

## **2. Prestazioni Ambulatoriali**

### **2.1 Definizione dell'oggetto di rilevazione**

Oggetto di rilevazione del presente flusso sono le prestazioni erogate negli ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali, sia pubblici che privati accreditati, per le tipologie di seguito riportate:

- prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, erogate a soggetti non ricoverati, previste dal nomenclatore tariffario regionale di cui alla DGR 229/1997 e successive integrazioni e modificazioni;
- prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, non previste dal nomenclatore tariffario regionale, erogate dalle Aziende Sanitarie;
- emocomponenti somministrati in ambito di prestazione trasfusionale, di cui alla DGR 1152/97 e successive modificazioni ed integrazioni;
- certificazioni di medicina dello sport, di cui alla DGR 667/97 e successive modificazioni ed integrazioni.

Si precisa pertanto che la rilevazione comprende anche le prestazioni erogate nell'ambito dei programmi di screening e quelle effettuate in libera professione, mentre non comprende le prestazioni ambulatoriali erogate durante episodi di ricovero (assistenza ospedaliera).

### **2.2 Rilevazione Aziendale dei dati**

I dati che l'Azienda sanitaria di competenza deve acquisire comprendono i dati relativi alle prestazioni erogate sia dai presidi direttamente gestiti dalla Azienda sia dai presidi non direttamente gestiti.

Il debito informativo delle Aziende sanitarie consiste nella trasmissione, secondo i tracciati record previsti, delle prestazioni oggetto della rilevazione.

Per quanto riguarda l'attività dei presidi non direttamente gestiti, l'Azienda sanitaria di riferimento definisce con tali strutture modalità e tempi tali da garantire la piena rispondenza alle caratteristiche strutturali, di contenuto e temporali, previste dal presente manuale.

Relativamente alle prestazioni specialistiche e diagnostiche individuate dai codici del nomenclatore tariffario regionale si puntualizza che deve essere trasmessa in Regione Toscana, tutta l'attività erogata da strutture pubbliche e private e dai professionisti accreditati, ivi compresa quella che non genera effetti finanziari a carico del servizio sanitario nazionale.

### **2.3 Organizzazione del flusso**

L'Azienda sanitaria e l'ESTAV di riferimento, ognuno per quanto di propria competenza, garantiscono la qualità del contenuto informativo e la tempestività della trasmissione.

Le informazioni, rilevate in due archivi collegati relazionalmente, devono essere inviate secondo i tracciati previsti dal presente manuale.

L'archivio denominato SPA1 è l'archivio principale e contiene le informazioni inerenti la prescrizione, l'utente, il medico proponente ed il volume finanziario complessivo dell'attività erogata.

L'archivio denominato SPA2 è l'archivio di dettaglio e contiene le informazioni riguardanti la struttura che eroga la prestazione e le singole prestazioni erogate.

Il collegamento relazionale tra gli archivi SPA1 e SPA2 avviene grazie alla presenza in entrambi di un campo **Chiave** la cui univocità deve essere garantita per tutto l'anno di riferimento. A livello regionale l'univocità è verificata unendo il valore contenuto nel campo **Chiave** al codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati.

I record di SPA2 insieme al record di SPA1, a cui sono collegati relazionalmente, vengono chiamati di seguito *gruppo ricetta*.

Nell'archivio SPA2 i record, all'interno dell'Azienda sanitaria inviante i dati e del campo **Chiave**, sono identificati in maniera univoca attraverso il campo **Chiavespa2**.

La Regione Toscana verifica la corretta compilazione dei campi trasmessi mediante l'applicazione di una procedura regionale e restituisce alle Aziende sanitarie gli archivi ricevuti integrati con la segnalazione della correttezza o dell'eventuale errore di ogni singolo campo presente nel tracciato.

L'Azienda può trasmettere, negli invii successivi, eventuali correzioni all'archivio. Per correzioni si intendono le modificazioni o le cancellazioni di record già inviati. Il campo **Opera** è il campo contenuto in SPA1 che deve essere utilizzato per segnalare il motivo dell'invio di ciascun record.

### *2.3.1 La trasmissione dei dati dalla Azienda sanitaria alla Regione Toscana.*

I dati sono inviati utilizzando il sistema di cooperazione applicativa della Regione Toscana attraverso il nodo applicativo locale (NAL) presente presso ogni Azienda o struttura abilitata.

Non esistono limiti o finestre temporali per la trasmissione dei dati. I riferimenti a termini entro i quali inviare le informazioni contenuti in altri provvedimenti regionali, fanno esclusivamente riferimento a momenti temporali nei quali sono effettuate operazioni di analisi dei dati per svariate esigenze (monitoraggio dei tempi di latenza, analisi degli andamenti in corso di esercizio, ....).

### *2.3.2 Modalità e tempi di trasmissione elettronica del flusso*

I dati devono essere trasmessi mediante il sistema di Comunicazione e Cooperazione (C&C) e quindi tramite i nodi applicativi locali (NAL).

Nel sistema C&C è possibile un invio continuativo dei dati, in ogni caso i dati devono essere inviati entro il 5 del mese successivo a quello di erogazione ed eventuali variazioni entro il 12 del mese successivo a quello di erogazione. Nel caso in cui le date di scadenza sopra indicate rientrino in giorni non lavorativi, queste sono rimandate al primo giorno lavorativo utile.

In base al calendario sopra indicato e alle esigenze legate alla gestione delle compensazioni infraregionali, i consolidati vengono definiti con i dati trasmessi entro il 15 gennaio dell'anno successivo a quello di erogazione.

### *2.3.3 La restituzione dei dati da Regione ad Aziende sanitarie.*

Il sistema di cooperazione applicativa fa sì che la restituzione dei dati sia effettuata automaticamente dagli stessi NAL mediante la generazione di uno specifico file che contiene la segnalazione degli errori rilevati dalla procedura di validazione che opera sul NAL stesso.

Per le sole Aziende USL, oltre all'attività erogata dai propri presidi e da quelli delle altre strutture ubicate sul territorio di competenza, sono resi disponibili anche i dati relativi alle prestazioni effettuate a favore dei propri residenti ovunque fruite nell'ambito del territorio regionale, ovvero sono restituiti i record relativi alla mobilità infraregionale passiva.

Le procedure regionali utilizzano un algoritmo di determinazione della residenza dell'utente, al fine di restituire a ciascuna Azienda USL i record che compongono la propria mobilità passiva infraregionale.

L'esito di tale algoritmo è riportato, nei tracciati record della scheda prestazioni ambulatoriali (SPA) inviato dalla Regione alle Aziende sanitarie, nei seguenti campi:

- Codice Azienda sanitaria inviante i record **Codusl**,
- Codice della Regione di residenza dell'utente **Regpag**,
- Codice dell'Azienda sanitaria di residenza dell'utente **Uslpag**.

La logica sottostante a tale algoritmo è finalizzata a ridurre al minimo l'indeterminatezza della residenza dell'utente.

Il dato fornito alle Aziende USL relativo ai residenti che hanno fruito di prestazioni presso altri presidi toscani diversi dai propri, tende quindi a configurarsi come quello massimo teorico.

**Si precisa che i record segnalati con codice 9 nel campo errore totale (Flagtot), sono scartati, ovvero non vengono immessi nel sistema di cooperazione applicativa; tali record vengono restituiti per il tramite degli stessi NAL solo alla Azienda erogatrice.**

## **2.4 Modalità di controllo della procedura regionale e assegnazione degli errori nei singoli campi**

Per i criteri di segnalazione degli errori ed i relativi algoritmi di controllo dei singoli campi si rimanda alle sezioni relative ai tracciati.

## **2.5 Tipologia degli errori**

Si riportano di seguito i codici di errore previsti e attribuiti dalle procedure regionali di controllo ai singoli campi:

**0:** assenza di errori nel campo;

**1:** segnala l'esistenza di un errore rilevante per le valutazioni gestionali tipiche del livello Aziendale, gli errori nei campi che presentano tale codice non incidono né sulla compensazione finanziaria né sulle valutazioni relative all'attività svolta.

**2:** segnala l'esistenza di un errore rilevante. Tale errore comporta l'esclusione della prestazione ai fini della compensazione finanziaria intraregionale.

**9: segnala lo scarto dell'intero gruppo ricetta**, si precisa che il codice **9** è segnalato solo nel campo errore totale (**Flagtot**) ed è attribuito se campi di particolare importanza risultano errati o non compilati o mancano le condizioni necessarie affinché il record o l'intero gruppo ricetta possa essere accettato.

Il codice di errore più rilevante riscontrato nel record viene sintetizzato nel campo errore totale (**Flagtot**) secondo la gerarchia su indicata.

## **2.6 Modalità di scarto dei record dei flussi**

Nel sistema di cooperazione applicativa, lo scarto determina l'impossibilità di trasmettere l'intero gruppo ricetta.

In particolare l'operazione di scarto avviene durante due fasi ben precise:

- Fase di confronto della coerenza interna dell'archivio
- Fase di confronto con i dati precedentemente inviati nell'anno di riferimento.

### **2.6.1 Fase di controllo della coerenza interna dell'archivio.**

Per i dati inviati dalle Aziende alla Regione Toscana i controlli vengono effettuati secondo i seguenti criteri:

- verifica della corretta compilazione del campo **Record** di SPA1 e di SPA2;
- verifica della corretta compilazione del campo **Opera**;
- verifica dell'univocità della chiave (**Chiave&Azienda**) in SPA1;
- per ciascun valore della chiave (**Chiave&Azienda**) di SPA1 si verifica l'esistenza di almeno un record di SPA2 con la medesima chiave;
- per ciascun valore della chiave (**Chiave&Azienda**) di SPA2 si verifica l'esistenza di un record di SPA1 con la medesima chiave;
- verifica della compilazione del campo **Azienda** di SPA1 e di SPA2;
- verifica della compilazione del campo **Datafine**;
- verifica dell'univocità del record SPA2 in base al contenuto del campo **Chiavespa2** nell'ambito della medesima chiave (**Chiave&Azienda**);

- verifica della presenza di record ripetuti all'interno di SPA1 rispetto al valore contenuto nel campo **Ricetta** (o alternativamente al campo **NRE** se unico identificativo della prescrizione) di SPA1;
- verifica che l'azienda non abbia apportato modifiche al contenuto del campo **Ricetta** (o alternativamente al campo **NRE** se unico identificativo della prescrizione) di SPA1, ovvero per i record con **Opera**=3 il campo **Ricetta** (o alternativamente al campo **NRE** se unico identificativo della prescrizione) non deve essere modificato;

La presenza di un errore anche in un solo dei passi suindicati comporta l'attribuzione del codice di errore 2 nello specifico campo flag e del codice 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero *gruppo ricetta* a cui il record appartiene.

### 2.6.2 Fase di confronto con i dati già inviati

Tre sono i valori ammessi per la compilazione del campo **Opera**. Ciascun valore determina regole di validazione diverse rispetto ai dati precedentemente validati:

- 1** (invio), in presenza di questo valore viene verificato che nei dati già validati non esista un record con la stessa chiave (**Chiave&Azienda**);
- 3** (sostituzione di un gruppo ricetta), in questo caso viene verificato che nei dati già validati esista un record con la stessa chiave (**Chiave&Azienda**);
- 4** (cancellazione di un gruppo ricetta), in questo caso viene eliminato dai dati già validati l'intero *gruppo ricetta* con la stessa chiave (**Chiave&Azienda**)

Si ricorda che per la cancellazione del gruppo ricetta è sufficiente inviare solo il record dell'archivio principale con il campo **Opera**=4 ed i campi che costituiscono la chiave del record correttamente compilati.

Se le verifiche sopra descritte danno esito negativo viene attribuito un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo **Opera** ed un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot**, determinando lo scarto dell'intero *gruppo ricetta* contenente tale record.

## 2.7 Archivi di supporto

I controlli dei valori di alcuni campi vengono effettuati utilizzando gli archivi di supporto contenenti le codifiche predisposte dalla Regione Toscana. Per tutte le codifiche, necessarie per la compilazione dei tracciati della presente versione, l'Azienda deve fare riferimento esclusivamente a tali archivi che risultano essere il sistema di codifica ufficiale definito a livello regionale.

La necessità di garantire un sistema dinamico di aggiornamento di alcune delle variabili ha indotto la Regione Toscana a mettere a disposizione tali archivi alle Aziende sanitarie mediante l'infrastruttura di cooperazione applicativa, rendendo così i sistemi di codifica indipendenti dai contesti formali tipici della pubblica Amministrazione.

Due sono le modalità di integrazione previste:

1. mediante RFC 178, che prevede una cooperazione applicativa tra i sistemi software,
2. mediante interfaccia di download.

## 2.8 Elementi significativi del tracciato

Si richiama l'attenzione sulle principali variazioni apportate rispetto alla versione precedente (DGR 9/2012) del Manuale Flussi DOC.

### 2.8.1 Campi eliminati

**Codice individuale dell'utente (Codindu)**, nel tracciato è rimasto il campo vuoto;

**Provincia di residenza dell'utente (Proresu)** è stato unificato al campo **Comune di residenza dell'utente (Comresu)** che è passato da lunghezza 3 a lunghezza 6 mantenendo la stessa denominazione.

### 2.8.2 Campi per i quali è cambiata la modalità di compilazione o di validazione e/o maggior dettaglio nella descrizione della finalità

**Tipologia del codice individuale dell'utente (Tipoindu)** di SPA1. Valori ammessi da tabella di supporto **SPA\_TIPOINDU** colonna **cod\_tipoindu**;

**Identificativo Univoco dell'utente (IDutente)** di SPA1: In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco del soggetto composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana. Nel caso di soggetti non presenti nel DB anagrafico regionale, il soggetto deve essere censito tramite la RFC 85. Nel caso di utente anonimo o di utente non identificabile inserire l'identificativo come da tabella **SPA\_TIPOINDU** colonna **compilazione IDutente**. Se l'utente ha codice fiscale il valore immesso deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere, per i soggetti di età superiore a 30gg, ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

**Prestazione soggetta a convenzione (Convenz)** di SPA2. La DGR 741/2014 affida, ad ISPO, il coordinamento del programma di screening basato sul test HPV come test primario e indica di prevedere che la regolamentazione economica tra ISPO e le aziende sanitarie, avrà luogo per il tramite di specifico meccanismo di "compensazione centralizzata regionale" da realizzarsi attraverso il presente del flusso informativo. Per tale motivazione viene inserito un nuovo valore 2=prestazione soggetta a "compensazione centralizzata regionale". I valori ammessi sono 0=prestazione non soggetta a rapporto convenzionale; 1=prestazione soggetta a rapporto convenzionale; 2=prestazione soggetta a "compensazione centralizzata regionale". Nel caso di **Convenz=1** allora il campo **Compensa=0**.

**Usl del presidio erogatore prestazione (Usl\_strutt\_erog)** di SPA2. In questo campo deve essere indicata la usl del presidio che eroga effettivamente la prestazione. Si precisa che nell'ambito della prestazione individuata dalla sopra citata DGR 741/2014 verrà attivato uno stretto monitoraggio della corretta compilazione di questo campo.

### 2.8.4 Campi di particolare attenzione

**Contributo alla digitalizzazione dovuto dall'utente (c\_digit)** di SPA1: in questo campo deve essere inserito il contributo alla digitalizzazione dovuto dall'utente (DGR 753/2012 e successive modifiche ed integrazioni). Valori ammessi: Importi in euro >= 00000,00.

**Campo ricetta a disposizione delle Regioni (DispReg)** di SPA1: campo della ricetta a disposizione delle Regioni per provvedimenti specifici: se presente in ricetta deve essere inviato al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

**MRA\_struttura erogatrice (MRA\_erog)** di SPA2: codice struttura erogatrice secondo il sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza (tripletta). In questo campo dovrà essere inserito il codice della struttura di erogazione secondo il sistema MRA. In attesa degli atti regionali di recepimento dell'emanando Decreto Ministeriale, il campo deve essere lasciato vuoto.

**Codice di priorità di accesso (Priorità)** di SPA1: Le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali di *primo contatto*, specificate nella DGR 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni, dovranno avvenire sulla base della attribuzione alle seguenti classi di priorità come definite dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa e così declinate a livello regionale: U=Urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; B=Breve, da eseguire entro 10 giorni;

D=Differibile, da eseguire entro 15 o 30 giorni per le visite e 30 o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; P=Programmata, in questa classe sono escluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up e comunque inserite in un PDT.

Altrimenti per le prestazioni ambulatoriali *non* di *primo contatto* oppure *non* specificate nella DGR 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni i valori ammessi sono: U, B, D, P (descritti sopra) oppure 0.

**Tipologia del contatto (Tipocontatto)** di SPA1: Per le prestazioni ambulatoriali specificate nella DGR 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni deve essere indicato se si tratta di un primo contatto o di un contatto successivo. Se il campo **codpres** (SPA2) contiene uno dei codici presenti nella tabella NAL **PRESTAZIONI\_PNGLA** i valori ammessi sono: 1=primo contatto (primo accesso); 2=contatto successivo al primo (accesso successivo). Altrimenti i valori ammessi sono: 1, 2 e 0.

**Ricetta suggerita (RicSug)** di SPA1: in questo campo deve essere indicato, ove segnalato sulla ricetta cartacea, se la ricetta è stata suggerita al medico prescrittore. Sebbene la valutazione complessiva di questa informazione possa essere estremamente critica, in quanto l'apposizione dell'indicazione suggerita è un atto unilaterale del medico prescrittore, tuttavia questa informazione, oltre ad offrire delle importanti indicazioni, è richiesta nelle specifiche attuative dell'art. 50 del d.l. 30/9/2003 n. 269 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare dei decreti attuativi per la trasmissione dei dati verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Se **Accesso**=01, valori ammessi: 00= non suggerita, 01= suggerita. Se **Accesso** <> 01 il campo non deve essere compilato (vuoto).

**Totale ticket dovuto dall'utente (Imptick)** di SPA1: si precisa che in questo campo deve essere inserito, come sempre, l'importo **dovuto** dall'utente e non l'importo incassato. Valore ammessi: Importi in euro. Se **Accesso**=11 (Libera professione "intra moenia") o **Accesso**=12 (Altro accesso senza oneri per il SSN) il campo **Imptick** deve contenere l'intero importo pagato dall'utente. Se **Accesso**=04 (Pronto Soccorso a cui non consegue il ricovero), se **Codese** è vuoto, il campo **Imptick** deve contenere l'importo dovuto dall'utente che accede la quota di accesso al pronto soccorso (**QuotAcPS**), secondo normativa vigente. Se **Accesso**=01, si controlla che il valore indicato sia minore o uguale a un valore SOGLIA, dipendente dal campo **NumprestEff** SPA1 e dalle branche di appartenenza delle prestazioni erogate. Se **Accesso**=01 e **codese** è vuoto allora **Imptick** > 00000,00; se **Accesso**=01 e **codese** è correttamente compilato allora **Imptick** >= 00000,00.

In entrambi i casi il campo **Imptick** dovrà essere minore o uguale all'importo SOGLIA. In entrambi i casi il campo **Imptick** dovrà essere **minore o uguale** ad un importo SOGLIA.

La SOGLIA dipende dal numero di ricette virtuali in cui dovrebbe essere scomposta la ricetta originaria per essere conforme al limite delle prescrizioni. Infatti da DGR 493/2004, Allegato A, in materia di "assistenza sanitaria in regime ambulatoriale e modalità di partecipazione alla spesa", la ricetta può contenere un numero massimo di 8 prestazioni appartenenti alla stessa branca (o branche omologhe secondo il nomenclatore regionale). Il calcolo della SOGLIA si basa quindi sul campo di SPA1 **NumPrestEff** (Numero delle prestazioni effettivamente contenute nella ricetta, ovvero numero record di SPA2) per determinare il numero di ricette virtuali rispetto alla limitazione sul numero di prestazioni e alla branca delle stesse.

In dettaglio:

Se le prestazioni appartengono alla stessa branca o branche omologhe, la SOGLIA è ("ticket vigente" \* Parte Intera superiore(**NumPrestEff**/8));

Esempio: Per una ricetta che erroneamente contiene 10 prestazioni, appartenenti alla stessa branca, dato che la parte intera superiore della divisione fra 10 e 8 è 2, la SOGLIA risulta essere  $38 * 2$  ovvero **Imptick** <=  $38 * 2$ . Se invece le prestazioni appartengono a branche differenti e non omologhe allora il controllo deve essere fatto tenendo conto anche di quanti gruppi-branca sono riferibili alla ricetta e a quante prestazioni fanno capo a ciascun gruppo.

Esempio: al gruppoBranca1 (GB1) appartengono 2 prestazioni; al gruppoBranca2 (GB2) appartengono 9 prestazioni. In questo caso la SOGLIA è  $(38 * \text{Parte Intera superiore}(\text{Num Prestazioni GB1} / 8)) + (38 * \text{Parte Intera superiore}(\text{Num Prestazioni GB2} / 8))$  ovvero **Imptick** <=  $(38 * 1 + 38 * 2)$ .

Se nel gruppo ricetta è presente una prestazione della tabella “prestazioni\_ticket” in luogo di 38 viene riportato il valore contenuto nel campo **tetto\_ticket**.

**Codice esenzione (Codese)** di SPA1: se l'utente non è esente dal pagamento del ticket, inserire il valore 000000 (6 zeri), in questo caso **imptick**>00000,00. Se l'utente è esente dal pagamento totale o parziale del ticket, i valori ammessi sono quelli riportati nel campo “stampa” della tabella esenzioni messa a disposizione sui NAL.

**Quota ricetta (Quoric)** di SPA1: inserire l'importo in euro del ticket aggiuntivo sulla ricetta dovuto dall'utente, in rispetto della normativa vigente al momento dell'erogazione della prestazione, secondo il formato euro (00000,00). Se l'importo non è dovuto compilare con 00000,00. Valori ammessi: se **Imptick**=00000,00 valori ammessi 00000,00; se **Imptick** > 00000,00 valori ammessi 00000,00 o non inferiori a 00005,00.

**Codice della patologia presunta (Patpres)** di SPA1: Patologia dell'utente, per la quale è stata richiesta la prestazione; in particolare si rileva sia la patologia presunta sia la patologia accertata segnalata in ricetta. Valori ammessi: codice ICD9CM come da tabella messa a disposizione sui NAL; 00000=non rilevato.

**Codice catalogo (Codcatalogo)** di SPA2: In questo campo deve essere inserito il codice della prestazione erogata secondo il catalogo unico regionale delle prestazioni. L'individuazione della prestazione mediante codice catalogo è fondamentale nell'ottica di condivisione delle informazioni sanitarie e di un processo unitario regionale (la prescrizione, la prenotazione della prestazione, la refertazione, fino alla messa a disposizione delle informazioni attraverso la carta sanitaria elettronica).

**Importo totale netto relativo alle prestazioni erogate e soggette a compensazione (Imprest)** di SPA1: in questo campo deve essere riportato l'importo netto relativo alle prestazioni erogate e soggetti a compensazione.

Considerando solo i record di SPA2 collegati relazionalmente al record di SPA1, contenenti il valore 1 nel campo **Compensa** (Posizione della prestazione rispetto alla compensazione), l'importo da indicare in questo campo è quello ottenuto dalla differenza tra la somma dei valori contenuti nel campo **Lordo** (Importo lordo della prestazione somministrata), e il valore contenuto nel campo **Imptick** (Totale ticket dovuto dall'utente). Nel caso di differenza negativa devono essere inseriti 8 zeri. Si evidenzia come in questo campo non devono essere totalizzati gli importi contenuti nel campo **Quoric** (quota ricetta) e nel campo **QuotAcPs** (quota accesso al pronto soccorso).

### *2.8.5 Criteri per la determinazione delle quote informative attribuite dalla Regione*

#### **Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati (Codusl)**

I valori contenuti in questo campo sono attribuiti dalle procedure regionali e desunti dai codici ministeriali delle Aziende che hanno effettivamente inviato i dati. Se il valore contenuto nel campo **Azienda** non corrisponde al codice ministeriale dell'Azienda inviante i dati e registrato nel campo **Codusl** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta contenente tale record.

#### **Codice della Regione di residenza (Regpag) e codice dell'Azienda USL di residenza (Uslpag) dell'utente**

Se **f\_Comresu**=0 e **f\_Regresu**=0 e **f\_Uslresu**=0 → se **Regresu**=999 o 090 → **Regpag**= **Regresu** e **Uslpag**=**Uslresu**  
altrimenti se **Regresu**<>090 → **Regpag**= **Regresu** e **Uslpag**=000 (3 zeri);

altrimenti se **f\_Comresu**=0 e **f\_Regresu**=0 → **Regpag**= **Regresu**

se **Regresu**=999 → e **Uslpag**=999

altrimenti se **Regresu**=090 → **Uslpag**=codice della Az. USL del comune

altrimenti **Regresu**<>090 → **Uslpag** =000 (3 zeri)

altrimenti se **f\_Comresu**=0 e **Comresu** contiene la codifica di uno stato estero → **Regpag**=999 e **Uslpag**=999

altrimenti se **f\_Comresu**<>0 e

se **Regresu**=999 → **Regpag**=**Regresu** e **Uslpag**=999

altrimenti se **Regresu**=090

se **f\_Uslresu**=0 → **Regpag**=**Regresu** e **Uslpag**=**Uslresu**

altrimenti **f\_Uslresu**<>0 → **Regpag**=**Regresu** e **Uslpag**=888

altrimenti se **f\_Regresu**=0 → **Regpag**=**Regresu** e **Uslpag**=000

altrimenti se **f\_Comresu**<>0 e **f\_Regresu**<>0 e **f\_Uslresu**<>0 → **Regpag**=**Uslpag**=888

**Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (certMEF)** di SPA1: il campo può assumere i seguenti valori:  
0=IDutente da sottoporre al MEF; 1=IDutente certificato MEF; 2= IDutente non certificato MEF; 9= IDutente non presente in anagrafe regionale.

## 2.9 Tipologia dei campi

### 2.9.1 Tipologia dei campi del tracciato degli archivi

Per ciascuno dei flussi la struttura dei tracciati record da trasmettere alla Regione Toscana tale Manuale fornisce per ciascun campo una serie di informazioni che di seguito presentiamo.

Nella colonna, denominata **Campo**, è presente un numero progressivo, indicante l'ordine di presentazione dello specifico campo.

Nella colonna seguente, denominata **Nome**, si fornisce nome sintetico ed univoco all'interno dell'archivio del campo. Per ragioni legate alle elaborazioni informatiche, che devono essere effettuate sugli archivi, tale nome ha una lunghezza minore o uguale ad otto caratteri.

Nella colonna **Descrizione** si fornisce una denominazione descrittiva del contenuto del campo.

Nella colonna **Tipo** si indica la natura del campo con le seguenti lettere:

- con la lettera C si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a sinistra con eventuali blank a destra
- con la lettera N si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a destra con eventuali zeri non significativi a sinistra
- con la lettera D si indicano i campi data che devono rispettare un il formato ggmmaaaa
- con la lettera E si indicano i campi euro che devono rispettare il formato euro con eventuali zeri non significativi a sinistra: eeeee,ee

Nella colonna **Pos.** si fornisce la posizione occupata dal campo all'interno del tracciato.

Nella colonna **Lung.** è indicata la lunghezza del campo.

Nella colonna **Note** si forniscono in modo sintetico le modalità di compilazione di ciascun campo contenuto nel tracciato record.

Nella colonna **Errore** si fornisce il tipo di errore attribuibile al campo nel caso in cui il valore in esso contenuto non fosse corretto.

Nella colonna **Novità** sono presenti di valori che individuano i cambiamenti apportati: **1**–valori ammessi; **2**–eliminato; **3**–nuovo; **4**–modalità compilazione; **5**–validazione.



## 2.10 Tracciati record in vigore dal 01/01/2015

### 2.10.1- Tracciato record della scheda prestazioni ambulatoriali (SPA) inviato dall'Azienda Sanitaria alla Regione Toscana

#### ARCHIVIO SPA1 (Archivio principale: Anagrafe strutture-utente e valorizzazione prestazioni erogate all'utente)

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
1	Record	Tipologia del record	C	1	1	Valore ammesso: 1=record appartenente all'archivio principale	2 Flagtot= 9	
2	Opera	Tipo operazione	C	2	1	Valori ammessi: 1=invio 3=sostituzione 4=eliminazione	2 Flagtot= 9	
3	Chiave	Chiave	C	3	10	<i>Campo chiave SPA1</i> -Deve essere inserito un valore univoco a livello Aziendale che permetta il collegamento del record dell'archivio principale ( <b>Record=1</b> ) con i corrispondenti record dell'archivio dettaglio ( <b>Record=2</b> ), pertanto in corrispondenza di un record di SPA1 deve corrispondere almeno un record di SPA2 con stesso valore.	2 Flagtot= 9	
4	Tipoindu	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	13	1	Valori ammessi come da tabella NAL SPA_TIPINDU colonna <b>cod_tipindu</b> .	2	1
5	Vuoto	Vuoto	C	14	16	vuoto	2	2
6	IDutente	Identificativo Univoco dell'utente	C	30	24	In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco del soggetto composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana. Nel caso di soggetti non presenti nel DB anagrafico regionale, il soggetto deve essere censito tramite la RFC 85. Se l'utente ha codice fiscale il valore immesso deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere, per i soggetti di età superiore a 30gg, ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Le regole di compilazione di questo campo in relazione alle varie modalità di compilazione di <b>Tipindu</b> sono esplicitate nella tabella NAL SPA_TIPINDU colonna <b>compilazione_IDutente</b> .	2	5
7	Sexu	Sesso dell'utente	C	54	1	Valori ammessi: 1=maschio; 2=femmina	1	
8	Datanasc	Data di nascita dell'utente	D	55	8	La data inserita deve essere tale che l'età dell'utente, calcolata in anni compiuti e ottenuta dalla differenza tra la data di erogazione della prestazione e la data di nascita, non sia superiore a 124 anni . <b>Datanasc&lt;Dataini</b>	2	
9	Cittu	Cittadinanza dell'utente	C	63	3	Inserire la cittadinanza dell'utente (codifica ISTAT) Valori ammessi: tabella NAL STATI colonna <b>cod_stato</b> ; <u>se non rilevato</u> →000.	1	1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
10	Regresu	Regione di residenza dell'utente	C	66	3	La regione di residenza identifica la regione cui appartiene il comune in cui risiede l'utente (codifica ISTAT). Valori ammessi: se utenti <u>residenti in Italia</u> →codice delle regioni italiane, tabella NAL <b>AZIENDE_COMUNI</b> colonna <b>cod_regione</b> : verifica di congruenza con <b>comresu</b> e <b>uslresu</b> ; se utenti <u>non residenti in Italia</u> , compreso STP ed ENI→999.	2	
11	Comresu	Comune di residenza dell'utente	C	69	6	Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo stato, presso il quale l'utente risulta legalmente residente (codifica ISTAT). <u>Se residente in Italia</u> →codice del comune di residenza, come da tabelle NAL <b>COMUNI</b> e colonna <b>cod_comune</b> ; <u>se apolide</u> →999999 <u>se STP o ENI</u> →999+codici ISTAT dello stato di nazionalità del soggetto rilevabile dal tesserino STP o ENI, tabella NAL <b>STATO</b> colonna <b>cod_stato</b> ; <u>se residente in altro stato</u> →999+codice dello stato di residenza, tabella NAL <b>STATI</b> colonna <b>cod_stato</b> . Verifica di congruenza con <b>regresu</b> e <b>uslresu</b> . Non viene effettuato nessun controllo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato.	2	
12	Uslresu	USL di residenza dell'utente	C	75	3	Indicare la USL di residenza a cui appartiene il comune in cui risiede l'utente Valori ammessi: se utenti <u>residenti in Italia</u> →codice ministeriale della USL di residenza (DM 05/12/2006 e successive modifiche), tabella NAL <b>AZIENDE_COMUNI</b> colonna <b>cod_azienza</b> : verifica di congruenza con <b>comres</b> e <b>regresu</b> . se utenti <u>non residenti in Italia (compreso STP e ENI)</u> →codice ISTAT dello stato di residenza, tabella NAL <b>STATI</b> colonna <b>cod_stato</b> . Verifica di congruenza con <b>comres</b> e <b>regresu</b> .	2	
13	Azienda	Azienda sanitaria Erogatrice	C	78	3	<i>Campo chiave SPAI</i> Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale. Valori ammessi: tabella NAL <b>AZIENDE_SANITARIE</b> colonna <b>cod_azienza</b>	2 Flagtot= 9	
14	Tipologia_erog	Tipologia erogatore	C	81	1	In questo campo deve essere indicata la tipologia dell'erogatore della prestazione. Sulla base dell'informazione contenuta in questo campo nella fase di predisposizione dei report sulla compensazioni vengono distinte le matrici inerenti il pubblico e quelle inerenti il privato. Valori ammessi: 1=pubblico 2=privato	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
15	Accesso	Modalità di accesso alla prestazione	C	82	2	<p>Valori ammessi:  01=Prescrizione su ricettario SSN  02=Prescrizioni su ricettario diverso da SSN  03=Accesso diretto  04=Pronto Soccorso a cui non consegue il ricovero  05=Pre-Ricovero  07=Post - Ricovero  08=Chiamata per iniziativa Aziendale  11=Libera professione “intra moenia”  12=Altro accesso senza oneri per il SSN  In particolare:  02 deve essere utilizzato per le prescrizioni su ricettari previsti da atti regionali come ad esempio il ricettario regionale per la gravidanza fisiologica;  03 deve essere utilizzato per indicare gli accessi senza prescrizione per le prestazioni previste dalla DGR 493/2004 e successive integrazioni o modificazioni;  08 deve essere utilizzato per indicare ad esempio gli accessi per prestazioni inerenti i programmi di screening, i protocolli di ricerca, le prestazioni per donazione ecc., il codice 12 deve essere utilizzato per prestazioni erogate a paganti tariffa intera come ad esempio prestazioni non LEA o prestazioni a stranieri non residenti oppure per quelle prestazioni erogate per Soggetti privati (società sportive, industrie, ecc.) con cui l’azienda sanitaria di erogazione ha stipulato rapporti di convenzione.  I record con <b>Accesso</b>=05, 07, 08, 11, 12 non devono essere messi in compensazione.  Nel caso di una ricetta SSN con due prestazioni di cui una erogata in SSN e una in libera professione, nel flusso saranno registrate <u>due SPA1</u>: una con <b>Accesso</b>=01 per la sola prestazione erogata in SSN e una con <b>Accesso</b>=11 per la prestazione erogata in libera professione.</p>	2	
16	Finalita	Finalità della prestazione	C	84	2	<p>Valori ammessi:  10=prestazioni di screening oncologico  20=prestazioni per donazione  40=prestazioni di procreazione medicalmente assistita  50=prestazioni afferenti al percorso CORD  00=altro  Se è inserito il valore 10→<b>Accesso</b>=08.</p>	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
17	Priorità	Codice di priorità di accesso	C	86	1	<p>Le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali di <i>primo contatto</i>, specificate nella DGR 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni, dovranno avvenire sulla base della attribuzione alle seguenti classi di priorità come definite dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa e così declinate a livello regionale:</p> <p>U=Urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;</p> <p>B=Breve, da eseguire entro 10 giorni;</p> <p>D=Differibile, da eseguire entro 15 o 30 giorni per le visite e 30 o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;</p> <p>P=Programmata, in questa classe sono escluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up e comunque inserite in un PDT.</p> <p>Altrimenti per le prestazioni ambulatoriali <i>non</i> di <i>primo contatto</i> oppure <i>non</i> specificate nella D.G.R 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni i valori ammessi sono: U, B, D, P (descritti sopra) oppure 0.</p> <p>Controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se il campo <b>tipocontatto</b>=1 e <b>codpres</b> (SPA2) contiene uno dei codici presenti nella tabella NAL <b>PRESTAZIONI_PNGLA</b>→U, B, D e P</li> <li>- altrimenti→U; B; D; P e 0.</li> </ul>	2	
18	Tipocontatto	Tipologia del contatto	C	87	1	<p>Per le prestazioni ambulatoriali specificate nella DGR493/2011 e successive modifiche ed integrazioni deve essere indicato se si tratta di un primo contatto o di un contatto successivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se il campo <b>codpres</b> (SPA2) contiene uno dei codici presenti nella tabella NAL <b>PRESTAZIONI_PNGLA</b>→1=primo contatto (primo accesso) 2=contatto successivo al primo (accesso successivo)</li> <li>- altrimenti →1, 2 e 0.</li> </ul>	2	
19	Ricetta	Codice della ricetta	C	88	16	<p>Si evidenzia come la rilevazione del codice della ricetta risponda ad un preciso adempimento delle disposizioni contenute nell'art. 50 del dl 269/2003 e successive integrazioni, oltre ovviamente a consentire la identificazione certa del medico prescrittore.</p> <p>Se <b>Accesso</b>=01→codice della ricetta SSN:</p> <p>pos. 1-3 codice regione o ente SASN;</p> <p>pos. 4-5 anno di produzione: il valore riportato non deve essere superiore all'anno di invio dei dati e non inferiore all'anno 2003;</p> <p>pos. 6-12 progressivo ricettario; pos. 13-14 progressivo ricetta;</p> <p>nelle pos. dalla 6° alla 15° devono essere presenti numeri la cui somma deve essere diversa da 0.</p> <p>Inoltre dato che il codice della ricetta SSN è composto da 15 caratteri mentre il campo ricetta di spa1 è lungo 16, il 16° carattere, considerando allineamento a sinistra per i campi alfanumerici, deve essere blank;</p> <p>se <b>Accesso</b>=05 o 07 con prescrizione su ricettario SSN→codice della ricetta SSN;</p> <p>negli altri casi unico valore ammesso 0000000000000000 (16 zeri).</p> <p>Inoltre</p> <p>se <b>Accesso</b>=01, viene verificata l'univocità ovvero che non siano presenti nell'insieme delle ricette inviate dall'Azienda altri record con <b>Accesso</b>=01 e medesimo codice ricetta. In caso di ricette duplicate viene accolta solo la prima inviata in ordine</p>	2 flagtot=9	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
						<p>temporale o, se trasmesse nello stesso invio, ne viene acquisita solo una: la prima riscontrata.</p> <p>Nel caso in cui un medesimo codice ricetta sia inviato da più Aziende sanitarie, RT accoglie tutti i record.</p> <p><u>Per gestire al meglio le procedure che controllano l'univocità del codice ricetta, nel caso in cui vi sia la necessità di apportare variazioni al codice ricetta è necessario inviare con <b>Opera=4</b> il record di SPA1 con stessa <b>Chiave</b> e stessa <b>Ricetta</b> e successivamente rinviarlo con <b>Opera=1</b> con stessa <b>Chiave</b> e campo <b>Ricetta</b> modificato.</u></p>		
20	DataPres	Data di prescrizione della ricetta	D	104	8	<p>Deve essere inserita la data nella quale il medico prescrittore compila la ricetta.</p> <p>Se <b>Accesso=01</b></p> <p>se data mancante sulla ricetta→8 zeri.</p> <p>altrimenti <b>Dataini&lt;DataPres</b></p> <p>se <b>Accesso&lt;&gt;01</b>→non compilare (vuoto).</p>	1	
21	DataSped	Data di spedizione della ricetta	D	112	8	<p>Si intende la data nella quale la ricetta viene consegnata dall'utente ad una struttura per attivare il processo di accesso al servizio richiesto:</p> <p>Se <b>Accesso=01, DataSped≥DataPres e DataSped≤Dataini</b></p> <p>Se <b>Accesso&lt;&gt;01</b>→non compilare (vuoto).</p>	1	
22	RicSug	Ricetta suggerita	C	120	2	<p>In questo campo deve essere indicato, ove segnalato sulla ricetta cartacea, se la ricetta è stata suggerita al medico prescrittore. Sebbene la valutazione complessiva di questa informazione possa essere estremamente critica, in quanto l'apposizione dell'indicazione suggerita è un atto unilaterale del medico prescrittore, tuttavia questa informazione, oltre ad offrire delle importanti indicazioni, è richiesta nelle specifiche attuative dell'art. 50 del dl 269/2003 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare dei decreti attuativi per la trasmissione dei dati verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p> <p>Se <b>Accesso=01</b>→00= non suggerita</p> <p>01= suggerita</p> <p>se <b>Accesso&lt;&gt;01</b>→non compilare (vuoto).</p>	1	
23	Codfimp	Codice fiscale del medico proponente	C	122	16	<p>Valori ammessi:</p> <p>se <b>Accesso=01, 02, 05 o 07</b>→ inserire il codice fiscale del medico proponente, in questo caso si verifica che il contenuto del campo abbia le seguenti caratteristiche: primi 6 caratteri alfabetici, settimo ed ottavo numerici, nono alfabetico, decimo ed undicesimo numerici, dodicesimo e sedicesimo alfabetici. Si verifica inoltre che sia presente in anagrafe oppure sia censibile attraverso i servizi della RFC85.</p> <p>altrimenti→16 zeri</p>	1	4
24	Tipomp	Tipologia del medico proponente	C	138	2	<p>Se <b>Accesso=01, 02, 05 o 07</b>→ tabella NAL <b>TIPO SPECIALIZZAZIONE</b> colonna <b>cod_tipo_specializzazione</b></p> <p>altrimenti→00.</p>	1	4
25	Totprest	Numero totale delle prestazioni Erogate	N	140	3	<p>Valori ammessi:</p> <p>Inserire il valore ottenuto dalla somma dei valori contenuti in <b>Numacc</b> (SPA2) relativo alle prestazioni collegate di SPA1.</p>	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
26	NumPrestEff	Numero della prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	N	143	2	Riportare il numero di record di SPA2. Se <b>Accesso</b> =01→numero di record di SPA2 (per le prestazioni a ciclo inserire 01) altrimenti→non compilare (vuoto).	2	
27	Imprest	Importo totale netto	E	145	8	Valori ammessi: importo in euro. In tale campo deve essere inserito, solo per i record di SPA2 collegati e con <b>Compensa</b> =1, l'importo ottenuto dalla differenza tra la somma dei valori contenuti nel campo <b>Lordo</b> di SPA2 ed il valore contenuto in <b>Imptick</b> di SPA1. Se la differenza risultasse negativa→8 zeri. Si ricorda che in questo campo non vanno computati i valori presenti nei campi <b>Quoric</b> (quota ricetta) e <b>QuotACPS</b> (quota accesso al pronto soccorso).	2	
28	Imptick	Totale ticket dovuto dall'utente	E	153	8	Si precisa che in questo campo deve essere inserito, l' <b>importo dovuto dall'utente</b> e non l'importo incassato. Valore ammesso:NNNNN,NN. Se <b>Accesso</b> =11 o 12→intero importo dovuto dall'utente; se <b>Accesso</b> =04 e <b>Codese</b> vuoto→importo dovuto dall'utente che eccede la quota di accesso al pronto soccorso ( <b>QuotAcPS</b> ), secondo normativa vigente; se <b>Accesso</b> =01→ <b>Imptick</b> ≤al valore SOGLIA <sup>1</sup> ; se <b>Accesso</b> =01 e <b>Codese</b> vuoto →SOGLIA <sup>1</sup> ≥ <b>Imptick</b> >00000,00; se <b>Accesso</b> =01 e <b>Codese</b> contiene un codice di esenzione valido→SOGLIA <sup>1</sup> ≥ <b>Imptick</b> ≥00000,00. <sup>1</sup> il valore SOGLIA, descritto nei paragrafi precedenti, è dipendente da <b>NumprestEff</b> di SPA1 e dalle branche di appartenenza delle prestazioni erogate.	2	
29	vuoto	vuoto	C	161	2	vuoto		
30	Codese	Codice esenzione	C	163	6	Se l'utente <u>non è esente</u> dal pagamento del ticket→000000 (6 zeri) e <b>imptick</b> >00000,00; se l'utente <u>è esente</u> dal pagamento totale o parziale del ticket→tabella NAL <b>ESENZIONI</b> colonna <b>stampa</b> -	2	
31	FE_Quoric	Fascia economica per quota ricetta	C	169	2	In questo campo deve essere indicata la fascia economica dichiarata per la determinazione della quota ricetta. Valori ammessi: se <b>Imptick</b> >00010,00→tabella NAL <b>FASCIAECONOMICA_QR</b> ; se <b>Imptick</b> =00000,00→00	2	
32	Quoric	Quota ricetta	E	171	8	Inserire l'importo in euro del ticket aggiuntivo sulla ricetta <b>dovuto dall'utente</b> , in rispetto della normativa vigente al momento dell'erogazione della prestazione, secondo il formato euro (00000,00). Se l'importo non è dovuto compilare con 00000,00. Valori ammessi: se <b>Imptick</b> =00010,00→00000,00 se <b>Imptick</b> >00000,00→00000,00 o ≥00010,00	2	
33	QuotAcPS	Quota accesso al pronto soccorso	E	179	8	Importo in euro pari al valore dovuto dall'utente per l'accesso al pronto soccorso in base alle disposizioni vigenti. Se l'importo non è dovuto o <b>Accesso</b> <>04→00000,00 altrimenti→00025,00.	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
34	IstiCompEur op	Istituzione competente Europea	C	187	28	Il campo deve essere compilato in caso di pazienti che hanno una copertura sanitaria in ambito dei paesi dell'Unione Europea. Valori ammessi: se Cittadino UE (valutato in base al contenuto di <b>Tipoindu</b> ) e <b>Regresu</b> =999→codice della istituzione competente che garantisce la copertura sanitaria dell'utente; se informazione non reperibile→28 zeri; altrimenti→non compilare (vuoto).	1	
35	CodIdeUteEu rop	Codice identificativo dell'utente europeo	C	215	20	Il campo deve essere compilato in caso di utente assicurato da istituzione dell'Unione Europea. Valori ammessi: se Cittadino UE (valutato in base al contenuto di <b>Tip0indu</b> ) e <b>Regresu</b> =999 →codice identificativo dell'utente assicurato da una istituzione della Unione Europea se l'utente è privo della idonea documentazione→20 zeri; altrimenti→non compilare (vuoto).	1	
36	CodIdeDocu Europ	Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	235	20	Il campo deve essere compilato in caso di utente assicurato da istituzione dell'Unione Europea. Valori ammessi: se Cittadino UE (valutato in base al contenuto di <b>Tipindu</b> ) e <b>Regresu</b> =999→codice identificativo della tessera europea di assicurazione se informazione non reperibile→20 zeri; altrimenti →non compilare (vuoto).	1	
37	CodStatDocu Europ	Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	255	3	Codice ISTAT dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce la copertura dell'assistenza sanitaria Valori ammessi: Cittadino UE (valutato in base al contenuto di <b>Tipindu</b> ) e <b>Regresu</b> =999→codice ISTAT dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce la copertura dell'assistenza sanitaria; altrimenti→non compilare (vuoto).	1	
38	DataScadDoc uEurop	Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	D	258	8	Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia. Per i soggetti che hanno la tessera sanitaria rilasciata dal ministero dell'economia e delle finanze o per quelli diversi da quelli assistiti da una istituzione europea o in caso di irreperibilità lasciare il campo vuoto Se <b>Accesso</b> =01, inserire ggmmaaaa Se <b>Accesso</b> <> 01o informazione non reperibile→non compilare (vuoto).	1	
39	BiffaStmpEle t	Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	266	1	Riportare l'informazione alla ricetta stampata mediante un sistema informatico. La ricetta prevede in alto a destra una casella da biffare nel caso in cui la ricetta sia stampata mediante un prodotto informatico. L'apposizione della biffatura in questo apposito spazio è un adempimento posto in carico al medico prescrittore. Se <b>Accesso</b> =01 → 0=assenza della biffatura nell'apposito spazio (ricetta manuale) 1=ricetta informatizzata con biffatura campo "Stampa PC" e codice fiscale in barcode 2=ricetta informatizzata con la sola biffatura del campo "Stampa PC" Se <b>Accesso</b> <0→non compilare (vuoto).	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
40	Tipoassist	Tipologia di assistenza	C	267	2	01=assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno (EE) 02=assistiti SASN con visita ambulatoriale (NA) 03=assistiti SASN con visita domiciliare (ND) 04=assistiti da istituzioni estere 05=assistito SASN extraeuropeo (NX) 99=altra tipologia di assistenza	1	
41	Dservice	Day_service	C	269	1	L'informazione riportata ha lo scopo, oltre che di individuare le prestazioni di day service, di ricostruire insieme all'identificativo dell'utente e alla data di prestazione tutte le ricette e quindi le prestazioni afferenti ad un medesimo episodio di day service. Valori ammessi: 0=no day service 1=1° ricetta del percorso day service 2=ricette intermedie del percorso day service 3=ultima ricetta del percorso di day service 4=unica ricetta per prestazione iniziale e finale di day service Il codice 4 è da utilizzare solo nel caso in cui il percorso di day service sia contenuto in un'unica ricetta. Il codice 2 identifica tutte le ricette intermedie del percorso che, a parità di identificativo dell'utente e sulla base della data di erogazione, vengono attribuite ad un unico percorso di day service assieme alla specifica 1° ricetta e ultima ricetta .	2	
42	PACC	Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	C	270	3	In questo campo viene indicato il PACC (Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) attivato. Valori ammessi : tabella NAL <b>PACC</b> .	2	
43	Patpres	Codice della patologia presunta	C	273	5	Patologia dell'utente, per la quale è stata richiesta la prestazione (quesito diagnostico); in particolare si rileva sia la patologia presunta e che accertata segnalata in ricetta Valori ammessi: Codice ICD9CM, tabella NAL <b>DIAGNOSI_ICD9CM</b> non rilevato→00000	1	
44	ICD9	Codice della patologia accertata	C	278	5	Valori ammessi: Codice ICD9CM, tabella NAL <b>DIAGNOSI_ICD9CM</b> nessuna patologia accertata→99999 non rilevato→00000	1	



Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
45	NRE	Numero di ricetta elettronico	C	283	15	<p>Numero di Ricetta Elettronica, se <b>Accesso</b> =01 o 05 o 07 la compilazione è obbligatoria in caso di prescrizione effettuata in modalità elettronica (<u>presenza</u> di NRE in ricetta SSN), negli altri casi compilare il campo con 15 zeri.</p> <p>Inoltre</p> <p>Per <b>Accesso</b>=01, nel caso in cui sia compilato <u>solo o anche</u> il campo <b>Ricetta</b> (campo 20) il controllo di univocità viene effettuato sul campo <b>Ricetta</b>, mentre nel caso in cui il campo Ricetta non sia compilato il controllo di univocità viene effettuato sul presente campo.</p> <p>In quest'ultimo caso quindi viene verificato che il contenuto del campo sia univoco ovvero che non siano presenti nell'insieme delle ricette inviate dall'Azienda sanitaria altri record con Accesso=01 e medesimo codice NRE. In caso di ricette duplicate viene accolta solo la prima inviata in ordine temporale o, se trasmesse nello stesso invio, ne viene acquisita solo una: la prima riscontrata.</p> <p>Nel caso in cui un medesimo codice NRE sia inviato da più aziende, RT accoglie tutti i record.</p> <p><b>Per gestire al meglio le procedure che controllano l'univocità del codice ricetta, nel caso in cui vi sia la necessità di apportare variazioni al codice NRE è necessario inviare con Opera=4 il record di SPA1 con stessa Chiave e stesso NRE e successivamente rinviarlo con Opera=1 con stessa Chiave e campo NRE modificato.</b></p>	2 (flagtot=9)	
46	C_digit	Contributo alla digitalizzazione dovuto dall'utente	E	298	8	<p>In questo campo deve essere inserito il contributo alla digitalizzazione dovuto dall'utente (DGR 753/2012 e successive modifiche ed integrazioni).</p> <p>Valori ammessi: Importi in euro ≥00000,00.</p>	2	
57	DispReg	Campo ricetta a disposizione delle Regioni	C	306	8	Campo della ricetta a disposizione delle Regioni per provvedimenti specifici (per il MeF il campo è obbligatorio se presente in ricetta)	1	

## ARCHIVIO SPA2 (Archivio dettaglio: Prestazioni erogate all'utente)

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
1	Record	Tipologia del record	C	1	1	Valori ammessi: 2=record appartenente all'archivio dettaglio	2 Flagtot=9	
2	Chiave	Chiave	C	2	10	<p><i>Campo chiave SPA2</i></p> <p>Deve essere inserito un valore univoco a livello Aziendale che permetta il collegamento del record dell'archivio principale (<b>Record</b>=1) con i corrispondenti record dell'archivio dettaglio (<b>Record</b>=2), pertanto in corrispondenza di un record di SPA1 deve corrispondere almeno un record di SPA2 con un valore identico nel campo 2.</p>	2 Flagtot=9	
3	Usl_strutt_erog	Az. sanitaria del presidio erogatore prestazione	C	12	3	<p>Codice ministeriale dell'Azienda sanitaria toscana che effettivamente ha erogato la prestazione</p> <p>Valori ammessi: tabella NAL STRUTTURE_OPERATIVE_STS11 colonna <b>cod_azienda</b></p>	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
4	Presidio	Codice del presidio Erogatore	C	15	6	Indicare struttura di prenotazione, ovvero la struttura che provvede effettivamente alla erogazione della prestazione. Valori ammessi: tabella NAL <b>STRUTTURE_OPERATIVE_STS111</b> colonna <b>cod_presidio</b> Si precisa che nel caso di prestazioni erogate a domicilio o presso locali privati da parte di personale SSN, deve essere inserito il codice STS.11 del presidio che è funzionalmente responsabile dell'erogazione della prestazione.	2	
5	Speciali	Specialità di erogazione	C	21	3	In tale campo deve essere inserito il codice della specialità relativo alla struttura organizzativa a cui appartiene l'operatore o il gruppo di erogatori. Valori ammessi: tabella NAL <b>SPECIALITA</b> colonna <b>cod_specialita</b> .	1	
6	Reparto	Progressivo della specialità di erogazione	C	24	2	Tale campo permette di rilevare l'attività erogata nelle strutture ospedaliere in regime ambulatoriale in relazione al reparto ospedaliero di riferimento. Valori ammessi: se l'ambulatorio non è interno ad un presidio ospedaliero→00 (2 zeri) altrimenti inserire il codice del reparto ospedaliero così come indicato nei flussi ministeriali. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo Presidio, l'individuazione dell'ubicazione dell'ambulatorio all'interno dell'istituto di ricovero avviene infatti tramite le informazioni desunte dal codice STS.11 utilizzato per individuare il presidio erogatore.	1	
7	Disciplina	Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	26	2	I codici da utilizzare sono gli ultimi due caratteri dei valori presenti tabella NAL <b>SPECIALITA</b> colonna <b>cod_specialita</b> .che hanno carattere iniziale 0.	1	
8	Dataini	Data di INIZIO erogazione della prestazione/ Somministrazione prodotto	D	28	8	Valore ammessi: ggmmaaaa Se <b>Tipopr</b> =1 e <ul style="list-style-type: none"> <li>la prestazione specialistica <u>non è articolata in cicli</u>→la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo <b>Datafine</b>;</li> <li>la prestazione specialistica <u>è articolate in cicli</u>, così come individuate nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, l'invio deve essere effettuato nel mese in cui viene erogata l'ultima prestazione del ciclo→data effettiva di erogazione della prima prestazione del ciclo, mentre nel campo <b>Datafine</b> la data dell'ultima prestazione erogata, data che quindi coincide con la chiusura del ciclo e che deve essere compresa nel mese di riferimento, mentre la data indicata nel campo <b>Dataini</b>, può non essere ricompresa nel mese di riferimento;</li> </ul> se <b>Tipopr</b> =8→data effettiva di erogazione della prestazione e <b>Dataini</b> = <b>Datafine</b> ; se <b>Tipopr</b> =5→data di rilascio della certificazione medico sportiva. e <b>Dataini</b> = <b>Datafine</b> ; se <b>Tipopr</b> =4→data della prima prestazione erogata nel mese di riferimento, mentre nel campo <b>Datafine</b> deve essere inserita la data dell'ultima erogazione, quindi, anche per le prestazioni caratterizzate da accessi continui e destinati a protrarsi oltre il mese di riferimento quali la somministrazione di emocomponenti in ambito di prestazioni trasfusionali a livello ambulatoriale, l'invio in Regione deve essere effettuato in relazione alla data in cui viene effettuata l'ultima prestazione.	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
9	Datafine	Data di FINE erogazione della prestazione/ Somministrazione prodotto	D	36	8	<p>In questo campo deve essere inserita la data dell'ultima erogazione, quindi, anche per le prestazioni caratterizzate da accessi continui e destinati a protrarsi oltre il mese di riferimento quali la somministrazione di emocomponenti in ambito di prestazioni trasfusionali a livello ambulatoriale, l'invio in Regione deve essere effettuato in relazione alla data in cui viene effettuata l'ultima prestazione.</p> <p>se <b>Tipopr=1</b> e</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la prestazione specialistica <u>non è articolata in cicli</u>→la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo <b>Datafine</b>;</li> <li>la prestazione specialistica <u>è articolata in cicli</u>, così come individuate nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, l'invio deve essere effettuato nel mese in cui viene erogata l'ultima prestazione del ciclo→data effettiva di erogazione della prima prestazione del ciclo, mentre nel campo <b>Datafine</b> la data dell'ultima prestazione erogata, data che quindi coincide con la chiusura del ciclo e che deve essere compresa nel mese di riferimento, mentre la data indicata nel campo <b>Dataini</b>, può non essere ricompresa nel mese di riferimento; <p>se <b>Tipopr=8</b>→data effettiva di erogazione della prestazione e <b>Dataini=Datafine</b>;</p> <p>se <b>Tipopr=5</b>→data di rilascio della certificazione medico sportiva. e <b>Dataini=Datafine</b>;</p> <p>se <b>Tipopr=4</b>→data della prima prestazione erogata nel mese di riferimento, mentre nel campo.</p> </li></ul>	2 Flagtot=9	
10	Contatto	Data di primo contatto per la richiesta della prestazione	D	44	8	<p>Valori ammessi: ggmmaaaa</p> <p>se <b>Tipopr=1</b> o <b>5</b> o <b>8</b>→data in cui l'utente ha richiesto la prestazione, <b>Contatto≤Dataini</b>. nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione <b>Contatto=Dataini</b>.</p> <p>Se <b>Tipopr=4</b>→00000000 (otto zeri)</p>	2	
11	ScelUte	Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	52	1	<p>In questo campo deve essere rilevata l'informazione inerente la scelta dell'utente rispetto alla prima data disponibile proposta alla prenotazione.</p> <p>Se <b>Tipopr=1</b> o <b>5</b> o <b>8</b>→1=l'utente non ha effettuato nessuna scelta 2=l'utente ha scelto una data diversa dalla prima disponibilità. altrimenti→9.</p>	2	
12	Dataprenotabile	Data prenotabile o di prima disponibilità	D	53	8	<p>Se <b>Tipopr=1</b> o <b>5</b> o <b>8</b>→<b>Contatto≤ Dataprenotabile≤Dataini</b>, nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione la data coincide con la data di erogazione;</p> <p>se <b>Tipopr=4</b>→00000000 (otto zeri)</p>	1	
13	Tipopr	Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	61	1	<p>In questo campo deve essere indicata la tipologia di prestazione erogata.</p> <p>Le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, previste dal nomenclatore tariffario regionale, di cui alla DGR 229/1997 e successive integrazioni e modificazioni devono essere registrate con il codice 1 in questi casi in <b>Codpres</b> devono essere inseriti i codici previsti dal nomenclatore tariffario regionale.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1=Prestitazione specialistica ambulatoriale 4=Emocomponenti 5=Prestitazione per la medicina dello sport 8=Prestitazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale</p>	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
14	Codpres	Codice della prestazione erogata/ prodotto somministrato	C	62	10	In questo campo devono essere inseriti i codici delle prestazione erogata in conformità con quanto dichiarato nel campo <b>Tipopr</b> e secondo quando previsto nella tabella NAL <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>cod_prestazione</b> . Valori ammessi: se <b>Tipopr</b> =1 → prestazione specialistica ambulatoriale tabella NAL <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>cod_prestazione</b> con colonna <b>cod_tipo</b> =A se <b>Tipopr</b> =4 → emocomponente somministrato all'utente tabella NAL <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>cod_prestazione</b> con colonna <b>cod_tipo</b> =E; se <b>Tipopr</b> =5 → certificazione medico sportiva tabella NAL <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>cod_prestazione</b> con colonna <b>cod_tipo</b> =S; se <b>Tipopr</b> =8 → prestazione specialistica ambulatoriale non prevista nel nomenclatore regionale.	2	
15	Codcatalogo	Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni	C	72	10	Valori ammessi: Se <b>Tipopr</b> =1 → inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale del catalogo unico regionale, tabella NAL <b>CATALOGO_UNICO_PRESTAZIONI</b> colonna ; verifica di coerenza con <b>Tipopr</b> e <b>Codpres</b>	2	
16	Branca	Codice della branca della prestazione erogata	C	82	1	Valori ammessi: se <b>Tipopr</b> =1 → branca effettiva di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale, tabella NAL <b>PRESTAZIONI_BRANCA</b> colonna <b>cod_branca</b> , l'Azienda erogatrice deve specificare la branca di effettiva erogazione della prestazione, desumibile anche dal codice presente nel campo specialità di erogazione della prestazione. se <b>Tipopr</b> =8 → branca effettiva di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore. se <b>Tipopr</b> <> 1 e 8 → 0 (zero)	1	
17	Numacc	Numero degli accessi alla Prestazione/ somministrazione prodotto	N	83	3	Valori ammessi: se <b>Tipopr</b> =1 e la prestazione erogata <u>non è una prestazione a ciclo</u> → 001; se <b>Tipopr</b> =1 e la prestazione erogata <u>è una prestazione a ciclo</u> , deve essere inserito il numero di accessi effettivamente registrati all'interno del ciclo terapeutico: tale valore non deve superare il numero massimo di prestazioni previsto per il relativo ciclo terapeutico; se <b>Tipopr</b> =5 o 8 → 001; se <b>Tipopr</b> =4, deve essere inserito il numero totale degli accessi effettuati dall'utente presso il presidio erogatore della prestazione.	2	
18	Quantuni	Numero di prestazioni effettivamente erogate/ quantità unitarie di prodotto somministrato	N	86	6	Valori ammessi: NNN,00 se <b>Tipopr</b> =1 e la prestazione erogata <u>non è una prestazione a ciclo</u> → 001,00; se <b>Tipopr</b> =1 e la prestazione erogata <u>è una prestazione a ciclo</u> , deve essere inserito il numero di prestazioni effettivamente erogate. Tale valore non deve superare il numero massimo di prestazioni previste per il relativo ciclo terapeutico; se <b>Tipopr</b> =5 o 8 → 001,00; se <b>Tipopr</b> =4, deve essere inserita la quantità totale di prodotto somministrato all'utente.	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
19	Tariffa	Tariffa	E	92	8	In questo campo deve essere inserita la tariffa della prestazione erogata o del costo unitario del prodotto somministrato. Valori ammessi:NNNNN,NN Tariffa in euro della prestazione o del prodotto codificati nel campo <b>Codpres</b> di SPA2→≤ tabella NAL <b>PRESTAZIONI</b> colonna	2	
20	Lordo	Importo lordo	E	100	8	In questo campo deve essere inserito l'importo lordo della prestazione erogata o del prodotto somministrato. Valori ammessi: NNNNN,NN <b>Lordo=Quantuni X Tariffa.</b>	2	
21	Convenzione	Prestazione soggetta a convenzione	C	108	1	Valori ammessi: 0=prestazione non soggetta a rapporto convenzionale 1=prestazione soggetta a rapporto convenzionale 2=prestazione soggetta a "compensazione centralizzata regionale" Se <b>Convenzione</b> =1 allora il campo <b>Compensa</b> =0.	2	Valori ammessi
22	Compensa	Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	109	1	Lo scopo del campo è quello di identificare le prestazioni per le quali deve essere attivata la procedura di compensazione a livello regionale, da quelle che, non devono essere assoggettate a tale procedura. Valori ammessi: 0=non soggetto a compensazione, <b>Convenzione</b> =0 1=soggetto a compensazione In particolare: se <b>Tipopr</b> =8→0; se <b>Convenzione</b> =1→0; se <b>Regresu</b> (SPA1)=999→0; se <b>Accesso</b> (SPA1)=05, 07, 08, 11, 12→0; se <b>Finalità</b> (SPA1)=20→0.	2	
23	Tipoerog	Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	110	2	Indicare la tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale. Valori ammessi: se <b>Accesso</b> <>11→00 se <b>Accesso</b> =11→03=prestazione erogata da medico specialista dipendente 08=prestazione erogata da medico specialista convenzionato interno 99=altro	1	
24	Chiavespa2	Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	112	10	<i>Chiave SPA2.</i> Campo chiave per l'archivio di dettaglio, consente l'individuazione univoca del record di spa2 all'interno dello stesso gruppo ricetta. Il valore del campo deve essere univoco a livello <b>Azienda&amp;Chiave</b>	2 Flagtot=9	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
25	MRA_erog	MRA_ struttura erogatrice	C	122	15	Codice della struttura erogatrice secondo il sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza (tripletta). In questo campo dovrà essere inserito il codice della struttura di erogazione secondo il sistema MRA. In attesa degli atti regionali di recepimento dell’emanando Decreto Ministeriale, il campo deve essere lasciato vuoto.	2	

**2.10.2- Tracciato record della scheda prestazioni ambulatoriali (SPA) inviato dalla Regione alle Aziende sanitarie**

Il tracciato dell’archivio che deve essere inviato dalla Regione Toscana alle Aziende sanitarie presenta le medesime informazioni del tracciato che deve essere inviato dalle Aziende alla Regione Toscana fino alla colonna denominata **Lungh**. Nel campo **Note** si forniscono, per le quote informative attribuite dalla regione, le modalità di compilazione.

**ARCHIVIO SPA1 (Archivio principale: Anagrafe strutture-utente e valorizzazione prestazioni erogate all’utente)**

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Controlli
1	Record	Tipologia del record	C	1	1	vedi tracciato § 2.10.1
2	Opera	Tipo operazione	C	2	1	vedi tracciato § 2.10.1
3	Chiave	Chiave	C	3	10	vedi tracciato § 2.10.1
4	Tipoindu	Tipologia del codice individuale dell’utente	C	13	1	vedi tracciato § 2.10.1
5	Vuoto	Vuoto	C	14	16	vedi tracciato § 2.10.1
6	IDutente	Identificativo Univoco dell’utente	C	30	24	vedi tracciato § 2.10.1
7	Sexu	Sesso dell’utente	C	54	1	vedi tracciato § 2.10.1
8	Datanasc	Data di nascita dell’utente	D	55	8	vedi tracciato § 2.10.1
9	Cittu	Cittadinanza dell’utente	C	63	3	vedi tracciato § 2.10.1
10	Regresu	Regione di residenza dell’utente	C	66	3	vedi tracciato § 2.10.1
11	Comresu	Comune di residenza dell’utente	C	69	6	vedi tracciato § 2.10.1
12	Uslresu	USL di residenza dell’utente	C	75	3	vedi tracciato § 2.10.1
13	Azienda	Azienda sanitaria Erogatrice	C	78	3	vedi tracciato § 2.10.1
14	Tipologia_erog	Tipologia erogatore	C	81	1	vedi tracciato § 2.10.1
15	Accesso	Modalità di accesso alla prestazione	C	82	2	vedi tracciato § 2.10.1
16	Finalita	Finalità della prestazione	C	84	2	vedi tracciato § 2.10.1
17	Priorità	Codice di priorità di accesso	C	86	1	vedi tracciato § 2.10.1
18	Tipocontatto	Tipologia del contatto	C	87	1	vedi tracciato § 2.10.1
19	Ricetta	Codice della ricetta	C	88	16	vedi tracciato § 2.10.1
20	DataPres	Data di prescrizione della ricetta	D	104	8	vedi tracciato § 2.10.1

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lung.</b>	<b>Controlli</b>
21	DataSped	Data di spedizione della ricetta	D	112	8	vedi tracciato § 2.10.1
22	RicSug	Ricetta suggerita	C	120	2	vedi tracciato § 2.10.1
23	Codfispmp	Codice fiscale del medico proponente	C	122	16	vedi tracciato § 2.10.1
24	Tipomp	Tipologia del medico proponente	C	138	2	vedi tracciato § 2.10.1
25	Totprest	Numero totale delle prestazioni Erogate	N	140	3	vedi tracciato § 2.10.1
26	NumPrestEff	Numero della prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	N	143	2	vedi tracciato § 2.10.1
27	Imprest	Importo totale netto delle prestazioni erogate soggette a compensazione	E	145	8	vedi tracciato § 2.10.1
28	Imptick	Totale ticket dovuto dall'utente	E	153	8	vedi tracciato § 2.10.1
29	vuoto	vuoto	C	161	2	vedi tracciato § 2.10.1
30	Codese	Codice esenzione	C	163	6	vedi tracciato § 2.10.1
31	FE_Quoric	Fascia economica per quota ricetta	C	169	2	vedi tracciato § 2.10.1
32	Quoric	Quota ricetta	E	171	8	vedi tracciato § 2.10.1
33	QuotAcPS	Quota accesso al pronto soccorso	E	179	8	vedi tracciato § 2.10.1
34	IstiCompEurop	Istituzione competente Europea	C	187	28	vedi tracciato § 2.10.1
35	CodIdeUteEurop	Codice identificativo dell'utente europeo	C	215	20	vedi tracciato § 2.10.1
36	CodIdeDocuEurop	Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	235	20	vedi tracciato § 2.10.1
37	CodStatDocuEurop	Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	255	3	vedi tracciato § 2.10.1
38	DataScadDocuEurop	Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	D	258	8	vedi tracciato § 2.10.1
39	BiffaStmpElet	Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	266	1	vedi tracciato § 2.10.1
40	Tipoassist	Tipologia di assistenza	C	267	2	vedi tracciato § 2.10.1
41	Dservice	Day_service	C	269	1	vedi tracciato § 2.10.1
42	PACC	Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	C	270	3	vedi tracciato § 2.10.1
43	Patpres	Codice della patologia presunta	C	273	5	vedi tracciato § 2.10.1
44	ICD9	Codice della patologia accertata	C	278	5	vedi tracciato § 2.10.1
45	NRE	Numero di ricetta elettronico	C	283	15	vedi tracciato § 2.10.1
46	C_digit	Contributo alla digitalizzazione dovuto dall'utente	E	298	8	vedi tracciato § 2.10.1
47	DispReg	Campo ricetta a disposizione delle Regioni	C	306	8	vedi tracciato § 2.10.1
48	F_Record	Flag qualità campo Tipologia del record	C	314	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
49	F_Opera	Flag qualità campo Tipo operazione	C	315	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
50	F_Chiave	Flag qualità campo Chiave	C	316	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
51	F_Tipoindu	Flag qualità campo Tipologia del codice individuale dell'utente	C	317	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
52	Vuoto	Vuoto	C	318	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
53	F_IDutente	Flag qualità campo Identificativo Univoco dell'utente	C	319	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
54	F_Sexu	Flag qualità campo Sesso dell'utente	C	320	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
55	F_Datanasc	Flag qualità campo Data di nascita dell'utente	C	321	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
56	F_Cittu	Flag qualità campo Cittadinanza dell'utente	C	322	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
57	F_Regresu	Flag qualità campo Regione di residenza dell'utente	C	324	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
58	Vuoto	Vuoto	C	325	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
59	F_Comresu	Flag qualità campo Comune di residenza dell'utente	C	326	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
60	F_Uslresu	Flag qualità campo USL di residenza dell'utente	C	327	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lung.</b>	<b>Controlli</b>
61	F_Azienda	Flag qualità campo Azienda sanitaria Erogatrice	C	328	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
62	F_Tipologia_erog	Flag qualità campo Tipologia erogatore	C	329	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
63	F_Accesso	Flag qualità campo Modalità di accesso alla prestazione	C	330	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
64	F_Finalita	Flag qualità campo Finalità della prestazione	C	331	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
65	F_Priorità	Flag qualità campo Codice di priorità di accesso	C	332	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
66	F_Tipocontatto	Flag qualità campo Tipologia del contatto	C	333	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
67	F_Ricetta	Flag qualità campo Codice della ricetta	C	334	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
68	F_DataPres	Flag qualità campo Data di prescrizione della ricetta	C	335	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
69	F_DataSped	Flag qualità campo Data di spedizione della ricetta	C	336	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
70	F_RicSug	Flag qualità campo Ricetta suggerita	C	337	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
71	F_Codfispmp	Flag qualità campo Codice fiscale del medico proponente	C	338	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
72	F_Tipomp	Flag qualità campo Tipologia del medico proponente	C	339	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
73	F_Totprest	Flag qualità campo Numero totale delle prestazioni Erogate	C	340	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
74	F_NumPrestEff	Flag qualità campo Numero della prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	C	341	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
75	F_Imprest	Flag qualità campo Importo totale netto delle prestazioni erogate soggette a compensazione	C	342	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
76	F_Imptick	Flag qualità campo Totale ticket dovuto dall'utente	C	343	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
77	vuoto	vuoto	C	344	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
78	F_Codese	Flag qualità campo Codice esenzione	C	345	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
79	FE_Quoric	Flag qualità campo Fascia economica per quota ricetta	C	346	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
80	F_Quoric	Flag qualità campo Quota ricetta	C	347	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
81	F_QuotAcPS	Flag qualità campo Quota accesso al pronto soccorso	C	348	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
82	F_IstiCompEurop	Flag qualità campo Istituzione competente Europea	C	349	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
83	F_CodIdeUteEurop	Flag qualità campo Codice identificativo dell'utente europeo	C	350	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
84	F_CodIdeDocuEurop	Flag qualità campo Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	351	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
85	F_CodStatDocuEurop	Flag qualità campo Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	352	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
86	F_DataScadDocuEurop	Flag qualità campo Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	C	353	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
87	F_BiffaStmpElet	Flag qualità campo Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	354	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
88	F_Tipoassist	Flag qualità campo Tipologia di assistenza	C	355	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
89	F_Dservice	Flag qualità campo Day_service	C	356	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
90	F_PACC	Flag qualità campo Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	C	357	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
91	F_Patpres	Flag qualità campo Codice della patologia presunta	C	358	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
92	F_ICD9	Flag qualità campo Codice della patologia accertata	C	359	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
93	F_NRE	Flag qualità campo Numero di ricetta elettronico	C	360	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
94	F_C_digit	Flag qualità campo Contributo alla digitalizzazione dovuto dall'utente	C	361	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
95	F_DisReg	Flag qualità campo ricetta a disposizione delle Regioni	C	362	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
96	Flagtot	Campo errore totale	C	363	1	Contiene il valore più alto di errore nel g
98	Codusl	Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati	C	364	3	Codice Azienda sanitaria inviante i dati
99	Regpag	Codice della Regione di residenza dell'utente	C	367	3	Codice Regione di residenza dell'utente
100	Uslpag	Codice dell'Azienda USL di residenza dell'utente	C	370	3	Codice Az. USL di residenza dell'utente



Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Controlli
101	certMEF	Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze	C	373	1	0=IDutente da sottoporre 1=IDutente certificato 2=IDutente non certificato 9=IDutente non presente in anagrafica

ARCHIVIO SPA2 (Archivio dettaglio: Prestazioni erogate all'utente)

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Controlli
1	Record	Tipologia del record	C	1	1	vedi tracciato § 2.10.1
2	Chiave	Chiave	C	2	10	vedi tracciato § 2.10.1
3	Usl_strutt_erog	USL del presidio erogatore prestazione	C	12	3	vedi tracciato § 2.10.1
4	Presidio	Codice del presidio Erogatore	C	15	6	vedi tracciato § 2.10.1
5	Speciali	Specialità di erogazione	C	21	3	vedi tracciato § 2.10.1
6	Reparto	Progressivo della specialità di erogazione	C	24	2	vedi tracciato § 2.10.1
7	Disciplina	Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	26	2	vedi tracciato § 2.10.1
8	Dataini	Data di INIZIO erogazione della prestazione/ Somministrazione prodotto	D	28	8	vedi tracciato § 2.10.1
9	Datafine	Data di FINE erogazione della prestazione/Somministrazione prodotto	D	36	8	vedi tracciato § 2.10.1
10	Contatto	Data di primo contatto per la richiesta della prestazione	D	44	8	vedi tracciato § 2.10.1
11	ScelUte	Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	52	1	vedi tracciato § 2.10.1
12	Dataprenotabile	Data prenotabile o di prima disponibilità	D	53	8	vedi tracciato § 2.10.1
13	Tipopr	Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	61	1	vedi tracciato § 2.10.1
14	Codpres	Codice della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	62	10	vedi tracciato § 2.10.1
15	Codcatalogo	Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni	C	72	10	vedi tracciato § 2.10.1
16	Branca	Codice della branca della prestazione erogata	C	82	1	vedi tracciato § 2.10.1
17	Numacc	Numero degli accessi alla Prestazione/somministrazione prodotto	N	83	3	vedi tracciato § 2.10.1
18	Quantuni	Numero di prestazioni effettivamente erogate/ quantità unitarie di prodotto somministrato	N	86	6	vedi tracciato § 2.10.1
19	Tariffa	Tariffa	E	92	8	vedi tracciato § 2.10.1
20	Lordo	Importo	E	100	8	vedi tracciato § 2.10.1
21	Convenzione	Prestazione soggetta a convenzione	C	108	1	vedi tracciato § 2.10.1
22	Compensa	Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	109	1	vedi tracciato § 2.10.1
23	Tipoyerog	Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	110	2	vedi tracciato § 2.10.1
24	Chiavespa2	Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	112	10	vedi tracciato § 2.10.1
25	MRA_erog	MRA_ struttura erogatrice	C	122	15	vedi tracciato § 2.10.1
26	Record	Flag qualità campo Tipologia del record	C	137	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
27	Chiave	Chiave	C	138	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
28	Usl_strutt_erog	Flag qualità campo USL del presidio erogatore prestazione	C	139	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
29	Presidio	Flag qualità campo Codice del presidio Erogatore	C	140	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
30	Speciali	Flag qualità campo Specialità di erogazione	C	141	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
31	Reparto	Flag qualità campo Progressivo della specialità di erogazione	C	142	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lung.</b>	<b>Controlli</b>
32	Disciplina	Flag qualità campo Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	143	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
33	Dataini	Flag qualità campo Data di INIZIO erogazione della prestazione/ Somministrazione prodotto	C	144	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
34	Datafine	Flag qualità campo Data di FINE erogazione della prestazione/Somministrazione prodotto	C	145	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
35	Contatto	Flag qualità campo Data di primo contatto per la richiesta della prestazione	C	146	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
36	ScelUte	Flag qualità campo Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	147	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
37	Dataprenotabile	Flag qualità campo Data prenotabile o di prima disponibilità	C	148	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
38	Tipopr	Flag qualità campo Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	149	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
39	Codpres	Flag qualità campo Codice della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	150	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
40	Codcatalogo	Flag qualità campo Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni	C	151	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
41	Branca	Flag qualità campo Codice della branca della prestazione erogata	C	152	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
42	Numacc	Flag qualità campo Numero degli accessi alla Prestazione/somministrazione prodotto	C	153	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
43	Quantuni	Flag qualità campo Numero di prestazioni effettivamente erogate/quantità unitarie di prodotto somministrato	C	154	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
44	Tariffa	Flag qualità campo Tariffa	C	155	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
45	Lordo	Flag qualità campo Importo	C	156	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
46	Convenzione	Flag qualità campo Prestazione soggetta a convenzione	C	157	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
47	Compensa	Flag qualità campo Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	158	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
48	Tipoerog	Flag qualità campo Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	159	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
49	Chiavespa2	Flag qualità campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	160	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
50	MRA_erog	Flag qualità campo MRA_ struttura erogatrice	C	161	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tr
50	Flagtot	Campo errore totale	C	162	1	Contiene il valore più alto di errore nel g
51	Codusl	Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati	C	163	3	Codice Azienda sanitaria inviante i dati o
52	Regpag	Codice della Regione di residenza dell'utente	C	166	3	Codice Regione di residenza dell'utente
53	Uslpag	Codice dell'Azienda USL di residenza dell'utente	C	169	3	Codice Az. USL di residenza dell'utente

## APPENDICE

Esempi di compilazione dei record per:

- **Tipopr=1 (prestazione di specialistica ambulatoriale)**

Esempio di compilazione di un record relativo ad una prestazione ambulatoriale appartenente al nomenclatore regionale  
(es: RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI)

Dataini	Datafine	tipopr	codpres	Branca	numacc	quantuni	Tariffa	lordo
01012001	01012001	1	04.07.1	S	001	001,00	00099,00	00099,00

Esempio di compilazione di un record relativo ad una prestazione ambulatoriale multibranca appartenente al nomenclatore regionale  
(es: BIOPSIA [PERCUTANEA][AGIOBIOPSIA] DELLA TIROIDE)

Dataini	datafine	tipopr	codpres	Branca	numacc	quantuni	tariffa	lordo
01012001	01012001	1	06.11.1	*	001	001,00	00084,00	00084,00

\* codice della effettiva branca di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale del nomenclatore (delibera G.R. 229 del 3/3/97 allegato A, e successive modifiche ed integrazioni);

Esempio di compilazione di un record relativo ad una prestazione ambulatoriale a ciclo appartenente al nomenclatore regionale  
(es: ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER)

Dataini	datafine	tipopr	codpres	Branca	numacc	quantuni	tariffa	lordo
01012001	01102001	1	86.30.4	F	005	005,00	00080,00	00400,00

- **Tipopr=4 (emocomponenti)**

(es: UNITA' DI PLASMA DA PLASMAFERESI)

Dataini	datafine	tipopr	codpres	Branca	numacc	Quantuni	tariffa	lordo
01012001	01122001	4	339600	0	010	007,30	00171,00	01248,30

- **Tipopr=5 (prestazioni per la medicina dello sport)**

(es: SCI ALPINO – BOB - SLITTINO)

Dataini	datafine	tipopr	codpres	Branca	numacc	Quantuni	tariffa	lordo
01012001	01012001	5	G04	0	001	001,00	00124,00	00124,00

- **Tipopr=8 (prestazione di specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale)**

Dataini	datafine	tipopr	Codpres	Branca	numacc	Quantuni	tariffa	lordo
01012001	01012001	5	**	***	001	001,00	****	****

\*\* codice Aziendale della prestazione

\*\*\* codice della effettiva branca di erogazione della prestazione eseguita

\*\*\*\* Tariffa Aziendale della prestazione