrittore s'intende un soggetto autorizzato ad effettuare una prescrizione medica;
4. per numerazione univoca s'intende il Numero di Ricetta Elettronica, unico a livello nazionale, rilasciato dal Sistema di Accoglienza Centrale, con cui vengono contraddistinte le ricette dematerializzate;
5. per sistema di accoglienza s'intende un sistema centrale (SAC) o provinciale (SAP) in grado di accogliere nei propri archivi le ricette dematerializzate inviate elettronicamente;
6. per struttura di erogazione s'intende una struttura autorizzata a somministrare quanto prescritto da un medico.

4.1. SOSTITUZIONE DEL MEDICO TITOLARE

Il medico prescrittore è identificato dal proprio codice fiscale il quale è associato a specifici lotti di NRE assegnati dal SAP.

Il medico "titolare" può comunicare l'autorizzazione con le modalità prestabilite che un altro medico, definito "sostituto" potrà compilare le ricette in sua vece per un determinato periodo di tempo.

La normativa inerente alle sostituzioni è riferita unicamente ai medici "titolari" che devono comunicare agli organi competenti le generalità del medico che li sostituisce (medico "sostituto") e la durata del periodo di sostituzione, secondo le normative vigenti. I medici che possono effettuare sostituzioni devono essere iscritti all'Ordine professionale.

I medici che possono effettuare sostituzioni per poter prescrivere ricette dematerializzate devono essere muniti di credenziali di accesso al Sistema TS, rilasciate dalla ASDAA o dall'Ordine professionale di appartenenza, come avviene per i "titolari".

Nel caso di medico in convenzione se lo stesso utilizza propri NRE nella propria cartella di prescrizione o sulla cartella del medico che sostituisce, sarà identificato nelle informazioni elettroniche come medico compilatore e come medico titolare. Se utilizza i NRE del medico che sostituisce nelle informazioni elettroniche, sarà identificato come medico compilatore mentre come medico titolare risulterà il medico che sta sostituendo.

Nel caso di medico non in convenzione con il SSP, ma comunque iscritto all'Albo professionale dei medici, lo stesso dovrà, prima di avviare l'attività di sostituzione ed essere censito nell'Anagrafe Prescrittori dal Sistema TS. Nell'attività di sostituzione dovrà utilizzare obbligatoriamente i NRE del medico che sostituisce e nelle informazioni elettroniche sarà identificato come medico compilatore mentre come medico titolare sarà il medico che sta sostituendo.

Da ciò deriva che i medici “sostituti” che non sono ancora in possesso di credenziali di accesso al sistema Tessera Sanitaria, fino a quando non le otterranno, devono utilizzare unicamente il ricettario cartaceo del SSN per effettuare le prescrizioni.

L’annullamento di una ricetta prescritta dal “sostituto” può essere effettuato unicamente dal “sostituto”.

La visualizzazione di una ricetta prescritta dal “sostituto” può essere effettuata sia dal “sostituto” che dal “titolare”.

PRE-AUTORIZZAZIONE ALLA SOSTITUZIONE: In aggiunta alla regola base fin qui esposta, se richiesto esplicitamente, possono essere date istruzioni ai medici di utilizzare la funzionalità di pre-autorizzazione alla sostituzione, tramite la quale il medico “titolare” deve indicare il nominativo del “sostituto” e il periodo della sostituzione: il Sistema TS in tal modo ha la possibilità di controllare che solo il soggetto indicato possa prescrivere ricette come sostituto e a nome del titolare. Le regole di compilazione dei campi del presente tracciato rimangono le stesse riportate precedentemente, ma vengono aggiunti dei controlli di congruenza dei dati.

4.2. INVIO DEI DATI AL SAC PER LA GENERAZIONE DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA

Il medico prescrittore, servendosi del proprio programma gestionale di cartella, all’atto della compilazione della ricetta dematerializzata crea un file XML, secondo il tracciato previsto, contenente i dati della ricetta.

In fase di compilazione della ricetta dematerializzata, su richiesta dell’assistito, il suo cognome e nome e il suo indirizzo possono essere oscurati, in modo che non appaiano nel promemoria e non siano visibili all’erogatore nel momento in cui visualizza elettronicamente la ricetta. L’erogatore può, su richiesta e nei casi previsti dalla legge, visualizzare tali dati.

L’oscuramento non vale necessariamente per tutto il percorso della ricetta, e può essere limitato ad una o più dei momenti dello stesso.

L’NRE deve essere inserito negli appositi campi del tracciato di invio ricetta, che arriva così già numerata al SAC.

L’invio elettronico dei dati della ricetta dematerializzata al SAC viene effettuato attraverso il SAP. Il medico prescrittore invia elettronicamente i dati della ricetta dematerializzata a fronte del verificarsi di ogni evento prescrittivo.

Quando la ricetta è considerata corretta, viene restituito al medico il codice di autenticazione che deve essere apposto sul promemoria che viene consegnato all’assistito.

Il medico prescrittore può stampare il promemoria o comunicare all’assistito con metodi alternativi il numero di ricetta elettronica, unicamente dopo che il SAC ha fornito il “codice autenticazione”, riferito a ciascuna ricetta dematerializzata.

Non è necessario che il medico firmi e timbri il promemoria, perché l’invio telematico dei dati sostituisce a tutti gli effetti la prescrizione medica in formato cartaceo.

Per le prescrizioni a pazienti che non sono assistiti dal SSN in possesso di Tessera Sanitaria, è necessario specificare il tipo di ricetta, secondo la tabella seguente, e compilare i dati relativi all’assistito:

- il campo contenente il codice dell’assistito, il quale deve essere vuoto per i soggetti stranieri privi di codice fiscale,
- i campi con le informazioni per i soggetti assicurati dalle istituzioni estere, che devono essere riempiti per i soggetti stranieri privi di codice fiscale.

Tipo ricetta	Denominazione
Valore “null”	Assistiti del Servizio Sanitario Nazionale provvisti di codice fiscale
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

L'azione eseguita con successo di invio dei dati della ricetta da parte del medico prescrittore imposta lo STATO DI PROCESSO al valore 3 "ricetta da erogare".

Il sistema effettua una serie di controlli sui dati inviati, tra cui:

- verifica dell'assistito (CF, STP, ENI),
- correttezza dei dati del medico prescrittore,
- corrispondenza con i codici di esenzione,
- verifica sui codici AIC dei farmaci o dei principi attivi,
- correttezza formale di tutti i campi della ricetta (tipo, priorità...).

A fronte del codice fiscale del medico inviato con i dati della ricetta, viene restituito dal SAC il cognome e nome del medico stesso, che deve essere stampato sul promemoria.

In caso di errori sulla prescrizione, il sistema riporta un errore che indica il problema. Se l'errore è bloccante occorre correggere l'errore e riprovare con l'invio dei dati. In caso di errore non bloccante (gli avvisi) la ricetta presenta qualche anomalia ma risulta correttamente prescritta e si può procedere con la stampa.

Qualora all'atto della prescrizione si verifichi un'indisponibilità tecnica ad inviare i dati telematici della ricetta dematerializzata, il medico deve utilizzare una ricetta rossa del proprio ricettario per stampare la propria prescrizione e inviarne i dati in un secondo momento, attraverso il canale della ricetta elettronica come previsto dal DPCM 2008.

Nel caso di errori nella prescrizione riportata sul promemoria, non è consentita nessuna modifica o integrazione alla ricetta. La ricetta dematerializzata può essere annullata solo dal medico che l'ha prescritta.

Per i tracciati e le specifiche tecniche per l'invio dei dati della ricetta dematerializzata si rimanda alla documentazione pubblicata sul portale del Sistema Tessera Sanitaria.

http://sistemats1.sanita.finanze.it/wps/content/Portale_Tessera_Sanitaria/STS_Sanita/Home/Sistema+TS+informa/Medici+in+rete/Ricetta+dematerializzata+DM+2+novembre+2011/

4.3. ANNULLAMENTO DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA

L'annullamento di una ricetta può essere richiesto dallo stesso medico che aveva inserito la ricetta o dal SAP che aveva inserito la ricetta per un suo medico.

L'annullamento della ricetta può avvenire solo se la stessa è ancora da erogare (STATO DI PROCESSO = 3).

L'NRE di una ricetta annullata non può più essere utilizzato per prescrivere un'altra ricetta dematerializzata.

Non essendo possibile rettificare i dati di una ricetta dematerializzata già registrata, si deve procedere ad annullare la vecchia ricetta e a registrarne una nuova, provvista di un nuovo NRE.

L'azione eseguita con successo di annullamento ricetta da parte del medico prescrittore imposta lo STATO DI PROCESSO al valore 4 "ricetta annullata dal prescrittore".

Per annullare una ricetta è necessario comunicare il codice pin di chi invia i dati al SAC, il numero di ricetta elettronica ed il codice fiscale del medico (titolare o sostituto) prescrittore.

4.4. VISUALIZZAZIONE DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA

Il servizio di visualizzazione dei dati di una ricetta dematerializzata può essere richiesto dallo stesso medico che aveva inserito la ricetta o dal SAP che aveva inserito la ricetta per un suo medico.

La visualizzazione di una specifica ricetta registrata è sempre possibile indipendentemente dallo stato di lavorazione in cui essa si trova.

Per visualizzare i dati di una ricetta dematerializzata è necessario comunicare il codice pin di chi invia i dati al SAC, il numero di ricetta elettronica ed il codice fiscale del medico (titolare o sostituto) prescrittore.

4.5. MODELLO DI PROMEMORIA

La ricetta dematerializzata registrata elettronicamente, alla quale viene assegnato un Numero di Ricetta Elettronica (NRE), può essere stampata su carta comune, grazie a quanto stabilito dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, art 11, comma 16 - Conversione in legge, con modificazioni, del D. L. 31 maggio 2010, n. 78.

Il promemoria deve avere lo stesso formato in tutta Italia e deve sostituire eventuali modelli regionali già in uso, in modo che venga riconosciuto da tutti gli erogatori sul territorio nazionale. Per

la compilazione del promemoria ci si attiene a quanto previsto dalle norme di compilazione della ricetta cartacea contenute nel comma 2, art. 50.

Nel promemoria che deve essere stampato:

- tutte le intestazioni indicate nel modello di seguito devono essere presenti;
- i campi non valorizzati dal medico in fase di prescrizione devono rimanere vuoti;
- unicamente la Nota AIFA (indicata nel modello come "NOTA"), se non valorizzata dal medico, deve contenere in stampa la stringa "----".

4.5.1. Area destinata all'intestazione

Di seguito si riportano le regole tecniche e le modalità di compilazione dei campi della ricetta:

- lo spazio identificato dal **numero 1** è destinato a contenere obbligatoriamente il nome della Regione / Provincia Autonoma di emissione della ricetta elettronica dematerializzata. Deve essere coerente con il codice regione presente nel Numero di Ricetta Elettronica stampato in ricetta, rappresentato dai primi tre caratteri dello stesso;
- lo spazio identificato dal **numero 2** deve contenere il Numero di Ricetta Elettronica (NRE) in formato codice a barre e in formato alfanumerico, in particolare:
 - lo standard da utilizzare per il codice a barre è il Code 39 (anche conosciuto come Alpha39, Code 3 of 9, Code 3/9, Type 39, USS Code 39, or USD-3); se tale tipologia di codice a barre non dovesse essere letto da dispositivi ottici si può optare, solo in seconda analisi, per lo standard UCC/EAN-128.
 - l'altezza del codice deve essere di 8 mm;
 - il codice deve essere composto da due parti separate: la prima parte contiene i dati relativi al codice Regione/Provincia (3 cifre), e il codice di raggruppamento del lotto (2 cifre), mentre la seconda parte contiene i dati identificativi del lotto (1 cifra) e il codice lotto + progressivo (9 cifre). Le regole di composizione dell'NRE sono presenti nei documenti di progetto;
 - la parte alfanumerica sottostante il codice a barre deve riportare i valori delimitati da un asterisco "*" iniziale e finale.
- lo spazio identificato dal **numero 3** deve contenere il cognome e nome dell'assistito o, in alternativa, le sue iniziali. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici, al loro posto nei campi contrassegnati in tale documento con 3,4,5,6,7,8 deve comparire la scritta "DATI DELL'ASSISTITO OSCURATI AI SENSI DELL'ARTICOLO 87 DEL DL 30 giugno 2003, n. 196";
- lo spazio identificato dai **numeri 4 e 5** deve contenere l'indirizzo dell'assistito e il numero civico della sua abitazione. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici cfr. campo 3;
- lo spazio identificato dal **numero 6** deve contenere il CAP del comune di residenza dell'assistito. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici cfr. campo 3;
- lo spazio identificato dal **numero 7** deve contenere la città di residenza dell'assistito. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici cfr. campo 3;
- lo spazio identificato dal **numero 8** deve contenere la provincia di residenza l'abitazione dell'assistito. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici cfr. campo 3;
- lo spazio identificato dal **numero 9** deve contenere il codice fiscale dell'assistito in formato codice a barre e in formato alfanumerico. Lo standard da utilizzare per il codice a barre è il Code 39 (anche conosciuto come Alpha39, Code 3 of 9, Code 3/9, Type 39, USS Code 39, or USD-3). L'altezza del codice deve essere di 8 mm. La parte alfanumerica sottostante il codice a barre deve riportare il codice fiscale delimitato da un asterisco "*" iniziale e finale. Se tale tipologia di codice a barre non dovesse essere letta da dispositivi ottici, si può optare, solo in seconda analisi per lo standard UCC/EAN-128. N.B. i due simboli "|" inseriti nel facsimile di promemoria riportato in questo documento in corrispondenza del campo 9 non devono essere stampati, servono solo per

mostrare al lettore l'estensione dello spazio destinato al codice fiscale in forma di codice a barre.

- lo spazio identificato dal **numero 10** deve contenere le informazioni sull'esenzione (da reddito o sanitarie):
 - se il medico ha compilato l'esenzione apponendo un codice in fase di compilazione ricetta, questo deve essere riportato in stampa;
 - se il medico ha biffato la casella che indica la non esenzione dell'assistito e ha compilato la ricetta non inserendo alcun codice esenzione, in stampa deve apparire la scritta "NON ESENTE".
- lo spazio identificato dal **numero 11** deve contenere la sigla della provincia di residenza dell'assistito. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;
- lo spazio identificato dal **numero 12** deve contenere il codice della ASL di residenza dell'assistito. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;
- lo spazio identificato dal **numero 13** deve contenere le disposizioni regionali. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;
- lo spazio identificato dal **numero 14** deve contenere la tipologia di prescrizione:
 - per "S" deve apparire la scritta "SUGG"
 - per "H" deve apparire la scritta "RICOV"Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;
- lo spazio identificato dal **numero 15**, deve contenere la biffatura o un valore particolare attribuito autonomamente da una Regione per il campo "Altro", apposta in fase di prescrizione. Se biffato in fase di prescrizione, deve apparire il simbolo "X", se non biffato in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Il campo può anche contenere un valore deciso dalla Regione, e in tal caso deve essere riportato;
- lo spazio identificato dal **numero 16** deve la priorità della prescrizione:
 - per "U" deve apparire la scritta "Entro 24 ore";
 - per "B" deve apparire la scritta "Entro 10 giorni";
 - per "D" deve apparire la scritta "Entro 30 (visite), entro 60 gg (determinate branche);
 - per "P" deve apparire la scritta "Programmabile".Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto.

4.5.2. Area destinata alle prescrizioni

Nel Facsimile nr. 0 viene indicata l'area massima disponibile per le prescrizioni.

Tale area deve essere suddivisa in tante righe quante sono le prescrizioni effettuate.

L'esempio Facsimile nr.1 è riferito ad una ricetta che contiene un massimo di 9 ripetizioni di prestazioni specialistiche (8 prestazioni più 1 possibile prelievo venoso).

La regola generale è che per questa sezione non può essere superata la dimensione massima indicata nel Facsimile nr.0.

Le righe della tabella non utilizzate non devono essere stampate, lasciando in tal modo lo spazio bianco, ma deve essere considerata la grandezza generale della tabella delle prescrizioni, in modo tale che la stampa dei campi dal 21 in poi rimangano sempre nella stessa posizione, come se le prestazioni fossero tutte compilate. Lo spazio identificato dai numeri 17A e 18A è riferito al Facsimile nr.1 ossia a ricetta con prestazioni specialistiche mentre gli spazi identificati dai numeri 17 e 18 sono i campi analoghi riferiti a prestazioni farmaceutiche.

- In **posizione 17A** indicare in sequenza:
 - il codice della prestazione specialistica secondo il nomenclatore provinciale,
 - il codice della prestazione specialistica secondo il catalogo provinciale; tale codice deve essere indicato tra parentesi tonde "()";
 - la denominazione della prestazione specialistica: tale denominazione deve essere quella presente nel catalogo provinciale, in quanto è di maggior dettaglio esplicativo rispetto a quella presente nel nomenclatore provinciale. Unicamente nel caso in cui non esistesse un codice catalogo provinciale per una determinata prestazione specialistica, deve essere stampata la denominazione presente nel nomenclatore provinciale.

Riepilogando la riga 17A deve essere stampata nel seguente modo:

codice nomenclatore (codice catalogo) – descrizione del catalogo
Es: 123 (456) – prestazione abcde da catalogo provinciale

- In **posizione 18A** indicare nel seguente ordine di stampa, tenendo anche conto che alcuni dei seguenti valori potrebbero mancare:
 - prima informazione in ordine di stampa: l'eventuale tipologia di accesso: i valori da stampare nel promemoria coerentemente al documento PNGLA del Ministero della Salute sono:
 - "PRIMO ACCESSO" se nel campo del tracciato di prescrizione inviato dal medico è stato inserito il valore "1"
 - "ALTRA TIPOLOGIA DI ACCESSO" se nel campo del tracciato di prescrizione inviato dal medico è stato inserito il valore "0"
 - Non stampare nulla se il campo del tracciato di prescrizione inviato dal medico non è stato valorizzato
 - seconda informazione in ordine di stampa: L'eventuale tipologia di ambulatori presso i quali è erogabile la prestazione: nel caso in cui la tipologia di ambulatorio sia presente nel decreto a fronte della prestazione prescritta e venga restituita nella response dell'invio prescritto indicare la label: "AMBULATORIO EROGAZ:" e il valore indicato in tipoAmbulatorio.
Non stampare nulla se il campo della response di invio prescritto non è valorizzato.
 - terza informazione in ordine di stampa: le eventuali note testuali del medico. Non stampare nulla se il campo del tracciato di prescrizione inviato dal medico non è stato valorizzato

Riepilogando la riga 18A può essere stampata nei seguenti modi:

caso 1: non contiene nessuna informazione (riga vuota);
caso 2: contiene tutte le informazioni, riportate secondo l'ordine di stampa previsto (es: PRIMO ACCESSO-AMBULATORIO EROGAZ:H-Note del medico)
caso 3: contiene solo alcune informazioni, riportate secondo l'ordine di stampa previsto (es: PRIMO ACCESSO-Note del medico)
(es: AMBULATORIO EROGAZ:H-Note del medico)
(es: Note del medico)
(es: PRIMO ACCESSO- AMBULATORIO EROGAZ:H)

- lo spazio identificato dal **numero 19** deve contenere il numero di prestazioni specialistiche riferite alla singola prestazione. Il campo non può essere vuoto;
- lo spazio identificato dal **numero 20**, nel caso di ricette specialistiche e solo per le prestazioni previste dal DPCM 12 gennaio 2017 del Ministero della Salute, è destinato a contenere le specifiche informazioni di appropriatezza prescrittiva, secondo tale schema:
 - riga superiore del campo:
 - numero nota
 - spazio
 - condizioni di erogabilità oppure indicazione di appropriatezza prescrittiva, esprimibili tramite identificativo
 - riga inferiore del campo:
 - codice patologia
- lo spazio identificato **dal numero 21** deve contenere la diagnosi / il quesito diagnostico in forma testuale o codificata. Per quanto riguarda la forma codificata si specifica che il programma che produce la stampa deve mostrare nel promemoria sia il codice ICD9-CM (lo stesso che è stato inviato telematicamente) sia la relativa descrizione associata al codice secondo la nomenclatura ufficiale della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) (che non viene inviata telematicamente), affinché l'erogatore possa comprenderne il significato. Il campo deve rimanere vuoto se il medico non ha compi-

lato tale informazione né tramite il codice ICD9-CM né tramite una frase scritta in testo libero;

- lo spazio identificato dal **numero 22** deve contenere il numero totale di prestazioni specialistiche, come somma delle singole quantità indicate nel campo 18. Il campo non può essere vuoto;
- lo spazio identificato dal **numero 23** deve contenere il tipo ricetta. I soli valori possibili, come da comma 2 art.50, che possono essere impostati per tale campo sono:
 - assistiti del servizio sanitario nazionale, il campo non deve essere compilato dal medico nel proprio gestionale ma in stampa deve essere riportato "Assist. SSN";
 - assistiti ENI, il campo non deve essere compilato dal medico nel proprio gestionale e in stampa non deve essere riportata nessuna dizione;
 - naviganti: i valori da riportare in stampa sono NA, ND, NE, NX;
 - stranieri temporaneamente presenti: il valore da riportare in stampa è ST;
 - soggetti dell'Unione Europea: il valore da riportare in stampa è UE;
 - soggetti di altri paesi non dell'Unione Europea: il valore da riportare in stampa è EE.

Ulteriori altri valori che sono stati introdotti autonomamente dalle Regioni / Province Autonome e per cui è stata data indicazione ai medici di inserirli nel campo Tipo Ricetta, possono essere stampati, per dare continuità a quanto avviene nella ricetta cartacea rossa. **L'impostazione di tali campi nel tracciato XML causa lo scarto della prescrizione, in quanto il valore non è ammesso;**

- lo spazio identificato dal **numero 24** deve contenere la data di compilazione della ricetta nel formato gg/mm/aaaa. Il campo non può essere vuoto;
- lo spazio identificato dal **numero 25** deve contenere il codice fiscale del medico prescrittore. Il campo non può essere vuoto.
- lo spazio identificato dal **numero 26** deve contenere il codice di autenticazione che unicamente il Sistema di Accoglienza Centrale assegna nel momento della corretta registrazione della ricetta, sia che questa sia stata inviata da un medico singolo, sia che sia stata inviata da un Sistema di Accoglienza Provinciale. In assenza di tale campo il promemoria non è valido.
- lo spazio identificato dal numero **27** deve contenere il cognome e il nome del medico prescrittore, corrispondente al codice fiscale indicato nel campo 25. Il campo non può essere vuoto.
- lo spazio identificato dal numero **28** è destinato a contenere la frase che la Provincia intende inserire per un determinato periodo di tempo nel promemoria cartaceo prodotto in fase di prescrizione **nel proprio territorio** (per le regole che consentono l'approvazione di tale frase si consulti la specifica tecnica della ricetta dematerializzata sezione del "prescrittore" pubblicata nel sito Sistema TS). Si consiglia di formulare una frase di lunghezza pari ad una sola riga del promemoria.

1	2
---	---

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO: 3

9

INDIRIZZO: 4,5

CAP: 6 CITTA': 7

PROV: 8 |

ESENZIONE: 10

SIGLA PROVINCIA: 11

CODICE ASL: 12

DISPOSIZIONI REGIONALI: 13

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): 14

ALTRO: 15 PRIORITA'PRESCRIZIONE(U,B,D,P): 16

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
17, 17A 18, 18A	19	20

QUESITO DIAGNOSTICO: 21

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 22 TIPO RICETTA: 23

DATA: 24

CODICE FISCALE DEL MEDICO: 25

CODICE AUTENTICAZIONE: 26

COGNOME E NOME DEL MEDICO: 27

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

28: AREA RISERVATA ALLA STAMPA DELL'EVENTUALE FRASE REGIONALE DI INTERESSE SANITARIO APPROVATA DALLE AMMINISTRAZIONI

FACSIMILE nr. 0: PROMEMORIA CON L'INDICAZIONE DELLA MASSIMA ESTENSIONE DELL'AREA DELLE PRESCRIZIONI

1	2
---	---

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO: 3

9

INDIRIZZO: 4,5

CAP: 6 CITTA': 7

PROV:8 |

ESENZIONE: 10

SIGLA PROVINCIA: 11

CODICE ASL: 12

DISPOSIZIONI REGIONALI: 13

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): 14

ALTRO: 15 PRIORITA'PRESCRIZIONE(U,B,D,P): 16

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
17A 18A	19	20

QUESITO DIAGNOSTICO: 21

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 22 TIPO RICETTA: 23

DATA: 24

CODICE FISCALE DEL MEDICO: 25

CODICE AUTENTICAZIONE: 26

COGNOME E NOME DEL MEDICO: 27

*Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011***FACSIMILE nr. 1 : PROMEMORIA DI ESEMPIO PER LA STAMPA DI MASSIMO 9 PRESCRIZIONI SPECIALISTICHE**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
Regione Abruzzo			
COGNOME E NOME:			
INDIRIZZO:		CAP: COMUNE: PROV:	
ESENZIONE: NON ESENTE	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S, H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U, B, D, P):	
PRESCRIZIONE			QTA
91.28.1 (123456) - ANALISI CITOGENETICA PATOL.FRAGILITA' CROMOSOMICA			1
			NOTA

QUESITO DIAGNOSTICO: 758 89 - ALTRO DI ALTRE MANIFESTAZIONI DOVUTE AD ANOMALIE CROMOSOMICHE
 N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: ST DATA: 14/01/2016 CODICE FISCALE MEDICO: PROVAZ00Z00Z000Z
 Codice autenticazione: 140120161040035230000474354561 COGNOME E NOME DEL MEDICO: MEDICO PROVA
 Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag. 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov. 2011

FACSIMILE nr5: PROMEMORIA DI ESEMPIO PER LA STAMPA DI UNA RICETTA SPECIALISTICA AD UN SOGGETTO TEMPORANEAMENTE PRESENTE (STP)

4.5.3. TRADUZIONI IN LINGUA TEDESCA

Per la Provincia Autonoma di Bolzano è previsto che il promemoria riporti anche le diciture in lingua tedesca. I gestionali di cartella per i medici possono includere tali diciture, rispettando il layout della ricetta. Di seguito vengono riportate le corrispondenze tra italiano e tedesco.

LINGUA ITALIANA	LINGUA TEDESCA
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	STAATLICHER GESUNDHEITSDIENST
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	AUTONOME PROVINZ BOZEN
RICETTA ELETTRONICA – PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	ELEKTRONISCHE VERSCHREIBUNG – MERKZETTEL FÜR DEN BETREUTEN
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO	ZUNAME UND NAME DES BETREUTEN/INITIALIEN DES BETREUTEN
INDIRIZZO	ADRESSE
CAP	P.L.Z.
CITTÀ	STADT
PROV.	PROV.
ESENZIONE	BEFREIUNG
NON ESENTE	NICHT BEFREIT
SIGLA PROVINCIA	PROVINZKENNZEICHEN
CODICE ASL	CODE SB
DISPOSIZIONI REGIONALI	LANDESBESTIMMUNGEN
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S, H,)	VERSCHREIBUNGSTYOLOGIE
SUGG	EMPF
RICOV	EINLIEF
ALTRO	ANDERES
PRIORITÀ PRESCRIZIONE (U, B, D, P)	DRINGLICHKEIT DER VERSCHREIBUNG

CODICE	LINGUA ITALIANA	LINGUA TEDESCA
per "U"	Entro 24 ore	Innerhalb von 24 Stunden
per "B"	Entro 10 giorni	Innerhalb von 10 Tagen
per "D"	Entro 30 giorni (visite e accertamenti individuati in apposito elenco). Eccezione: fino a 60 giorni per determinate branche	Innerhalb von 30 Tagen (fachärztliche Visiten und Abklärungen, die in einer spezifischen Auflistung aufscheinen). Ausnahmeregelung: bis zu 60 Tage für bestimmte Fachbereiche
per "P"	Programmabile	Programmierbar

LINGUA ITALIANA	LINGUA TEDESCA
PRESCRIZIONE	VERSCHREIBUNG
NON SOSTITUIBILE	NICHT ERSETZBAR
PRIMO ACCESSO	ERSTER ZUGANG
ALTRA TIPOLOGIA DI ACCESSO	WEITERER ZUGANG
AMBULATORIO EROGAZ.	TYPOL. D. AMBULATORIUMS
QTÀ	MENGE
NOTA	FUSSNOTE
QUESITO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTISCHE ABKLÄRUNG
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI	NR. PACKUNGEN/LEISTUNGEN
TIPO RICETTA	ART DER VERSCHREIBUNG
DATA	DATUM
CODICE FISCALE DEL MEDICO	STEUERNUMMER DES ARZTES
COGNOME E NOME DEL MEDICO	ZUNAME UND NAME DES ARZTES
CODICE AUTENTICAZIONE	AUTHENTIFIZIERUNGSCODE
Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16, del DL 31.05.2010, n. 78, e dell'art. 1, comma 4, del DM 02.11.2011	Ausgestellt laut Art. 11, Absatz 16, der Notverordnung 31.05.2010, Nr. 78, und Art. 1, Absatz 4, des MD 02.11.2011

4.6. CONTENUTO DEL TRACCIATO InvioPrescrittoRichiesta

Di seguito è riportato il contenuto del tracciato di prescrizione delle prestazioni. Per gli altri tracciati record e le specifiche tecniche per l'invio dei dati delle ricette prescritte si rimanda al sito del Sistema Tessera Sanitaria.

http://sistemats1.sanita.finanze.it/wps/content/Portale_Tessera_Sanitaria/STS_Sanita/Home/Sistema+TS+informa/Medici+in+rete/Ricetta+dematerializzata+DM+2+novembre+2011/

N	Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
1	pinCode	il codice pin di chi invia i dati dal SAC. Se l'invio al SAC avviene tramite SAP o Azienda Sanitaria il Codice Pin è quello in possesso dell'inviante.	Obbligatorio
2	cfMedico1	Codice fiscale del medico a cui si deve attribuire la ricetta.	Obbligatorio
3	cfMedico2	Codice fiscale del medico che compila la ricetta dematerializzata e che corrisponde al soggetto che appone la firma sulla ricetta cartacea.	Facoltativo
4	codRegione	Codice Regione / Provincia Autonoma del medico prescrivente di cui si invia la ricetta	Obbligatorio
5	codASLAo	Codice ASL del medico prescrivente di cui si invia la ricetta.	Obbligatorio
6	codStruttura	Codice della struttura dove opera il medico indicato in cfMedico1 (STS11) Tale dato è strettamente collegato alla decisione provinciale di attribuire, in fase di censimento dei propri medici, il codice struttura dove un prescrivente opera con una certa specializzazione. Fintanto che non sarà definito tale dato il codice struttura deve essere obbligatoriamente lasciato vuoto.	Non compilare

N	Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
7	codSpecializzazione	Specializzazione del medico prescrittore di cui si invia la ricetta. Valori ammessi: A = Specialista Ambulatoriale (Ex SUMAI) B = Medico consulente C = Specialista di struttura privata accreditata D = Dipendente dei servizi territoriali ASL F = Medico di medicina generale G = Guardia medica H = Specialista ospedaliero I = Medico INAIL P = Pediatra di libera scelta T = Guardia medica turistica U = Medico di azienda ospedaliero - universitaria X = Altro (tirocinanti, specializzandi, etc.) Z = Altra specializzazione	Obbligatorio
8	testata1	Campo destinato a informazioni aggiuntive	Facoltativo
9	testata2	Campo riservato alle Regioni, nel quale possono inserire informazioni di loro interesse, non controllate dal SAC. Deve essere rispettata la lunghezza del campo e l'utilizzo dei caratteri ammessi.	Facoltativo
10	nre	Numero di Ricetta Elettronica. Se l'elemento è vuoto, anche se l'inviante è una Regione con SAR, l'NRE lo assegna il SAC.	Facoltativo
11	tipoRic	Tipologia della ricetta compilata. Il campo Codice assistito è compilato o meno in funzione del Tipo Ricetta. Valori ammessi: EE = Assicurati extra-europei in temporaneo soggiorno UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale ND = Assistiti SASN con visita domiciliare NE = Assistiti da istituzioni europee NX = Assistiti SASN extraeuropei ST = Stranieri in temporaneo soggiorno	Facoltativo
12	codiceAss	Codice Fiscale/STP/ENI/altro che rappresenta l'assistito per cui viene compilata la ricetta. Il campo non va compilato per i soggetti stranieri, per i quali esiste l'apposita sezione. Il Codice assistito deve essere coerente con quanto indicato nel campo Tipo Ricetta. Tale campo deve essere inserito criptato tramite l'utilizzo del certificato SanitelCF.cer.	Facoltativo
13	cognNome	Cognome e nome dell'assistito o sue iniziali ove prescritto dalla legge	Facoltativo
14	indirizzo	Indirizzo dell'assistito ove prescritto dalla legge	Facoltativo
15	oscuramDati	Su richiesta dell'assistito i dati relativi al suo "Cognome e Nome" e all'"Indirizzo" possono essere oscurati e non resi visibili all'erogatore. Valori ammessi: "null" = dati visibili all'erogatore; 1= dati oscurati all'erogatore e visibili solo su richiesta	Facoltativo
16	numTessSasn	Numero tessera assistenza SASN, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN come nella matrice dei ricettari cartacei	Facoltativo

N	Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
17	socNavigaz	Società di navigazione, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN, come nella matrice dei ricettari cartacei	Facoltativo
18	tipoPrescrizione	Valori ammessi in maniera esclusiva: F: farmaceutica, P: specialistica.	Obbligatorio
19	ricettaInterna	Ricetta per prestazioni specialistiche prescritta internamente ad una struttura pubblica ed erogata all'interno della stessa struttura. Valori ammessi: "null" = la ricetta non è sottoposta a vincoli di erogazione in una determinata struttura, 1= la ricetta deve essere erogata nella stessa struttura di prescrizione.	Facoltativo
20	codEsenzione	Codice esenzione riportato in ricetta	Facoltativo
21	nonEsente	Campo che indica se l'assistito è esente oppure no. Valori ammessi: "null" = ricetta per assistito esente 1= ricetta per assistito non esente.	Facoltativo
22	reddito	Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no. Valori ammessi: "null" = ricetta per assistito non esente per reddito 1= ricetta per assistito esente per reddito	Facoltativo
23	codDiagnosi	Codice diagnosi o del sospetto diagnostico secondo la codifica ICD9-CM. Per tutte le prescrizioni specialistiche la compilazione di almeno uno dei campi codDiagnosi e descrizioneDiagnosi è obbligatoria	Obbligatorio
24	descrizioneDiagnosi	Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico in testo libero. Regole di compilazione dei campi codDiagnosi e descrizioneDiagnosi per ricette specialistiche: ciascuno dei due campi può essere compilato in alternativa all'altro, oppure possono essere compilati entrambi . Per tutte le prescrizioni specialistiche la compilazione di almeno uno dei due campi è obbligatoria.	Obbligatorio
25	dataCompilazione	Data compilazione della ricetta da parte del medico nel formato aaaa-mm-gg HH:MM:SS	Obbligatorio
26	tipoVisita	Tipologia della visita. Valori ammessi: A = ambulatoriale D = domiciliare	Obbligatorio
27	dispReg	Disposizioni regionali specifiche.	Facoltativo
28	provAssistito	Provincia di residenza dell'assistito. Il campo deve essere compilato congiuntamente a AslAssistito	Facoltativo
29	aslAssistito	Azienda sanitaria di residenza dell'assistito Il campo deve essere compilato congiuntamente a ProvAssistito.	Facoltativo
30	indicazionePrescr	Tipologia della prescrizione Valori ammessi: "null" = campo non impostato S = Suggesta H = Ricovero	Facoltativo
31	altro	campo 'Altro', come da ricetta cartacea, a disposizione per usi futuri	Facoltativo

N	Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
32	classePriorita	Classe di priorità della prescrizione. Valori ammessi: "null" = campo non impostato U = Entro 24 ore B = Entro 10 giorni D = Entro 30 (visite), entro 60 giorni (determinate branche) P = Senza priorità La classe priorità è obbligatoria se almeno una delle prestazioni della ricetta fa parte della lista delle prestazioni del PNGLA.	Obbligatorio unicamente per le prestazioni del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA); elemento facoltativo per tutte le altre prestazioni
33	statoEstero	Stato del soggetto assicurato da istituzioni estere	Facoltativo
33	istitutCompetente	Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzioni estere	Facoltativo
34	numIdentPers	Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzioni estere	Facoltativo
35	numIdentTess	Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere	Facoltativo
36	dataNascitaEstero	Data di nascita del soggetto assicurato da istituzioni estere nel formato aaaa-mm-gg	Facoltativo
37	dataScadTessera	Data scadenza della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere nel formato Aaaa-mm-gg	Facoltativo
Per ogni prescrizione inserita dal medico ripetizione di DettaglioPrescrizione			
38	codProdPrest	Codice prestazione specialistica secondo il nomenclatore provinciale delle prestazioni. (1)	Obbligatorio
39	descrProdPrest	Descrizione testuale della prestazione specialistica secondo il nomenclatore provinciale. (1) Il contenuto di tale campo è ciò che verrà visualizzato dall'erogatore	Obbligatorio
40	testoLibero	Valore ammesso: null	Facoltativo
41	descrTestoLiberoNote	Il campo può essere utilizzato per scrivere una nota esplicativa di ciò che è stato prescritto per prestazioni specialistiche	Facoltativo
42	quantita	Quantità di confezioni o di prestazioni specialistiche prescritte. (1)	Obbligatorio
43	prescrizione1	Campo destinato a informazioni aggiuntive	Facoltativo
44	prescrizione2	Campo riservato alle Regioni, nel quale possono inserire informazioni di loro interesse, non controllate dal SAC. Deve essere rispettata la lunghezza del campo e l'utilizzo dei caratteri ammessi.	Facoltativo
45	codCatalogoPrescr	Il campo, da utilizzarsi unicamente per prescrizioni specialistiche , deve contenere il codice del catalogo provinciale della prestazione prescritta. (1)	Obbligatorio dal momento in cui è stato fornito al Sistema TS il catalogo provinciale delle prestazioni; fino a tale momento l'elemento è facoltativo

N	Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
46	tipoAccesso	<p>Il campo, da utilizzarsi unicamente per prescrizioni specialistiche del PNGLA, indica se la prestazione richiesta si riferisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ad un <u>primo accesso</u> (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) - ad un <u>accesso successivo</u> (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up). <p>Valori ammessi: 1= primo accesso, 0= altra tipologia di accesso</p>	Obbligatorio ove presenti le prestazioni del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA); elemento facoltativo per tutte le altre prestazioni
47	numeroNota	Numero progressivo identificativo della nota come previsto nel DM 12 gennaio 2017 per uno specifico codice prestazione. Il numero nota è sempre presente per le prestazioni del DM 12 gennaio 2017. (2)	Elemento obbligatorio unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 12 gennaio 2017.
48	condErogabilita	Condizione di erogabilità come prevista nel DM 12 gennaio 2017 per uno specifico codice prestazione. La condizione di erogabilità può essere presente oppure no per una determinata prestazione. (2)	Elemento obbligatorio, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 12 gennaio 2017.
49	approprPrescrittiva	Indicazione di appropriatezza prescrittiva come prevista nel DM 12 gennaio 2017 per uno specifico codice prestazione. L'indicazione di appropriatezza prescrittiva può essere presente oppure no per una determinata prestazione. (2)	Elemento obbligatorio, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 12 gennaio 2017.
50	patologia	Codice patologia come previsto nel DM 12 gennaio 2017 per uno specifico codice prestazione. Il codice di patologia può essere presente oppure no per una determinata prestazione. (2)	Elemento obbligatorio, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 12 gennaio 2017.

(1) Impostazione dei codici nomenclatore, catalogo e relative descrizioni per le prestazioni specialistiche:

Il nomenclatore delle prestazioni specialistiche a cui si fa riferimento è quello nazionale (DPCM 12 gennaio 2017) o le versioni regionali che da esso derivano.

La regione, nel caso in cui abbia adottato un proprio nomenclatore derivante da quello nazionale, deve obbligatoriamente fornire al Sistema TS l'archivio di transcodifica dei codici regionali in quelli nazionali, se-

condo quanto indicato nelle specifiche tecniche pubblicate nel sito www.sistemats.it, al fine di permettere il trattamento dei propri codici in altre regioni in caso di circolarità della ricetta.

La regione, nel caso in cui abbia adottato un proprio catalogo unico regionale delle prestazioni deve obbligatoriamente fornirlo al Sistema TS secondo quanto indicato nelle specifiche tecniche pubblicate nel sito www.sistemats.it.

Ai fini dell'impostazione dei codici e delle descrizioni delle prestazioni specialistiche prescritte dal medico, viene illustrato come valorizzare i relativi campi:

- **codProdPrest:** deve obbligatoriamente contenere il codice della prestazione secondo il nomenclatore provinciale delle prestazioni;
- **codCatalogoPrescr:** deve contenere il codice della prestazione secondo il catalogo provinciale delle prestazioni. Tale codice del catalogo deve avere corrispondenza con quello del nomenclatore provinciale inserito in codProdPrest. I codici nomenclatore e catalogo possono coincidere o meno tra di loro. Il codice del catalogo provinciale deve rappresentare il massimo livello di dettaglio con cui può essere identificata una prestazione;
- **descrProdPrest:** deve obbligatoriamente contenere la descrizione testuale più particolareggiata possibile della prestazione, in modo che sia inequivocabile per la struttura cosa erogare: per tale motivo la descrizione con cui valorizzare tale campo è quella del catalogo provinciale delle prestazioni, che per scelta della Provincia può anche coincidere con quella del nomenclatore provinciale.

Si specifica che il campo descrTestoLiberoNote può essere utilizzato per ulteriori note testuali a testo libero che il medico voglia inserire come maggiore specificazione di ciò che ha prescritto.

Si riportano di seguito alcuni esempi:

caso 1): regione in cui il nomenclatore provinciale e il catalogo provinciale differiscono come codici:

Codice prestazione da nomenclatore nazionale/provinciale: 24.39.2

Descrizione prestazione da nomenclatore provinciale: INTERV.CHIRURG. PREPROTESICO

Codice prestazione da catalogo provinciale: 3524392

Descrizione prestazione da catalogo provinciale: INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO, EMIARCATA SUP DX

I campi del tracciato devono essere impostati in tal modo:

codProdPrest: 24.39.2

codCatalogoPrescr: 3524392

descrProdPrest: INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO, EMIARCATA SUP DX

descrTestoLiberoNote: eventuali note testuali del medico

caso 2): regione in cui il nomenclatore provinciale e il catalogo provinciale coincidono:

Codice prestazione da nomenclatore nazionale/ provinciale e da catalogo provinciale: 24392SD

Descrizione prestazione da catalogo provinciale: INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - EMIARCATA SUPERIORE DESTRA

I campi del tracciato devono essere impostati in tal modo:

codProdPrest: 24392SD

codCatalogoPrescr: 24392SD

descrProdPrest: INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - EMIARCATA SUPERIORE DESTRA

descrTestoLiberoNote: eventuali note testuali del medico

(2) il DM 9 dicembre 2015 introduce criteri di appropriatezza prescrittiva in base ai quali il medico, a fronte di determinati codici prestazione, deve inserire le seguenti informazioni in fase di prescrizione della ricetta:

- Numero nota (numeroNota), ossia numero progressivo identificativo della casistica prevista dal DM 9 dicembre 2015 per un determinato codice prestazione,
- condizione di erogabilità prevista (condErogabilita), da indicarsi come da DM 9 dicembre 2015,
- appropriatezza prescrittiva (approprPrescrittiva), da indicarsi come da DM 9 dicembre 2015,
- patologia (patologia) collegata alla prestazione, da indicarsi con un codice.

Il SAC, nel caso in cui il DPCM 12 gennaio 2017 preveda una precisa tipologia di ambulatorio/laboratorio nel quale la prestazione debba essere erogata, fornisce l'informazione come output nel campo tipoAmbulatorio di InvioPrescrittoRicevuta: la tipologia di ambulatorio/laboratorio viene fornita unicamente per le prestazioni del DPCM 12 gennaio 2017 ove è previsto; la ripetizione dei campi non è impostata in tutti gli altri casi.

Esempio: la prescrizione contiene in InvioPrescrittoRichiesta

Prestazione A, non facente parte del DM 9 dicembre 2015

Prestazione B, facente parte del DM 9 dicembre 2015, in cui la tipologia di ambulatorio non è indicata

Prestazione C, facente parte del DM 9 dicembre 2015, in cui la tipologia di ambulatorio è "R".

In InvioPrescrittoRicevuta viene restituito solamente il dato relativo alla prestazione C, il cui campo tipoAmbulatorio è impostato ad R.

5. TRASMISSIONE DELLE RICETTE DEMATERIALIZZATE: EROGAZIONE

Con la consegna del promemoria al punto di erogazione diventa possibile l'acquisizione del Numero di Ricetta Elettronica (NRE) e del codice fiscale (CF) del paziente mediante lettura ottica del codice a barre. L'erogatore deve sempre attenersi esclusivamente ai dati telematici resi disponibili attraverso la funzione di presa in carico (comprese note, diagnosi, esenzioni, ecc.) senza poter modificare o integrare in alcun modo i dati disponibili.

Se il codice a barre del NRE non è leggibile, è consentito l'inserimento manuale sul sistema.

Nel caso in cui l'erogatore o il paziente si rendano conto di errori o nella prescrizione riportata sul promemoria, non è consentita nessuna modifica o integrazione alla ricetta. La ricetta dematerializzata può essere annullata solo dal medico che l'ha prescritta. Qualora la ricetta sia già stata presa in carico, la stessa presa in carico dovrà essere annullata in modo da rimandare il promemoria nello stato "da erogare".

L'erogazione di una ricetta dematerializzata si divide quindi in due momenti:

- 1) Visualizzazione del contenuto della ricetta dematerializzata prescritta con contestuale presa in carico in maniera esclusiva della stessa;
- 2) Comunicazione di chiusura dell'erogazione a seguito della dispensazione di prestazioni specialistiche.

I CUP possono avere per il punto 1) una situazione particolare di sdoppiamento delle due funzioni, come descritto in seguito.

5.1. PRESA IN CARICO ESCLUSIVA DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA

Il servizio permette alle strutture di erogazione, in maniera esclusiva rispetto a tutti gli altri erogatori:

- di visualizzare il contenuto di una ricetta dematerializzata inserita elettronicamente da un medico prescrittore;
- di prenderla in carico.

Le due azioni di visualizzazione e presa in carico si realizzano **contemporaneamente** con un'unica chiamata tramite web service o con un'azione specifica nell'applicazione web accessibile dal Sistema TS: a seguito di ciò, ogni altro erogatore che nello stesso momento provasse ad interrogare la stessa ricetta, avrebbe come risposta che la stessa è "in corso di erogazione".

La struttura di erogazione dei servizi sanitari, per visualizzare e prendere in carico una ricetta dematerializzata inserita elettronicamente dal medico prescrittore, comunica al SAC tramite SAP, il **NRE unitamente al codice fiscale** dell'assistito per cui è stata compilata elettronicamente la ricetta dematerializzata.

Nel caso di assistiti del SSN provvisti di Tessera Sanitaria, i dati per il recupero di una prescrizione sono **entrambi presenti**. Per i soggetti sprovvisti di codice fiscale, come gli stranieri, l'informazione del codice fiscale non può essere fornita e la prescrizione viene recuperata solo tramite l'NRE.

Si ricorda comunque che in entrambi i casi il recupero di una prescrizione dematerializzata deve controllare negli archivi delle ricette prescritte i due valori contemporaneamente (condizione in "and"), ed essi devono coincidere con i dati inseriti dal medico (NRE presente and CF presente oppure NRE presente and CF assente).

La presa in carico esclusiva è condizionata dal fatto che la ricetta sia ancora da erogare (STATO DI PROCESSO = 3).

Nel caso in cui l'erogatore, dopo avere visualizzato elettronicamente la ricetta dematerializzata riservandosela esclusivamente (tipo operazione 1 o 2), si accorga che l'erogazione non può essere da lui effettuata, deve revocare la presa in carico (tipo operazione=3) della ricetta che aveva visualizzato in maniera esclusiva, in modo che sia nuovamente disponibile agli altri erogatori: in tal caso la ricetta dematerializzata torna nello stato "ricetta da erogare" (STATO DI PROCESSO = 3).

L'erogatore, nel caso in cui l'assistito abbia richiesto al medico in fase di compilazione della ricetta dematerializzata di oscurare il suo cognome e nome e il suo indirizzo, deve appositamente richiedere al SAC tramite SAP, di consultare tali dati, come previsto dalla legge. Il SAC tiene conto di tale richiesta nei propri archivi.

Azioni sulla ricetta in fase di presa in carico della ricetta	Tipo operazione
<p>Comunicazione di visualizzazione e presa in carico della ricetta e recupero completo dei dati.</p> <p>Tale tipo di operazione permette di riservare esclusivamente una prescrizione e di ricevere in risposta tutti i dati relativi alla ricetta, sia quelli inseriti dal prescrittore che quelli eventualmente impostati dall'erogatore che ha iniziato a trattare una ricetta e non l'ha ancora erogata totalmente.</p>	1
<p>Comunicazione di visualizzazione e presa in carico della ricetta, senza recupero dei dati.</p> <p>Tale tipo di operazione permette di riservare esclusivamente una prescrizione ma non di ricevere in risposta i dati relativi alla ricetta. Tale modalità può essere utilizzata dal SAP, se lo ritiene opportuno avendo già nei suoi archivi i dati, e comunque solo per ricette prescritte nella stessa regione nella quale avviene l'erogazione, al fine di fare viaggiare sulla rete il minor numero di dati possibili.</p>	2
<p>Rilascio della ricetta dematerializzata che era stata visualizzata e presa in carico, per impossibilità di erogazione: in tal caso la ricetta torna ad essere visibile a tutti gli erogatori.</p>	3
<p>Visualizzazione dei dati dell'assistito oscurati dal medico</p>	4
<p>Visualizzazione e presa in carico della ricetta senza dichiarazione della struttura di erogazione – riservato ai CUP</p>	5

L'azione di visualizzazione esclusiva della ricetta da parte dell'erogatore e presa in carico eseguita con successo imposta lo STATO DI PROCESSO al valore 5 "ricetta in corso di erogazione".

Solo l'erogatore che con la sua richiesta di visualizzazione e presa in carico esclusiva ha fatto sì che venisse impostato tale stato, può effettuare le operazioni possibili successivamente, valendo la regola che un unico erogatore tratta tutto il ciclo di erogazione.

Se il servizio è utilizzato per la prima volta con tipo operazione 1 oppure 2 allora viene effettuata la visualizzazione e la presa in carico in esclusiva di una ricetta da parte di una struttura di erogazione. Se è utilizzato le volte successive alla presa in carico serve solo per visualizzare la ricetta, indipendentemente dallo stato in cui si trova, sempre utilizzando il tipo operazione 1 (ossia l'utilizzo del servizio non cambia lo stato di processo della ricetta rispetto al valore che ha assunto).

Nel caso in cui l'erogatore sia impossibilitato a eseguire l'operazione di visualizzazione e presa in carico della ricetta in maniera informatica e successivamente a chiudere totalmente una erogazione, sia per malfunzionamenti del sistema oppure della sua apparecchiatura o ancora per altre cause indipendenti dalla sua volontà, deve erogare sulla base del promemoria presentato dall'assistito e deve trasmettere il prima possibile in maniera differita i dati dell'erogazione per via informatica al ristabilirsi delle condizioni che glielo avevano impedito: l'argomento viene trattato in un apposito paragrafo, in quanto soggetto a determinate regole.

5.2. IL CUP E LE RICETTE DEMATERIALIZZATE DI TIPO SPECIALISTICO

Per CUP, esemplificando i vari casi esistenti, si intende una struttura che nel momento del contatto con l'assistito è in grado di prenotare quanto prescritto nella ricetta dematerializzata di tipo specialistico presso diverse strutture di cui gestisce le agende.

Nel caso di un CUP, effettuare in un'unica operazione la visualizzazione di una ricetta e la dichiarazione di quale struttura sanitaria svolgerà l'erogazione, non è più applicabile, in quanto ciò è valido solo per un erogatore che effettua tutte le operazioni per sé stesso (ad esempio laboratorio privato o struttura pubblica indipendente dal punto di vista delle prenotazioni ed erogazioni).

Per tale motivo il CUP deve necessariamente:

1. dapprima avere la necessità di vedere il dato inserito dal medico prescrittore e prendere in carico esclusivamente la ricetta a livello di Provincia;
2. quindi prenotare quanto prescritto dal medico, lavorando sulle proprie agende secondo il proprio gestionale già utilizzato;
3. per ultimo comunicare al sistema il codice della struttura di erogazione prescelta tra quelle disponibili, di cui la ricetta diventerà di proprietà esclusiva.

Per tale motivo il CUP deve utilizzare in prima battuta il servizio impostando il tipo operazione 5, indicando:

- codice regione dell'erogatore (obbligatorio). Se è l'unico dato impostato la ricetta viene presa in carico esclusivamente a livello provinciale (CUP provinciale), bloccandone la possibile presa in carico a qualsiasi altra regione d'Italia;
- codice Asl dell'erogatore (facoltativo). Se indicato, la ricetta viene presa in carico esclusivamente a livello di ASL (CUP zonale), bloccandone l'accesso a qualsiasi altra regione d'Italia e a qualsiasi altra ASL della regione; se non viene indicato come codice ASL specifico, inserire 000;
- codice della struttura erogatrice: il dato non deve mai essere impostato in tale fase, perché ancora non conosciuto, ma lo sarà solo quando si arriva alla fase 3 sopra descritta, ossia successiva alla prenotazione. Quindi il dato va impostato sempre a 000000.

Solo quando il CUP è in grado di comunicare al sistema il codice della struttura erogatrice, effettuerà la chiamata dello stesso servizio con il tipo operazione 1 o 2, a seconda delle esigenze, impostando il codice regione dell'erogatore, il codice Asl ed il codice della struttura, e riservando in tal modo la ricetta in maniera esclusiva alla struttura specificata, ponendola in stato 5 (ricetta in corso di erogazione).

Chiaramente, se alla prima chiamata con tipo operazione 5 non è possibile fare seguire la chiamata con tipo operazione 1 o 2 con l'indicazione del codice struttura di erogazione (ad esempio l'assistito rinuncia a tutte le proposte fattegli dal CUP), la ricetta deve essere di nuovo resa visibile a tutti gli erogatori, impostando il tipo operazione 3 e di conseguenza viene impostato lo STATO DI PROCESSO = 3.

Un utente di tipo CUP è quindi un soggetto abilitato a utilizzare i servizi sopra esposti, nei due momenti di presa in carico della ricetta e scelta della struttura erogatrice.

In Provincia il CUP gestisce le agende di punti di erogazione dell'Azienda Sanitaria che hanno tutte lo stesso codice. Per poter utilizzare il web service con i tipi operazioni descritti, è quindi necessario che sia definito un utente di tipo CUP a livello di Provincia Autonoma + ASDAA. L'utente viene definito dall'amministratore di sicurezza della ASDAA e gli vengono assegnate le risorse "Ricetta dematerializzata: presa in carico" e "Ricetta dematerializzata: erogazione".

Il CUP dispone inoltre delle agende delle strutture private convenzionate i codici delle quali, necessari per la prenotazione delle ricette, sono individuati e gestiti dall'Azienda Sanitaria nella sua funzione di amministrazione del SAP.

Il SAP, grazie all'utilizzo delle sue credenziali è già abilitato ad operare come CUP, e quindi a colloquiare con il SAC tramite le credenziali già assegnate, tra cui il proprio pincode numerico.

Nel caso di annullamento di tutti gli appuntamenti prenotati su una ricetta dematerializzata la ricetta viene rilasciata dal CUP (tipo operazione=3), in modo che sia resa nuovamente disponibile: in tal caso la ricetta dematerializzata torna nello stato "ricetta da erogare" (STATO DI PROCESSO = 3). Nel caso di un cambio di appuntamento all'interno della stessa struttura erogatrice non deve essere fatto nessun tipo di operazione sulla ricetta dematerializzata, mentre se cambia la struttura di erogazione la ricetta deve essere rilasciata (tipo operazione=3) e presa in carico dalla nuova struttura erogatrice (tipo operazione=5).

5.3 IMPOSSIBILITÀ A TRASMETTERE LA RICETTA DEMATERIALIZZATA

L'erogatore, che a causa di malfunzionamenti del proprio sistema o del Sistema di Accoglienza Centrale o Provinciale è **impossibilitato** ad erogare secondo le regole stabilite dal decreto della ricetta dematerializzata, in modo particolare non è in grado di visualizzare quanto inserito elettronicamente nel sistema dal medico prescrittore, deve basarsi su quanto indicato nel promemoria cartaceo presentatogli dall'assistito, in base a quanto stabilito dal comma 7, art. 1 del DM 2 novembre 2011.

L'erogatore, al termine del malfunzionamento, è tenuto a trasmettere i dati dell'erogazione avvenuta sul promemoria cartaceo il **prima possibile** e in maniera **differita** rispetto alla reale erogazione.

Il SAP trasmetterà successivamente tali ricette al SAC con l'apposito web service ed il codice di segnalazione malfunzionamento riservato al SAP stesso.

Nel campo del web service per la segnalazione del malfunzionamento devono essere inseriti in alternativa uno dei seguenti codici:

- il codice **DIFFSAC1**: tale codice deve essere inserito nel caso in cui il malfunzionamento sia imputabile al SAC (fermo programmato di sistema, malfunzionamenti temporanei). Si ricorda che per tale tipo di malfunzionamento gli erogatori **NON** devono aver comunicato nulla né al SAC né al SAP;
- il codice **DIFFSAR1**: tale codice deve essere inserito se i problemi sono attribuibili al sistema del singolo erogatore, di cui il SAP tiene traccia;
- il codice **DIFFSAR2**: tale codice deve essere inserito se i problemi sono attribuibili a problemi del SAP e non dei singoli erogatori.

Nel caso di un malfunzionamento è necessario in ogni caso provvedere ad un controllo, gestito a livello di SAP, che verifichi se:

- la ricetta è presente nel sistema e non è stata ancora presa in carico od erogata, essendo possibile visualizzare i dati della prescrizione;
- la ricetta è presente nel sistema ma è già stata presa in carico o erogata da qualche altra struttura, e non è possibile vedere i dati della ricetta stessa;
- la ricetta non esiste nel sistema ed in tal caso non possono essere visualizzati i dati.

5.4 CHIUSURA DELL'EROGAZIONE DELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA

Il servizio permette alle strutture di erogazione dei servizi sanitari di trasmettere elettronicamente al SAC tramite SAP, le informazioni inerenti alla chiusura dell'erogazione delle ricette dematerializzate registrate dai medici prescrittori; preventivamente le ricette devono essere state visualizzate e prese in carico in maniera esclusiva dalla struttura erogatrice (STATO DI PROCESSO =5).

La presa in carico di una ricetta in maniera esclusiva e la chiusura dell'erogazione devono essere effettuate dallo stesso soggetto erogatore.

Di seguito viene riportato uno specchietto riepilogativo di come può essere trattata una ricetta dematerializzata già presa in carico da un erogatore (STATO DI PROCESSO = 5):

Al termine di queste operazioni, ossia quando risulta completamente lavorata, la ricetta passa allo STATO DI PROCESSO 8 "ricetta erogata".

La ricetta dematerializzata, se non dovesse essere erogata contestualmente alla presa in carico in maniera esclusiva deve essere sospesa.

Qualsiasi operazione sia stata effettuata, al momento dell'erogazione e, di conseguenza, dell'invio dei dati al SAC tramite SAP, nel caso di prestazioni specialistiche, la struttura di erogazione trasmette, tra l'altro, il codice della prestazione erogata, oltre ai dati contabili derivanti dall'erogazione. Dichiara inoltre, tramite la valorizzazione di un apposito campo, che l'assistito attesta di avere fruito della prestazione specialistica.

Azioni sulla ricetta già presa in carico	Tipo operazione
<p>EROGAZIONE TOTALE: tutte le prestazioni specialistiche contenute in ricetta vengono erogate e la ricetta deve considerarsi completamente erogata. Nelle ricette di tipo specialistico le varie erogazioni possono essere anche avvenute in tempi diversi e la cosa importante è che tutte siano state erogate (sia che siano prestazioni cicliche oppure no)</p> <p>Es:</p> <p><i>prescrizione 1: erogata il 1.1.</i></p> <p><i>prescrizione 2: erogata il 1.1. •• ricetta completamente erogata</i></p> <p>nell'applicazione web l'azione da intraprendere scegliendola dall'apposita combo box è: "erogazione totale delle prescrizioni e chiusura ricetta"</p>	<p>1</p>

<p>EROGAZIONE PARZIALE: solo parte delle prestazioni specialistiche contenute in ricetta vengono erogate, ma la ricetta deve considerarsi completamente erogata. L'azione avviene in un unico momento temporale, solitamente per volontà dell'assistito che decide di non usufruire di tutto ciò che il medico ha prescritto. Tale caso va applicato anche se in un ciclo di prestazioni specialistiche non vengono erogate tutte le sedute.</p> <p>Es: <i>prescrizione 1: erogata il 1.1.</i> <i>prescrizione 2: non erogata</i> ☒☒ <i>ricetta completamente erogata</i> nell'applicazione web l'azione da intraprendere scegliendola dall'apposita combo box è: "erogazione parziale delle prescrizioni e chiusura ricetta"</p>	3
--	---

Come già accennato, nel caso in cui l'erogatore sia impossibilitato a eseguire l'operazione di visualizzazione e presa in carico della ricetta in maniera informatica e successivamente a chiudere totalmente una erogazione, sia per malfunzionamenti del sistema oppure della sua apparecchiatura o ancora per altre cause indipendenti dalla sua volontà, deve erogare sulla base del promemoria presentato dall'assistito e deve trasmettere il prima possibile in maniera differita i dati dell'erogazione per via informatica al ristabilirsi delle condizioni che glielo avevano impedito.

5.5. ANNULLAMENTO DI INFORMAZIONI ERRATE NELLA RICETTA DEMATERIALIZZATA GIÀ EROGATA

Nel caso in cui l'erogatore si accorga di avere commesso errori nella trasmissione dei dati di una ricetta dematerializzata che è stata erogata (STATO DI PROCESSO=8), può comunicare al sistema che intende annullare quanto inserito e inviare nuovamente i dati corretti con gli appositi web services o applicazione web.

Il servizio di annullamento ha tre scopi grazie a diversi tipi di operazione:

- tipo operazione 1: riservato ai farmacisti;
- tipo operazione 2: permette di comunicare al sistema che qualsiasi altro dato precedentemente trasmesso deve essere annullato e comunicato successivamente con gli appositi web services o applicazione web.
- tipo operazione 3: permette di comunicare al sistema che la ricetta non solo deve essere annullata, ma deve anche essere revocata dalla proprietà esclusiva dell'erogatore che l'aveva erogata completamente. In tal modo torna ad essere disponibile a tutti gli erogatori del settore.

Quindi a seguito di un annullamento, la ricetta dematerializzata già erogata viene storicizzata, mentre con lo stesso NRE la ricetta:

- torna allo STATO DI PROCESSO=5, se si usa il codAnnullamento 1 oppure 2, che NON REVOCA la presa in carico da parte dell'erogatore,
- torna allo STATO DI PROCESSO=3, se si usa il codAnnullamento 3, che REVOCA la presa in carico da parte dell'erogatore.

Nel caso di utilizzo dei valori di codice annullamento 1 oppure 2, ossia senza revoca della presa in carico della ricetta che rimane di proprietà dello stesso erogatore che l'aveva erogata, la nuova erogazione avviene grazie all'utilizzo dell'apposito "Servizio per la comunicazione di chiusura dell'erogazione di una ricetta dematerializzata" e lo STATO DI PROCESSO che viene assegnato ad una erogazione successiva ad un annullamento è 9: il significato di 9 è lo stesso del valore 8 (ricetta erogata), ma serve a far capire immediatamente all'utilizzatore del servizio che esiste una storia pregressa della ricetta con lo stesso NRE.

Si fa notare che a seguito dell'utilizzo del codice annullamento 1 oppure 2, ossia senza revoca della presa in carico della ricetta, la data di erogazione della ricetta impostata nella prima chiusura **NON PUO' ESSERE MODIFICATA** a seguito della variazione, ma solo confermata. Lo scopo è correggere dati inseriti e non quando è avvenuta l'erogazione.

Con l'utilizzo del codice annullamento 3 invece, quindi con revoca della presa in carico della ricetta che torna allo STATO DI PROCESSO=3, la data di erogazione può essere modificata rispetto a quella della prima chiusura e deve essere coerente con la nuova data di presa in carico.

5.6. RICETTA EROGATA NON CARICO DEL SSP

L'assistito può scegliere di non usufruire del Servizio Sanitario Provinciale ma di pagare in proprio quanto prescritto in ricetta.

In tal caso il laboratorio utilizza la ricetta come attestazione di quanto richiesto dal medico prescrittore e la restituisce all'assistito, seguendo le indicazioni provinciali in merito.

Il Sistema TS, in tal caso, deve ricevere comunicazione da parte del laboratorio:

- che la ricetta è stata regolarmente presa in carico in modo da bloccarne il suo utilizzo da parte di altre strutture,
- che il ciclo di vita della ricetta è terminato e che non devono essere trasmessi dati economici di erogazione in quanto questa non è avvenuta a carico del SSP.

Il tipo di operazione "ricetta sospesa" permette di comunicare al sistema TS quanto sopra specificato. L'operazione può essere revocata rilasciando nuovamente la possibilità di presa in carico della ricetta.

5.7. CONTENUTO DEL TRACCIATO InvioErogatoRichiesta

Di seguito è riportato il contenuto del tracciato di erogazione delle prestazioni. Per gli altri tracciati record e le specifiche tecniche per l'invio dei dati delle ricette erogate si rimanda al sito del Sistema Tessera Sanitaria.

http://sistemats1.sanita.finanze.it/wps/content/Portale_Tessera_Sanitaria/STS_Sanita/Home/Sistema+TS+informa/Medici+in+rete/Ricetta+dematerializzata+DM+2+novembre+2011/

N	Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
1	pinCode	il codice pin di chi invia i dati dal SAC. Se l'invio al SAC avviene tramite SAP o Azienda Sanitaria il Codice Pin è quello in possesso dell'inviante.	Obbligatorio
2	codiceRegioneErogatore	Codice Regione / Provincia Autonoma della struttura erogatrice	Obbligatorio
3	codiceAslErogatore	Codice della ASL della struttura erogatrice	Obbligatorio
4	codiceSsaErogatore	Codice identificativo della struttura erogatrice secondo la codifica con cui sono state assegnate le credenziali di accesso al Sistema TS.	Obbligatorio
5	pwd	Identificativo dell'utente che ha effettuato l'operazione. Il dato ha senso di essere impostato dal SAP che comunica con il SAC attraverso il proprio identificativo provinciale e non con quello dei singoli attori, che vengono riconosciuti solo a livello locale.	Facoltativo
6	nre	Numero di Ricetta Elettronica	Obbligatorio
7	cfAssistito	Codice fiscale dell'assistito. Se l'assistito è provvisto di Tessera Sanitaria l'elemento è OBBLIGATORIO per la ricerca della prescrizione. Se l'assistito è un soggetto privo di Tessera Sanitaria (ad es. straniero europeo o extraeuropeo) il campo deve essere lasciato vuoto in quanto il soggetto non possiede un codice fiscale. Tale campo deve essere inserito criptato tramite l'utilizzo del certificato SanitelCF.cer.	Facoltativo

N	Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
8	tipoOperazione	Tipologia di operazione che l'erogatore vuole compiere sulla ricetta dematerializzata. Valori: 1 = erogazione totale della ricetta 2 = erogazione singola prescrizione della ricetta. Il valore 2 deve essere abbinato al valore 6 descritto di seguito. 3 = erogazione parziale della ricetta a causa dell'erogazione di una sola parte delle prescrizioni /prestazioni specialistiche in essa contenute, dovuta ad una volontà dell'assistito di non ricevere tutto il prescritto. 4 = valore non utilizzato 5 = valore non utilizzato 6 = chiusura dell'erogazione singola della ricetta. Il valore 6 deve essere abbinato al valore 2 descritto in precedenza.	Obbligatorio
9	prescrizioneFruita	Dichiarazione di effettiva erogazione della prestazione specialistica e di conseguente fruizione da parte dell'assistito. Corrisponde alla firma che viene apposta in tali casi sul retro della ricetta cartacea. Valori: 1: le prescrizioni di cui si inviano i dati sono state fruita dall'assistito	Obbligatorio
10	tipoErogazioneSpec	Tipologia di erogazione di prestazioni specialistiche Valori ammessi: null = nessun valore tra quelli successivi A = "Accesso Diretto", P = "Pronto Soccorso", D = "Ricetta specialistica interna"	Facoltativo
12	quotaFissa	Ammontare della quota fissa che l'assistito deve pagare per le prestazioni specialistiche secondo normativa nazionale e provinciale	Obbligatorio (se assente indicare 0)
13	franchigia	Ammontare della franchigia che l'assistito deve pagare per le prestazioni specialistiche	Obbligatorio (se assente indicare 0)
14	galDirChiamAltro	Importo per prestazioni di assistenza specialistica.	Obbligatorio (se assente indicare 0)
15	reddito	Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no. Corrisponde al campo "R" (REDDITO) della ricetta cartacea, che con nuove regole sui codici esenzione non viene più compilato. Valori ammessi: "null" = ricetta per assistito non esente per reddito; 1 = ricetta per assistito esente per reddito	Facoltativo
16	dataSpedizione	Data di spedizione (ossia erogazione) della ricetta	Obbligatorio
17	dispRic1	Campo per futuro utilizzo	Facoltativo
18	dispRic2	Campo per futuro utilizzo	Facoltativo
19	dispRic3	Campo riservato alle Regioni/P.A., nel quale inserire informazioni di loro interesse, non controllate dal SAC. Deve essere rispettata la lunghezza del campo e l'utilizzo dei caratteri ammessi.	Facoltativo
Per ogni prescrizione inserita dal medico ripetizione di DettaglioPrescrizione			
20	codProdPrest	Codice prestazione specialistica come indicato nel prescritto (1)	Facoltativo, ma obbligatorio se inserito in fase di prescrizione

N	Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
21	descrTestoLiberoNote	Descrizione in testo libero da inserire solo per prestazioni specialistiche (1)	Facoltativo, ma obbligatorio se inserito in fase di prescrizione
22	codProdPrestErog	Codice della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore provinciale	Obbligatorio
23	descrProdPrestErog	Descrizione della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore provinciale	Obbligatorio
24	flagErog	Il flag assume diversi valori, ed è riferito a ciò che è stato inserito nel campo codProdPrestErog. V = il codice prestazione inserito nel campo è stato variato dall'erogatore specialistico rispetto a quanto prescritto dal medico, con un'altra prestazione appartenente alla stessa branca	Facoltativo
25	codBranca	Codice della branca specialistica della prestazione, come da nomenclatore provinciale	Obbligatorio
26	prezzo	Tariffa della prestazione specialistica applicata al cittadino al lordo dello sconto	Obbligatorio
27	quantitaErogata	Quantità effettivamente erogata	Elemento obbligatorio. Il valore indica l'effettivo numero di prestazioni erogate
28	dataIniErog	Data inizio erogazione	Obbligatorio. Equivale alla data di inizio erogazione.
29	dataFineErog	Data fine erogazione	Obbligatorio. Equivale alla data di fine erogazione
30	prezzoRimborso	Prezzo rimborso al laboratorio	Obbligatorio (se assente indicare 0).
31	codPresidio	Codice del presidio di erogazione della prestazione	Facoltativo
32	codReparto	Codice del reparto di erogazione della prestazione	Facoltativo.
33	dispFust1	Campo per futuro utilizzo	Facoltativo
34	dispFust2	Campo per futuro utilizzo	Facoltativo
35	dispFust3	Campo riservato alle Regioni/P.A., nel quale possono inserire informazioni di loro interesse, non controllate dal SAC. Deve essere rispettata la lunghezza del campo e l'utilizzo dei caratteri ammessi.	Facoltativo
36	codCatalogoPrescr	Il campo deve contenere il codice del catalogo provinciale della prestazione come indicato nel prescritto (1)	Facoltativo, ma obbligatorio se inserito in fase di prescrizione

N	Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
37	codCatalogoErog	Il campo, valorizzato unicamente per prescrizioni specialistiche , contiene il codice del catalogo provinciale della prestazione erogata.	Facoltativo
38	garanziaTempiMax	Il campo, presente unicamente per prescrizioni specialistiche , deve essere valorizzato con: 1: utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa 0: utente che non rientra nella categoria precedente	Facoltativo; obbligatorio per le prestazioni del PNGLA
39	dataPrenotazione	Il campo, presente unicamente per prescrizioni specialistiche , è valorizzato con la data nel formato gg/mm/aaaa Come da definizione del PNGLA la data è riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.	Facoltativo; obbligatorio per le prestazioni del PNGLA

(1): i campi indicati nella nota devono essere trasmessi al SAC, anche tramite SAR, esattamente con gli **stessi valori** con cui sono stati inseriti in fase di prescrizione, in quanto hanno funzione di identificativo delle prescrizioni / prestazioni specialistiche inserite dal medico su cui inserire i dati dell'erogazione. Unicamente nei casi in cui le singole Regioni hanno fornito al SAC una tabella di corrispondenza tra vecchio e nuovo codice di nomenclatori regionali, possono essere applicati controlli uguaglianza.

6. RESTITUZIONE DEI DATI DELLE RICETTE DEMATERIALIZZATE

I dati relativi ai due flussi di prescrizione ed erogazione delle ricette dematerializzate devono essere inviati alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. (SIAG) secondo i tracciati riportati in allegato.

I dati contenuti nelle ricette prescritte possono essere distinti in tre archivi:

- dati anagrafici dell'assistito
- dati clinici comuni a tutta la ricetta
- dati clinici di dettaglio della ricetta

La ricetta può contenere più prescrizioni, di conseguenza per ogni record delle sezioni anagrafica e comune possono essere identificati più record nella parte di dettaglio della ricetta, identificati da un numero progressivo. Per la sezione di dati clinici comuni il numero progressivo è impostato per definizione a '99'

Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali si prevede la conservazione dei dati nei tre archivi distinti. Il campo chiave per la ricongiunzione dei tre archivi è costituito dal Numero di Ricetta Elettronica (NRE).

L'invio a regime dei dati partirà dal 1° gennaio 2017, con cadenza settimanale.

6.1. ARCHIVIO ANAGRAFICA

1. Numero di Ricetta Elettronica (NRE)

Il NRE è prodotto dal SAC per identificare univocamente a livello nazionale una ricetta dematerializzata. La struttura dell'NRE è la seguente:

- AAA BB C DDDDDDD EE per un totale di 15 caratteri così suddivisi:
- AAA = codice della Regione / Prov. Autonoma o medico prescrittore che richiede il lotto;
- BB = codice raggruppamento lotto, ossia codice alfanumerico assegnato automaticamente dal SAC, che contraddistingue ricette con protocolli uguali;
- C = identificativo del lotto, in base al quale il richiedente decide quanti NRE deve contenere il lotto, da un minimo di 100 ad un massimo di un miliardo di numeri;
- DDDDDDD = codice del lotto assegnato dal SAC (nella sua lunghezza massima);
- EE = numero progressivo all'interno del lotto (nella sua lunghezza minima).

La lunghezza totale di un NRE è sempre di 15 caratteri.

La somma dei campi DDDDDDD + EE è sempre di 9 caratteri, potendo DDDDDDD variare da un massimo di 7 cifre ad un minimo di 0 e di conseguenza potendo EE variare da un massimo di 9 cifre ad un minimo di 2, in funzione del valore assunto dal campo C che indica quanti NRE sono richiesti in un lotto.

Per uniformare il NRE all'identificativo impegnativa del tracciato per le prestazioni specialistiche di cui all'art. 50 del DL 269/2003, i caratteri vanno allineati a destra introducendo cinque caratteri iniziali vuoti.

2. COGNOME (COG)

Indicare il cognome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il cognome, senza aggiunta di titoli o simili (non dott. Rossi, ma Rossi).

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

3. NOME (NOME)

Indicare il nome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il nome senza aggiunta di titoli o simili (non suor Maria, ma Maria).

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

4. COGNOME ACQUISITO (NOMEA)

Indicare il cognome acquisito del paziente.

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

5. SESSO (SESSO)

Indicare il sesso del paziente:

- 1 = maschio
- 2 = femmina

6. DATA DI NASCITA (DNASCITA)

Indicare il giorno, il mese e l'anno di nascita del paziente nel formato: gg/mm/aaaa.

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato codificare con 0101aaaa.

7. COMUNE DI NASCITA (COM NASC)

Il codice da utilizzare è il codice del comune italiano definito dall'ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia (Provincia di Bolzano = 021) e i successivi un progressivo all'interno della provincia che individua il singolo comune.

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

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

Se il paziente è nato all'estero, ma non si conosce il paese estero codificare 999998.

Se non si ha alcuna informazione legata al luogo di nascita dell'assistito codificare 999999

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato indicare solo i primi tre caratteri che individuano la provincia, secondo il codice ISTAT; in caso di provincia sconosciuta o persona nata all'estero inserire solo nei primi tre caratteri '999'.

8. STATO CIVILE (S CIVILE)

Va riportato lo stato civile del paziente al momento dell'erogazione della prestazione.

Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

- 1= celibe/nubile;
- 2= coniugato/a;
- 3= separato/a;
- 4= divorziato/a;
- 5= vedovo/a;
- 6= non dichiarato.

9. COMUNE DI RESIDENZA ANAGRAFICA (COM RES)

La residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Il codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, nel caso di pazienti residenti in Italia; per i residenti in Provincia di Bolzano le prime 3 cifre identificano la Provincia (Provincia di Bolzano = 021 e le successive 3 identificano il comune).

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

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

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

Se non si conosce il comune codificare: 999999

Se non si ha alcuna informazione legata al comune codificare: 999999

Per i senza fissa dimora codificare: 999999

10. CITTADINANZA (C CITT)

Si fa presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza (molti residenti in una regione italiana possono essere cittadini di Paesi esteri).

Se il paziente ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta dal paziente.

Per la cittadinanza italiana inserire "100". Per cittadinanze estera inserire il codice del Ministero degli Interni a 3 cifre. Per gli apolidi inserire "999". Se la cittadinanza è sconosciuta o se l'assistito chiede di beneficiare del diritto di anonimato utilizzare "998".

11. CODICE SANITARIO INDIVIDUALE (COD SANI)

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

Se il paziente non è iscritto al Servizio sanitario provinciale il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatico che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche.

Esempio:

codice del libretto sanitario = 6g1/14456346/1 _ 1445635555555555

codice del libretto sanitario = F12/0103015311/4 _ 0103015355555555

dove 5= spazio

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, il campo deve rimanere vuoto (blank).

Si sottolinea che è compito dell'azienda sanitaria inserire le nuove posizioni anagrafiche nella banca dati provinciale assistibili (BDPA).

12. REGIONE DI RESIDENZA (REG RES)

Per i residenti italiani è la regione in cui il paziente ha la sua residenza (Codice Ministero della Sanità a 3 cifre, DM 17/09/86). La regione di residenza può essere diversa dalla regione di assistenza.

Per i residenti all'estero inserire il codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno.

Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES=999999 o 999998 o 999997) compilare con "000".

13. COMPENSORIO SANITARIO/AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA (ASL RES)

È il comprensorio sanitario o (azienda sanitaria per i non residenti) che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre.

Per i residenti all'estero non compilare.

La corretta compilazione di questo campo è fondamentale per evitare le contestazioni da parte di altre regioni in sede di compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

Per i residenti in Italia qualora questo campo non venga compilato dal comprensorio sanitario verrà inserito dalla Provincia basandosi sul campo del comune di residenza.

14. REGIONE DI ASSISTENZA (REG ASS)

È la regione di appartenenza dell'ASL di assistenza.

La regione di assistenza può essere diversa dalla regione di residenza.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

15. COMPENSORIO SANITARIO/AZIENDA SANITARIA DI ASSISTENZA (ASL ASS)

È il comprensorio sanitario (azienda sanitaria per i non residenti) in cui è iscritto il paziente.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

16. TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE (TIPO ID)

Questa variabile deve essere compilata per tutti i pazienti. Indicare se il codice contenuto nel campo COD_ID (codice identificativo utente) fa riferimento a:

- 1 = codice fiscale
- 2 = STP (straniero temporaneamente presente)
- 3 = AA (anonimo)
- 4 = TEAM (codice personale della TEAM)

9 = ENI (cittadino UE indigente con attestato ENI)²

Z = Altro (codice fiscale + TEAM)³

17. CODICE IDENTIFICATO UTENTE (COD ID)

Il codice fiscale, ovvero quello del Ministero delle Finanze, deve essere indicato per tutti i pazienti residenti in Italia.

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice provinciale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e della circolare del Ministero della Sanità 24 aprile 2000, n. 5) composto da STP + codice regione + codice ASL + progressivo.

Nel caso di assistito SASN il campo deve essere compilato con il codice fiscale dell'assistito.

Nel caso di soggetto assicurato da istituzioni estere va inserito il numero di identificazione personale indicato sulla Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) e i dati assicurativi dell'assistito devono essere riportati negli appositi campi relativi alla TEAM.

Per gli stranieri comunitari indigenti (Cittadino UE indigente con attestato ENI), compilare con codice provinciale a sigla ENI a 16 caratteri (ENI + codice regione + codice ASL seguito da numero progressivo).

Per il codice dell'anonimo, il campo può essere compilato con codice fiscale, codice STP, codice ENI, codice TEAM o "X" ripetuto 20 volte⁴.

Per tutti gli altri casi (TIPO_ID = "Z"), compilare con "X" ripetuto 20 volte.

18. NUMERO IDENTIFICAZIONE DELLA TEAM (N TEAM)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

19. CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM (COD IST)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

20. ACRONIMO ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM (DEN IST)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

21. STATO CHE RILASCI LA TESSERA (ST ESTERO)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

22. TIPO DI ASSISTENZA PREVISTA DALLA TEAM (TIPO TEAM)

Valorizzare con E111 o con E106 in base al tipo di assistenza, solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

23. DATA SCADENZA TESSERA (DATA SCAD)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

² Il codice ENI sostituisce il codice CTA (Cittadini Temporaneamente Assistiti).

³ Comprende i codici SPAG (Straniero Pagante in Proprio), ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato da altre tipologie non elencate), HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia)

⁴ Modalità valida a partire dal 01.01.2017. I codici fiscali, ENI, STP, TEAM sono richiesti per l'invio dei dati al Ministero dell'Economia e Finanza e verranno successivamente criptati per il flusso provinciale.

6.2. ARCHIVIO DATI CLINICI

6.2.1. Sezione dati comuni di prescrizione

1. NUMERO DI RICETTA ELETTRONICA (NRE)

Il NRE è prodotto dal SAC per identificare univocamente a livello nazionale una ricetta dematerializzata. La struttura dell'NRE è la seguente:

AAA BB C DDDDDDD EE per un totale di 15 caratteri così suddivisi:

AAA = codice della Regione / Prov. Autonoma o medico prescrittore che richiede il lotto;

BB = codice raggruppamento lotto, ossia codice alfanumerico assegnato automaticamente dal SAC, che contraddistingue ricette con protocolli uguali;

C = identificativo del lotto, in base al quale il richiedente decide quanti NRE deve contenere il lotto, da un minimo di 100 ad un massimo di un miliardo di numeri;

DDDDDDD = codice del lotto assegnato dal SAC (nella sua lunghezza massima);

EE = numero progressivo all'interno del lotto (nella sua lunghezza minima).

La lunghezza totale di un NRE è sempre di 15 caratteri.

La somma dei campi DDDDDDD + EE è sempre di 9 caratteri, potendo DDDDDDD variare da un massimo di 7 cifre ad un minimo di 0 e di conseguenza potendo EE variare da un massimo di 9 cifre ad un minimo di 2, in funzione del valore assunto dal campo C che indica quanti NRE sono richiesti in un lotto.

Per uniformare il NRE all'identificativo impegnativa del tracciato per le prestazioni specialistiche di cui all'art. 50 del DL 269/2003, i caratteri vanno allineati a destra introducendo cinque caratteri iniziali vuoti.

2. CODICE FISCALE MEDICO TITOLARE (CFMEDICO1)

Codice fiscale del medico a cui si deve attribuire la ricetta.

3. CODICE FISCALE MEDICO PRESCRITTORE (CFMEDICO2)

Codice fiscale del medico che compila la ricetta dematerializzata e che corrisponde al soggetto che appone la firma sulla ricetta cartacea.

4. CODICE REGIONE DI PRESCRIZIONE (REG PRESC)

Codice della Regione/Provincia Autonoma del medico prescrittore di cui si invia la ricetta (indicato in CDMEDICO1).

5. CODICE ASL DI PRESCRIZIONE (ASL PRESC)

Codice della ASL del medico prescrittore di cui si invia la ricetta (indicato in CDMEDICO1).

6. CODICE STRUTTURA DEL MEDICO (STRUTT PRESC)

Codice della struttura dove opera il medico indicato in CFMEDICO1.

Tale dato è strettamente collegato alla decisione provinciale di attribuire, in fase di censimento dei propri medici, il codice struttura dove un prescrittore opera con una certa specializzazione. Fintanto che non sarà definito tale dato il codice struttura deve essere obbligatoriamente lasciato vuoto.

7. CODICE SPECIALIZZAZIONE DEL MEDICO (SPEC PRESC)

Codice della specializzazione del medico prescrittore di cui si invia la ricetta (indicato in CDMEDICO1).

Valori ammessi:

A = Specialista Ambulatoriale (Ex SUMAI)

B = Medico consulente

C = Specialista di struttura privata accreditata

D = Dipendente dei servizi territoriali ASL

F = Medico di medicina generale

G = Guardia medica

H = Specialista ospedaliero

I = Medico INAIL

P = Pediatra di libera scelta
T = Guardia medica turistica
U = Medico di azienda ospedaliero - universitaria
X = Altro (tirocinanti, specializzandi, etc.)
Z = Altra specializzazione

8. TIPOLOGIA RICETTA COMPILATA (TIPO IMP)

Tipologia della ricetta compilata. Il campo Codice identificativo utente (COD_ID) è compilato o meno in funzione della tipologia della ricetta.

Per gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale residenti in Italia il campo non va compilato.

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

Valori ammessi:

EE = Assicurati extra-europei in temporaneo soggiorno
UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno
NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale
ND = Assistiti SASN con visita domiciliare
NE = Assistiti da istituzioni europee
NX = Assistiti SASN extraeuropei
ST = Stranieri in temporaneo soggiorno

9. RICETTA INTERNA (INTERNA)

Ricetta per prestazioni specialistiche prescritta internamente ad una struttura pubblica ed erogata all'interno della stessa struttura.

Valori ammessi:

"null" = la ricetta non è sottoposta a vincoli di erogazione in una determinata struttura,
1 = la ricetta deve essere erogata nella stessa struttura di prescrizione.

10. ESENZIONE (CD ESENZ)

Codice esenzione riportato in ricetta. Riportare i codici di esenzioni dell'Allegato C.

Nel caso di esenzione per patologie croniche e invalidanti riportare le prime tre cifre del codice identificativo di esenzione della malattia o condizione indicato nella ricetta (D.M. 28 maggio 1999, n.329). Nel caso di esenzione per malattie rare riportare il codice identificativo di esenzione indicato nella ricetta (DM 18 maggio 2001, n. 279).

Fermi restando i limiti di prescrivibilità previsti dalla vigente normativa, ciascuna ricetta non può contestualmente contenere la prescrizione di prestazioni erogabili in regime di esenzione e altre prestazioni non esenti.

11. ASSISTITO NON ESENTE (ESENZIONE)

Campo che indica se l'assistito è esente oppure no.

Valori ammessi:

"null" = ricetta per assistito esente
1 = ricetta per assistito non esente.

12. ASSISTITO ESENTE PER REDDITO (REDDITO)

Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no.

Valori ammessi:

"null" = ricetta per assistito non esente per reddito
1 = ricetta per assistito esente per reddito.

13. DIAGNOSI O SOSPETTO DIAGNOSTICO (DIAG SOS)

Codice diagnosi o del sospetto diagnostico secondo la codifica ICD9-CM.

Per tutte le prescrizioni la compilazione di almeno uno dei campi tra codice diagnosi e descrizione diagnosi è obbligatoria.

14. DESCRIZIONE DELLA DIAGNOSI (DIAG_DESC)

Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico in testo libero.

15. DATA COMPILAZIONE RICETTA (DATA_IMP)

Data compilazione della ricetta da parte del medico nel formato gg/mm/aaaa.

16. TIPO DI VISITA (TIPO_VISITA)

Tipologia della visita.

Valori ammessi:

A = ambulatoriale

D = domiciliare

17. INDICAZIONE ALLA PRESCRIZIONE (INDICAZIONE)

Tipologia della prescrizione.

Valori ammessi:

“null” = campo non impostato

S= Suggesta

H= Ricovero

18. PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE (PRI_PRES)

Classe di priorità della prescrizione.

Valori ammessi:

“null” = campo non impostato

U = “Entro 24 ore”

B = “Entro 10 giorni”

D = “Entro 30 (visite), entro 60 giorni (determinate branche)”

P = “Senza priorità”

6.2.2. Sezione dati di dettaglio di prescrizione

19. CODICE NOMENCLATORE DELLA PRESTAZIONE PRESCRITTA (NOMENCL_PRES)

Codice prestazione specialistica secondo il nomenclatore provinciale delle prestazioni.

20. DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE PRESCRITTA (DESC_PRES)

Descrizione testuale della prestazione specialistica. Si veda apposita nota di seguito per la spiegazione (***) Impostazione dei codici nomenclatore, catalogo e relative descrizioni per le prestazioni specialistiche).

21. QUANTITÀ DELLE PRESTAZIONI PRESCRITTE (NUM_PRES)

Quantità di prestazioni specialistiche prescritte.

22. CODICE CATALOGO DELLA PRESTAZIONE PRESCRITTA (CATAL_PRES)

Deve contenere il codice del catalogo provinciale della prestazione prescritta.

23. TIPO DI ACCESSO (ACCESSO)

Il campo, da utilizzarsi unicamente per prescrizioni specialistiche del PNGLA, indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso o ad un accesso successivo.

0 = Primo accesso

1 = Accesso successivo.

24. NUMERO NOTA (NOTA)

Numero progressivo identificativo della nota come previsto nel DM 9 dicembre 2015 per uno specifico codice prestazione. Il numero nota è sempre presente per le prestazioni del DM 9 dicembre 2015.

25. CONDIZIONI DI EROGABILITÀ (EROGABILITÀ)

Condizione di erogabilità come prevista nel DM 9 dicembre 2015 per uno specifico codice prestazione. La condizione di erogabilità può essere presente oppure no per una determinata prestazione.

26. APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (APPROPRIATEZZA)

Indicazione di appropriatezza prescrittiva come prevista nel DM 9 dicembre 2015 per uno specifico codice prestazione. L'indicazione di appropriatezza prescrittiva può essere presente oppure no per una determinata prestazione.

27. PATOLOGIA (PATOLOGIA)

Codice patologia come previsto nel DM 9 dicembre 2015 per uno specifico codice prestazione. Il codice di patologia può essere presente oppure no per una determinata prestazione.

6.2.3. Sezione dati comuni di erogazione

28. REGIONE DI EROGAZIONE (REG EROG)

Codice della regione della struttura erogatrice:

29. ASL DI EROGAZIONE (ASL EROG)

Codice della ASL della struttura erogatrice

30. STRUTTURA EROGATRICE (CO STS11)

Codice identificativo della struttura erogatrice secondo la codifica con cui sono state assegnate le credenziali di accesso al Sistema TS.

31. TIPO DI OPERAZIONE (OPERAZIONE)

Tipologia di operazione che l'erogatore vuole compiere sulla ricetta dematerializzata.

Valori ammessi:

1 = erogazione totale della ricetta

2 = erogazione singola prescrizione della ricetta. Il valore 2 deve essere abbinato al valore 6 descritto di seguito.

3 = erogazione parziale della ricetta a causa dell'erogazione di una sola parte delle prescrizioni /prestazioni specialistiche in essa contenute, dovuta ad una volontà dell'assistito di non ricevere tutto il prescritto.

4 = valore non utilizzato

5 = valore non utilizzato

6 = chiusura dell'erogazione singola della ricetta. Il valore 6 deve essere abbinato al valore 2 descritto in precedenza.

32. TIPO EROGAZIONE (TIPO EROG)

Tipologia di erogazione di prestazioni specialistiche

Valori ammessi:

"null" =nessun valore tra quelli successivi

A = "Accesso Diretto",

P = "Pronto Soccorso",

D = "Ricetta specialistica interna"

33. QUOTA FISSA (QUOTA FISSA)

Ammontare della quota fissa che l'assistito deve eventualmente pagare, oltre al ticket, per le prestazioni specialistiche secondo normativa nazionale e provinciale, come nel caso dell'accesso ingiustificato al Pronto Soccorso.

34. FRANCHIGIA (IMP TCK)

Ammontare della franchigia o dell'importo ticket che l'assistito deve pagare per le prestazioni specialistiche. Il campo va compilato soltanto nella sezione dei dati clinici comuni.

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

35. IMPORTO (IMP TARI)

Importo totale della ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica. Nell'archivio dei dati clinici comuni deve essere riportato l'importo netto, ossia la somma degli importi totali decurtati dell'importo del ticket. Gli importi totali corrispondono alla somma dei prodotti tra il numero prestazioni (NUM_PRES) e la tariffa (TARIFFA) presenti nella sezione di dettaglio della ricetta ad eccezione dei casi in cui la tariffa si riferisce all'intero ciclo di prestazioni o all'intero trattamento e non alla seduta singola (es. 09.42, 09.43, 93.10, 94.45, 99.82, 93.37. etc.).

36. DATA DI SPEDIZIONE (DATA ERO)

Data di spedizione (ossia erogazione o fine ciclo) della ricetta.

6.2.4. Sezione dati di dettaglio di erogazione

37. CODICE NOMENCLATORE PRESTAZIONE EROGATA (COD PRES)

Codice della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore provinciale. Il tariffario provinciale riprende il sistema di codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definito a livello nazionale con il D.M. del 22 luglio 1996.

I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere.

38. DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE EROGATA (DESC EROG)

Descrizione della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore provinciale.

39. VARIAZIONE IN FASE DI EROGAZIONE (FLAG EROG)

Il valore assunto è riferito a ciò che è stato inserito nel campo COD_PRES rispetto al valore presente in NOMENCL_PRES. Valori ammessi:

“null” = campo non impostato

V = il codice prestazione inserito nel campo è stato variato dall'erogatore specialistico rispetto a quanto prescritto dal medico, con un'altra prestazione appartenente alla stessa branca.

40. BRANCA SPECIALISTICA (BRANCA)

Codice della branca specialistica della prestazione, come da nomenclatore provinciale (Allegato D). Qualora una prestazione inclusa nell'elenco “ALTRE” (branca 26) sia prescritta nella stessa ricetta con prestazioni riconducibili ad una delle altre branche specialistiche del tariffario, deve essere considerata come appartenente a tale branca. Qualora, invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento dell'unità operativa/professionista che la eroga (Testo Unico delle Linee guida” allegato alla deliberazione G.P. n. 2390 del 14/06/1999).

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

41. TARIFFA PRESTAZIONE (TARIFFA)

Tariffa della prestazione specialistica applicata al cittadino al lordo dello sconto.

42. QUANTITÀ PRESTAZIONI EROGATE (NUM PRES)

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

43. DATA DI INIZIO EROGAZIONE (D INIZIO)

Indica la data di inizio dell'erogazione.

44. DATA DI FINE EROGAZIONE (D FINE)

Indica la data di completamento dell'erogazione.

45. PREZZO RIMBORSO (RIMBORSO)

Prezzo del rimborso al laboratorio.

46. CODICE PRESIDIO (COD PRESIDIO)

Codice del presidio di erogazione della prestazione.

47. CODICE REPARTO (SPEC)

Codice del reparto di erogazione della prestazione.

48. CODICE CATALOGO PRESTAZIONE EROGATA (CATAL EROG)

Il campo contiene il codice del catalogo provinciale della prestazione erogata.

49. GARANZIA TEMPI MASSIMI (TEMPI MAX)

Il campo deve essere valorizzato con:

- 1: utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa
- 0: utente che non rientra nella categoria precedente.

50. DATA DELLA PRENOTAZIONE (D PRENOT)

Il campo è valorizzato con la data di prenotazione della prestazione. Come da definizione del PNGLA la data è riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.

51. PROGRESSIVO PER PRESCRIZIONE (PROG IMP)

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa impegnativa. Nell'archivio dei dati clinici comuni il valore è impostato a '99', deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo delle informazioni cliniche comuni a tutta la ricetta.

52. AMBULATORIO (AMBULATORIO)

Indica la tipologia di ambulatorio/laboratorio presso i quali è erogabile la prestazione. Tale campo non viene dichiarato dal medico, ma viene restituito dal SAC se previsto nel DPCM 12 gennaio 2017 per la prestazione utilizzata nella prescrizione.

53. SEDUTE (SEDUTE)

Numero di ripetizioni/sedute prescritte dal medico per prescrizioni ripetitive/cicliche. Elemento obbligatorio solo per prescrizioni ripetitive/cicliche previste dal DPCM 12 gennaio 2017

ALLEGATO A: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI DI PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

ARCHIVIO 1: VARIABILI ANAGRAFICHE

N	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
1	NRE	L'elemento contiene il Numero di ricetta elettronica (NRE).	AN	15	OBBL	
2	COG	Cognome dell'assistito	AN	30	OBBL	
3	NOME	Nome dell'assistito	AN	30	OBBL	
4	NOMEA	Cognome acquisito	AN	30		
5	SESSO	Sesso	AN	1	OBBL	1 = maschio 2 = femmina
6	DNASCITA	Data di nascita	Data	10	OBBL	GG/MM/AAAA
7	COM_NASC	Comune di nascita	AN	6	OBBL	Codice comune ISTAT (i.e. Bolzano = 021008) Comune sconosciuto Italia: 999997 Straniero e paese sconosciuto: 999998 Sconosciuto: 999999
8	S_CIVILE	Stato civile	AN	1		
9	COM_RES	Comune di residenza anagrafica	AN	6	OBBL	Codice comune ISTAT (i.e. Bolzano =021008) Res.estero: 999 + cod.stato Straniero e paese sconosciuto: 999998 Sconosciuto o senza fissa dimora: 999999 Comune sconosciuto Italia: 999997 Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.
10	C_CITT	Cittadinanza	AN	3	OBBL	Codici del Ministero degli Interni (i.e. 100=Italia) apolidi = 999 sconosciuta = 998 anonimo = 998
11	COD_SANI	Codice sanitario individuale.	AN	20	OBBL	Obbligatorietà se TIPO_ID è uguale a 2 / 4 / 5 / 6 / 9 / A / X Se compilato, verifica della presenza in banca dati anagrafica assistibili.

N	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
12	REG_RES	Regione di Residenza	AN	3	OBBL	Per gli stranieri residenti all'estero codice ISTAT del paese estero. Se sconosciuta = 999 Codici DM 17/09/86
13	ASL_RES	Azienda sanitaria di residenza dell'assistito	AN	3		Il campo è obbligatorio per i residenti in Italia. Non compilare per i residenti all'estero. Per pazienti con comune di residenza sconosciuto o anonimo: 999 Se sconosciuta = 999
14	REG_ASS	Regione di assistenza	AN	3		Codici DM 17/09/86 Non compilare per i residenti all'estero Se sconosciuta = 999 Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 999
15	ASL_ASS	Azienda sanitaria di assistenza	AN	3		Non compilare per i residenti all'estero. Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 997 Codici DM 17/09/86
16	TIPO_ID	Tipo identificativo utente	AN	1	OBBL	1 = codice fiscale 2 = STP (straniero temporaneamente presente) 3 = AA (anonimo) 4 = TEAM (codice personale della TEAM) 9 = ENI (cittadino UE indigente con attestato ENI) Z = Altro (codice fiscale + TEAM)

N	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
17	COD_ID	Codice identificativo utente	AN	20	OBBL	<ul style="list-style-type: none"> - Codice fiscale per pazienti residenti in Italia e assistiti SSN - Codice provinciale a sigla STP - Codice fiscale per i neonati - Per i pazienti anonimi inserire 20 "X" - Codice TEAM per soggetti assicurati da istituzioni estere - Codice provinciale a sigla SPAG - Codice provinciale a sigla ASC - Codice provinciale a sigla CTA - Codice provinciale a sigla HIC - Se paziente residente a cassa estera va compilato con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero delle Finanze, ovvero quello riportato nella tessera sanitaria
18	N_TEAM	Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere	AN	20	OBBL	Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera
19	COD_IST	Codice istituzione competente del soggetto assicurato da istituzioni estere	AN	15	OBBL	Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera
20	DEN_IST	Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzioni estere	AN	30		Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera
21	ST_ESTERO	Stato del soggetto assicurato da istituzioni estere	AN	2	OBBL	Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera
22	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	4		Valorizzare solamente con E106 o E111 in base al tipo di assistenza, solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
23	DATA_SCAD	Data scadenza della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere nel formato gg/mm/aaaa	Data	10	OBBL	Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera

ARCHIVIO 2: DATI CLINICI

	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
1	NRE	L'elemento contiene il Numero di ricetta elettronica (NRE).	AN	15	OBBL	
2	CFMEDICO1	Codice fiscale del medico a cui si deve attribuire la ricetta.	AN	16	OBBL	
3	CFMEDICO2	Codice fiscale del medico che compila la ricetta dematerializzata e che corrisponde al soggetto che appone la firma sulla ricetta cartacea.	AN	16		
4	REG_PRESC	Codice Regione / Provincia Autonoma del medico prescrittore di cui si invia la ricetta	AN	3	OBBL	
5	ASL_PRESC	Codice ASL del medico prescrittore di cui si invia la ricetta.	AN	3	OBBL	
6	STRUTT_PRESC	Codice della struttura dove opera il medico indicato in cfMedico1.	AN	10		Fintanto che non sarà definito tale dato il codice struttura deve essere obbligatoriamente lasciato vuoto.
7	SPEC_PRESC	Specializzazione del medico prescrittore di cui si invia la ricetta.	AN	1	OBBL	A = Specialista Ambulatoriale (Ex SUMAI) B = Medico consulente C = Specialista di struttura privata accreditata D = Dipendente dei servizi territoriali ASL F = Medico di medicina generale G = Guardia medica H = Specialista ospedaliero I = Medico INAIL P = Pediatra di libera scelta T = Guardia medica turistica U = Medico di azienda ospedaliero - universitaria X = Altro (tirocinanti, specializzandi, etc.) Z = Altra specializzazione

	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
8	TIPO_IMP	Tipologia della ricetta compilata. Il campo Codice assistito è compilato o meno in funzione del Tipo Ricetta.	AN	2		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
9	INTERNA	Ricetta per prestazioni specialistiche prescritta internamente ad una struttura pubblica ed erogata all'interno della stessa struttura.	AN	1		"null" = la ricetta non è sottoposta a vincoli di erogazione in una determinata struttura, 1 = la ricetta deve essere erogata nella stessa struttura di prescrizione.
10	CD_ESENZ	Codice esenzione riportato in ricetta	AN	6		
11	ESENZIONE	Campo che indica se l'assistito è esente oppure no.	AN	1		"null" = ricetta per assistito esente 1 = ricetta per assistito non esente
12	REDDITO	Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no.	AN	1		"null" = ricetta per assistito non esente per reddito 1= ricetta per assistito esente per reddito
13	DIAG_SOS	Codice diagnosi o del sospetto diagnostico secondo la codifica ICD9-CM.	AN	6	OBBL	Per tutte le prescrizioni specialistiche la compilazione di almeno uno dei campi DIAG_SOS e DIAG_DESC è obbligatoria
14	DIAG_DESC	Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico in testo libero.	AN	25	OBBL	
15	DATA_IMP	Data compilazione della ricetta da parte del medico nel formato gg/mm/aaaa	Data	10	OBBL	
16	TIPO_VISITA	Tipologia della visita. Valori ammessi:	AN	1	OBBL	A = ambulatoriale D = domiciliare
17	INDICAZIONE	Tipologia della prescrizione	AN	1		"null" = campo non impostato S = Suggestita H = Ricovero

	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
18	PRI_PRES	Classe di priorità della prescrizione.	AN	1	OBBL	Elemento obbligatorio solo per le prestazioni del PNGLA. "null" = campo non impostato U = "Entro 24 ore" B = "Entro 10 giorni" D = "Entro 30 (visite), entro 60 giorni (determinate branche)" P = "Senza priorità"
19	NOMENCL_PRESC	Codice prestazione specialistica secondo il nomenclatore provinciale delle prestazioni.	AN	9	OBBL	
20	DESC_PRESC	Descrizione testuale della prestazione specialistica.	AN	10	OBBL	
21	NUM_PRESC	Quantità di prestazioni specialistiche prescritte.	N	2	OBBL	
22	CATAL_PRESC	Deve contenere il codice del catalogo provinciale della prestazione prescritta.	AN	16	OBBL	
23	ACCESSO	Il campo, da utilizzarsi unicamente per prescrizioni specialistiche del PNGLA, indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso o ad un accesso successivo.	N	1	OBBL	Elemento obbligatorio solo per le prestazioni del PNGLA. 0 = Primo accesso 1 = Accesso successivo
24	NOTA	Numero progressivo identificativo della nota come previsto nel DPCM 12 gen 2017 per uno specifico codice prestazione.	AN	10	OBBL	Elemento di output presente nel caso sia previsto dal DPCM 12 gennaio 2017
25	EROGABILITA	Condizione di erogabilità come prevista nel DPCM 12 gennaio 2017 per uno specifico codice prestazione. Viene restituita una stringa composta da: - identificatore come da DPCM 12 gennaio 2017 - separatore "-" - descrizione della condizione come da DPCM 12 gennaio 2017	AN	10	OBBL	Elemento di output presente nel caso sia previsto dal DPCM 12 gennaio 2017

	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
26	APPROPRIATEZZA	Indicazione di appropriatezza prescrittiva prevista nel DPCM 12 gennaio 2017 per uno specifico codice prestazione. Viene restituita una stringa composta da: - identificatore come da DPCM 12 gennaio 2017 - separatore "-" - descrizione della condizione come da DPCM 12 gennaio 2017	AN	10	OBBL	Elemento di output presente nel caso sia previsto dal DPCM 12 gennaio 2017
27	PATOLOGIA	Codice patologia previsto nel DPCM 12 gennaio 2017 per uno specifico codice prestazione. Viene restituita una stringa composta da: - codice patologia come da DPCM 12 gennaio 2017 - separatore "-" - descrizione della patologia come da DPCM 12 gennaio 2017	AN	10	OBBL	Elemento di output presente nel caso sia previsto dal DPCM 12 gennaio 2017
28	REG_EROG	Codice della regione della struttura erogatrice	AN	3	OBBL	
29	ASL_EROG	Codice della ASL della struttura erogatrice	AN	3	OBBL	
30	CO_STS11	Codice identificativo della struttura erogatrice secondo la codifica con cui sono state assegnate le credenziali di accesso al Sistema TS.	AN	6	OBBL	

	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
31	OPERAZIONE	Tipologia di operazione che l'erogatore vuole compiere sulla ricetta dematerializzata.	AN	1	OBBL	1 = erogazione totale della ricetta 2 = erogazione singola prescrizione della ricetta. Il valore 2 deve essere abbinato al valore 6 descritto di seguito. 3 = erogazione parziale della ricetta a causa dell'erogazione di una sola parte delle prestazioni specialistiche in essa contenute, dovuta ad una volontà dell'assistito di non ricevere tutto il prescritto. 4 = valore non utilizzato 5 = valore non utilizzato 6 = chiusura dell'erogazione singola della ricetta. Il valore 6 deve essere abbinato al valore 2 descritto in precedenza.
32	TIPO_EROG	Tipologia di erogazione di prestazioni specialistiche	AN	1	OBBL	Null =nessun valore tra quelli successivi A = "Accesso Diretto", P = "Pronto Soccorso", D = "Ricetta specialistica interna"
33	QUOTA_FISSA	Ammontare della quota fissa che l'assistito deve pagare, oltre al ticket, per le prestazioni specialistiche secondo normativa nazionale e provinciale, come nel caso dell'accesso ingiustificato al Pronto Soccorso.	N	5.2	OBBL	In Euro.
34	IMP_TCK	Ammontare della franchigia o dell'importo ticket che l'assistito deve pagare per le prestazioni specialistiche	N	5.2	OBBL	In Euro
35	IMP_TARI	Importo totale della ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica.	N	6.2	OBBL	Deve essere riportato l'importo netto, ossia la somma degli importi totali decurtati dell'importo del ticket
36	DATA_ERO	Data di spedizione (ossia erogazione) della ricetta	Data	10	OBBL	gg/mm/aaaa
37	COD_PRES	Codice della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore provinciale	AN	7	OBBL	

	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
38	DESC_EROG	Descrizione della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore provinciale	AN	10	OBBL	
39	FLAG_EROG	Il valore assunto è riferito a ciò che è stato inserito nel campo COD_PRES rispetto al valore presente in NOMENCL_PRES	AN	1		“null” = campo non impostato V = il codice prestazione inserito nel campo è stato variato dall’erogatore specialistico rispetto a quanto prescritto dal medico, con un’altra prestazione appartenente alla stessa branca
40	BRANCA	Codice della branca specialistica della prestazione, come da nomenclatore provinciale	AN	2	OBBL	
41	TARIFFA	Tariffa della prestazione specialistica applicata al cittadino al lordo dello sconto	N	8	OBBL	In Euro
42	NUM_PRES	Quantità di prestazioni erogate per codice di prestazione	AN	3	OBBL	
43	D_INIZIO	Data inizio erogazione	Data	10	OBBL	gg/mm/aaaa
44	D_FINE	Data fine erogazione	Data	10	OBBL	gg/mm/aaaa
45	RIMBORSO	Prezzo rimborso al laboratorio in Euro	N	5.2		
46	COD_PRESIDIO	Codice del presidio di erogazione della prestazione	AN	10		
47	SPEC	Codice del reparto di erogazione della prestazione	AN	3		
48	CATAL_EROG	Il campo contiene il codice del catalogo provinciale della prestazione erogata.	AN	16		
49	TEMPI_MAX	Garanzia dei tempi massimi di attesa	AN	1		Elemento obbligatorio solo per le prestazioni del PNGLA 1: utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa 0: utente che non rientra nella categoria precedente
50	D_PRENOT	Come da definizione del PNGLA la data è riferita all’assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.	Data	10		gg/mm/aaaa Elemento obbligatorio solo per le prestazioni del PNGLA
51	PROG_IMP	Progressivo di riga della prescrizione/impegnativa	N	2		

	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lungh.	Obbl.	Note
52	AMBULATORIO	Indica la tipologia di ambulatorio/laboratorio presso il quale è erogabile la prestazione.	AN	10		Elemento di output presente nel caso sia previsto dal DPCM 12 gennaio 2017
53	SEDUTE	Numero di ripetizioni/sedute prescritte dal medico per prescrizioni ripetitive/cicliche	N	2		Elemento obbligatorio solo per prescrizioni ripetitive/cicliche previste dal DPCM 12 gennaio 2017

ALLEGATO B: TRACCIATO DEI CONTROLLI

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligo.	Controlli
1	PROG_IMP	Progressivo riga per prescrizione/impegnativa	N (2)	OBB V	Obbligatorietà Verifica che all'interno della stessa prescrizione ci sia una sola riga 99 Verifica che l'impegnativa contenga almeno una riga "99" ed una riga di dettaglio (PROG_IMP<>99).
5	COG	Cognome del paziente	AN (30)	OBB V	Obbligatorietà Se = ANONIMO verifica TIPO_ID=3 e NOME = "ANONIMO" Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
6	NOME	Nome del paziente	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà Se = ANONIMO verifica TIPO_ID=3 e COGNOME = "ANONIMO" Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
7	NOMEA	Cognome acquisito del paziente	AN (30)		
8	SESSO	Sesso	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà Verifica valore compreso in: 1 = maschio, 2 = femmina Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
9	DNASCITA	Data di nascita	D (8)	OBB V	Obbligatorietà Validità della data nel formato gg/mm/aaaa DNASCITA < data del sistema DNASCITA =< DATA_IMP DNASCITA =< D_PRENOT DNASCITA < D_CICLO DNASCITA =<DATA_EROG DNASCITA =< DATA_REF Se il campo di una delle date non obbligatorie è vuoto non controllare. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
10	COM_NASC	Comune di nascita	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà <u>Se NOME =ANONIMO:</u> verifica presenza nei primi 3 caratteri di un codice delle province italiane (codici ISTAT) oppure codice "999". <u>Se NOME <> ANONIMO:</u> Se i primi tre caratteri <> "999" allora verifica l'esistenza del comune nell'elenco dei codici comuni italiani ISTAT Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligo.	Controlli
					l'Italia "100"). Altro codice possibile: 999999 comune sconosciuto. Se nato all'estero e paese sconosciuto 999998 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
11	S_CIVILE	Stato Civile	AN (1)		Se compilato deve contenere i seguenti valori: 1,2,3,4,5,6 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
12	COM_RES	Comune di residenza anagrafica/Stato estero	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Se i primi tre caratteri <> "999" allora verifica l'esistenza del comune nell'elenco dei codici comuni italiani ISTAT Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per l'Italia "100"). Altro codice possibile: 999999 sconosciuto. Se straniero e paese sconosciuto 999998 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
13	C_CITT	Cittadinanza	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Se NOME = ANONIMO (oppure TIPO_ID = 3): C_CITT = 998 Se NOME<>ANONIMO (oppure TIPO_ID <> 3): Verifica che la cittadinanza sia uguale a 100 o 999 o 998 oppure esistenza della cittadinanza sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni) Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
14	COD_SANI	Codice sanitario individuale	AN (20)	OBB	Obbligatorietà se NOME <> ANONIMO Verifica esattezza codice attraverso la procedura automatica di controllo delle matricole della banca dati anagrafica provinciale (APA). Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
15	REG_RES	Regione di residenza	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (Ministero della Salute) o sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni). Se regione italiana verifica congruenza con il comune di residenza Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES=999999 o 999998) verifica

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligo.	Controlli
					REG_RES=000 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
16	ASL_RES	Azienda sanitaria/ comprensorio sanitario di residenza	AN (3)		Esistenza del codice sull'elenco delle ASL DM 17/09/1986 Se compilato deve essere compatibile con il Comune di Residenza. Se non compilato viene inserito dalla Provincia sulla base del comune di residenza. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
17	REG_ASS	Regione di assistenza	AN (3)		Verifica esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (DM 17/09/1986). Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
18	ASL_ASS	Azienda sanitaria/ comprensorio sanitario di assistenza	AN (3)		Esistenza del codice sull'elenco delle ASL DM 17/09/1986 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
19	TIPO_ID	Tipo di identificativo utente	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà Valore compreso in: 1, 2, 3, 4, 9, Z. Se TIPO_ID= 9 allora verifica CD_ESENZ <> E01, E02, E03, E04, E21, E22, X01, 99, E99. Se TIPO_ID = 4 allora verifica REG_EROG = 1. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
20	COD_ID	Codice identificativo utente	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà Se TIPO_ID=1 allora: - COD_ID deve essere di lunghezza 16 - deve essere presente nella anagrafica BDPA (CF). Se TIPO_ID = 2 verifica che - COD_ID deve essere di lunghezza 16 - Formato codice = STP (3)+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo (7) Se TIPO_ID = 3 verifica che - COD_ID deve essere di lunghezza tra 16 e 20 - NOME e COGNOME = 'ANONIMO' - DNASCITA = 0101AAAA - C_CITT = 998 - COM_NASC = verifica presenza nei primi 3 caratteri di un codice delle province italiane (codici ISTAT) oppure codice "999" - REG_RES = compilato deve contenere uno dei seguenti codici: - Codice CF - Codice STP Formato codice = STP

N.	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligo.	Controlli
					(3)+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo (7) - Codice ENI formato codice = ENI (3)+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo (7) - Codice Anonimo = 20 X - Codice TEAM = N_TEAM Se TIPO_ID = 9 verifica che - COD_ID deve essere di lunghezza 16 - Formato codice = ENI (3)+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo (7) Se TIPO_ID = Z verifica che COD_ID deve essere formato da 20X Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
21	N_TEAM	Numero identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN (20)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
22	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN (15)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
23	DEN_IST	Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM	AN (30)		
24	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera	AN (2)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 Verifica che il campo sia lungo 2 caratteri Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
25	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN (4)		Se valorizzato verifica che sia uguale a E111 o E106 Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.
26	DATA_SCAD	Data scadenza tessera	D (8)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 DATA_SCAD <= 31.12.2099 DATA_SCAD > DNASCITA DATA_SCAD >=DATA_IMP DATA_SCAD >= D_PRENOT DATA_SCAD >= D_CICLO DATA_SCAD >= DATA_EROG Se il campo di una delle date non obbligatorie è vuoto non controllare. Verifica stessa compilazione in tutte le righe dell'impegnativa.

ALEGATO C: CODICI ESENZIONI TICKET

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Tipo esenzione
02	invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla I alla V	A
03	invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3 e sordomuti indicati dall'articolo 7 della legge 02.04.1968, n. 482	A
04	invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3	A
05	grandi invalidi per servizio	A
12	invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla II alla V	A
13	invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla VI all'VIII	A
14	grandi invalidi del lavoro	A
99 (valida fino al 30.06.2014)	persone appartenenti ad un nucleo familiare, che per la propria situazione economica non raggiunge il valore di 1,5 del reddito minimo di inserimento di cui al decreto del Presidente della Giunta Provinciale 11.08.2000, n. 30, e succ. modifiche	R
3F	invalidi civili al 100 %, compresi i ciechi con residuo visivo binoculare fino ad 1/20 e i minorenni invalidi civili, che percepiscono l'indennità di accompagnamento	A
E02 (AL fino al 31.08.11)	disoccupati che hanno presentato ad un Centro per l'impiego la dichiarazione di disponibilità al lavoro ai sensi del decreto legislativo n. 181/2000, e succ. modifiche, oppure un lavoratore in mobilità o in cassa integrazione o loro familiari fiscalmente a carico. Il reddito complessivo del nucleo familiare di appartenenza di tali persone deve essere inferiore a Euro 8.263,31, se il nucleo è composto dal/la solo/a disoccupato/a e, nel caso sia presente anche il coniuge, inferiore a Euro 11.362,05. Tali importi vanno incrementati di ulteriori Euro 516,46 per ogni figlio a carico	R
BI	cittadini extracomunitari invitati in provincia di Bolzano dalle Associazioni "Il Girotondo", "Chernobyl Alto Adige-Südtirol" e "Chernobyl Eppan-Appiano"	A
DE	detenuti	A
DN	soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati (legge 25 febbraio 1992, n. 210)	A
FC	figli a carico	C
JU	persone di età tra i 6 anni (compiuti) e i 14 anni (non compiuti), appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a Euro 36.151,98 (ai sensi dell'articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e succ. modifiche). Esenzione modificata con Circolare Ufficio Distretti Sanitari Prot. Nr 23.2/55.07/392455 del 07.07.2011.	R
L1	soggetti sospetti di essere affetti da HIV (ex art. 1, comma 5, lettera b), del D.Lgs. 124/1998)	A
L5	infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali	P
L6	donatori viventi d'organo compresi i donatori di midollo emopoietico	A
L7	donatori di sangue	A
L9	esenzione per stato di gravidanza (ex D.M. 10.09.1998)	P
E04 (MI fino al 31.08.11)	titolari di pensione al minimo, di età superiore a 60 anni, oppure loro familiari fiscalmente a carico. Il reddito complessivo del nucleo familiare di appartenenza di tali persone deve essere inferiore a Euro 8.263,31, se il nucleo è composto dal/la solo/a titolare di pensione al minimo e, nel caso sia presente anche il coniuge, inferiore a Euro 11.362,05. Tali importi vanno incrementati di ulteriori Euro 516,46 per ogni figlio a carico	R
PX	invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3	P
PY	vittime del terrorismo e della criminalità organizzata	A
PZ	invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla VI all'VIII	P

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Tipo esenzione
SE (valida fino al 31.08.11)	persone di età superiore a 65 anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a Euro 36.151,98 (ai sensi dell'articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e succ. modifiche)	R
SR	titolari di pensione sociale e loro familiari a carico	A
R99999	prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5, comma 2, del D.M. 18.05.2001, n. 279) sostituisce "UB" dal 01/02/2008 (deliberazione della G.P. 4471 del 17.12.2007)	A
da BZ1 a BZ3	persone affette dalle malattie di cui all'art. 35, comma 3, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche	P
da 001 a 056	persone affette dalle malattie croniche ed invalidanti di cui al decreto del Ministro della Salute 28.05.1999, n. 329, e successive modifiche	P
Da RA0010 a RQ0010	persone affette dalle malattie rare esenti ai sensi del decreto del Ministro della Salute 18.05.2001, n. 279	P
PREV	prestazioni di cui all'ex art. 1, comma 4, lettera a) e b), del decreto legislativo 124/1998, prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85, comma 4, della legge. 388/2000), prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione ed affidamento, allo svolgimento del servizio civile e prestazioni di cui al punto 1 della deliberazione della G.P. n. 1069 del 29.03.1999	A
TR	Prestazioni per le quali non è previsto il ticket (p.es. Prestazioni di PS seguite da ricovero)	X
TN	Prestazioni erogate senza esenzione	N
CP	Visita di collaudo dei dispositivi protesici (circolare dell'Ufficio distretti sanitari; prot. 23.2/55.06/Dr. CGG/16576 del 07.10.2004). (Da utilizzare <u>solo</u> se il paziente non ha altre esenzioni)	A
TD	Prestazioni contraddistinte dalla sigla "TD" ("Prestazioni territoriali e domiciliari") o "TD-S" che ai sensi del Testo Unico delle Linee guida di cui alla delibera della G.P. n. 2390 del 14.06.99 sono erogate senza alcuna partecipazione alla spesa da parte dell'utente. (Da utilizzare <u>solo</u> se il paziente non ha altre esenzioni)	A
X01	Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti (ex art. 35, comma 3, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e relativo regolamento di attuazione). Tale codice va utilizzato quando il cittadino straniero assistito non goda ad altro titolo (es. gravidanza, malattia cronica, ecc) dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa. (Deliberazione della G.P. n. 982 del 7 giugno 2010).	R
ZD	Prestazioni ambulatoriali connesse all'espletamento del servizio civile o sociale. (Deliberazione della G.P. n. 2045 del 13 agosto 2009).	A
E01 (valida dal 01.09.11)	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex. Art. 8, comma 16 della L.537/1993 e successive modifiche e integrazioni)	R

ALLEGATO D: CODICI DELLE BRANCHE SPECIALISTICHE

Codice	Descrizione
01	ANESTESIA
02	CARDIOLOGIA
03	CHIRURGIA GENERALE
04	CHIRURGIA PLASTICA
05	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA
06	DERMOSIFILOPATIA
07	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
08	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
09	ENDOCRINOLOGIA
10	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
11	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-VIROLOGICHE-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA – GENETICA – IMMUNOEMATOLOGIA E SERVIZIO TRASFUSIONALE
12	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE
13	NEFROLOGIA
14	NEUROCHIRURGIA
15	NEUROLOGIA
16	OCULISTICA
17	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
18	ONCOLOGIA
19	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
20	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
21	OTORINOLARINGOIATRIA
22	PNEUMOLOGIA
23	PSICHIATRIA
24	RADIOTERAPIA
25	UROLOGIA
26	ALTRE PRESTAZIONI
50	QUOTA FISSA (PS50)
60	PRESTAZIONE OBI (OBI60)

ALLEGATO E: CODICI DELLE SPECIALITÀ

Cod	Disciplina	Cod	Disciplina
1	Allergologia	40	Psichiatria
3	Anatomia ed istologia patologica	42	Tossicologia
5	Angiologia	43	Urologia
6	Cardiochirurgia pediatrica	48	Nefrologia (abilitata al trapianto del rene)
7	Cardiochirurgia	49	Terapia intensiva
8	Cardiologia	50	Unità coronarica
9	Chirurgia generale	52	Dermatologia
10	Chirurgia maxillo-facciale	54	Emodialisi
11	Chirurgia pediatrica	56	Recupero e riabilitazione
12	Chirurgia plastica	57	Fisiopatologia riproduzione umana
13	Chirurgia toracica	58	Gastroenterologia
14	Chirurgia vascolare	61	Medicina nucleare
15	Medicina sportiva	62	Neonatologia
18	Ematologia, immunoematologia	64	Oncologia
19	Malattie endocrine/diabetologia	65	Oncoematologia pediatrica
20	Immunologia	66	Oncoematologia
21	Geriatrics	68	Pneumologia - fisiopatologia respiratoria -tisiologia
24	Malattie infettive e tropicali	69	Radiologia
25	Medicina del lavoro	70	Radioterapia
26	Medicina generale	71	Reumatologia
28	Unità spinale	73	Terapia intensiva neonatale
29	Nefrologia	75	Neuroriabilitazione
30	Neurochirurgia	76	Neurochirurgia pediatrica
32	Neurologia	77	Nefrologia pediatrica
33	Neuropsichiatria infantile	78	Urologia pediatrica
34	Oculistica	82	Anestesia e rianimazione
35	Odontoiatria e stomatologia	100	Laboratorio analisi chimico cliniche
36	Ortopedia e traumatologia	101	Microbiologia e virologia
37	Ostetricia e ginecologia	102	Centro trasfusionale immunoematologia
38	Otorinolaringoiatria	103	Radiodiagnostica
39	Pediatria	104	Neuroradiologia
		000	Altro