

REGIONE
TOSCANA



Repubblica Italiana

BOLLETTINO UFFICIALE della Regione Toscana

Parte Seconda n. 3 del 18.1.2012

Supplemento n. 13

mercoledì, 18 gennaio 2012

Firenze

Bollettino Ufficiale: via F. Baracca, 88 - 50127 Firenze - Fax: 055 - 4384620

E-mail: redazione@regione.toscana.it

Il Bollettino Ufficiale della Regione Toscana è pubblicato esclusivamente in forma digitale, la pubblicazione avviene di norma il mercoledì, o comunque ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, ed è diviso in tre parti separate.

L'accesso alle edizioni del B.U.R.T., disponibili sul sito WEB della Regione Toscana, è libero, gratuito e senza limiti di tempo.

Nella **Parte Prima** si pubblicano lo Statuto regionale, le leggi e i regolamenti della Regione, nonché gli eventuali testi coordinati, il P.R.S. e gli atti di programmazione degli Organi politici, atti degli Organi politici relativi all'interpretazione di norme giuridiche, atti relativi ai referendum, nonché atti della Corte Costituzionale e degli Organi giurisdizionali per gli atti normativi coinvolgenti la Regione Toscana, le ordinanze degli organi regionali.

Nella **Parte Seconda** si pubblicano gli atti della Regione, degli Enti Locali, di Enti pubblici o di altri Enti ed Organi la cui pubblicazione sia prevista in leggi e regolamenti dello Stato o della Regione, gli atti della Regione aventi carattere diffusivo generale, atti degli Organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale.

Nella **Parte Terza** si pubblicano i bandi e gli avvisi di concorso, i bandi e gli avvisi per l'attribuzione di borse di studio, incarichi, contributi, sovvenzioni, benefici economici e finanziari e le relative graduatorie della Regione, degli Enti Locali e degli altri Enti pubblici, si pubblicano inoltre ai fini della loro massima conoscibilità, anche i bandi e gli avvisi disciplinati dalla legge regionale 13 luglio 2007, n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro).

Ciascuna parte, comprende la stampa di Supplementi, abbinata all'edizione ordinaria di riferimento, per la pubblicazione di atti di particolare voluminosità e complessità, o in presenza di specifiche esigenze connesse alla tipologia degli atti.

SEZIONE I

GIUNTA REGIONALE

- Deliberazioni

DELIBERAZIONE 9 gennaio 2012, n. 9

Modifica della D.G.R. 968/2011 "Modifiche e integrazioni al manuale flussi DOC".

SEZIONE I

**GIUNTA REGIONALE
- Deliberazioni**

DELIBERAZIONE 9 gennaio 2012, n. 9

Modifica della D.G.R. 968/2011 “Modifiche e integrazioni al manuale flussi DOC”.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la DGR 968/2011 “Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc”;

Appurata la presenza di meri errori materiali nell’Allegato A e nell’Allegato B della suddetta delibera, ed in particolare:

- nell’allegato A sono risultati errati alcuni valori indicati nella colonna denominata “pos.” dei tracciati riportati ai paragrafi 1.8.1 e 1.8.2 e mancanti alcuni campi nel tracciato di cui al paragrafo 1.8.2,

- nell’allegato B è stato riscontrato un disallineamento tra quanto riportato ai paragrafi 2.8.4 e 2.10 e un errore della lunghezza di alcuni campi nel tracciato riportato

nel paragrafo 2.10 e il conseguente riposizionamento dei campi successivi;

Ritenuto pertanto necessario modificare la DGR 968/2011 sostituendo gli allegati A e B della stessa con i corrispondenti allegati A e B della presente delibera;

A voti unanimi,

DELIBERA

Di modificare la DGR 968/2011 sostituendo gli allegati A e B della stessa con i corrispondenti allegati A e B della presente delibera.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul B.U.R.T. ai sensi dell’art.5, comma 1, lett. f), della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell’art.18, comma 2, della medesima L.R. 23/2007.

*Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta*

SEGUONO ALLEGATI

1. Scheda nosologica (SKNO)

Il flusso attiene alla scheda di dimissione degli Istituti di ricovero prevista dal D.M. Sanità 28.12.1991, che istituisce la scheda di dimissione ospedaliera; dai D.M. sanità del 26.7.1993, n. 380 del 27.10.2010 aggiornato dal D.M. n. 135 del 8 luglio 2010, che individuano le informazioni da rilevare, i sistemi di codifica da adottare e le modalità di trasmissione dalle Regioni al Ministero della Sanità; dalla delibera n.10132 dell'11.12.1992 della Giunta Regionale "Istituzione della nuova scheda nosologica e di dimissione"; dall'art. 4 del D.M. Sanità 30.6.1997 per quanto riguarda l'introduzione dell'obbligo di compilazione delle schede nosologiche per i neonati sani; dai D.M. sanità n. 380 del 27.10.2000 e D.M. 8 luglio 2010 che adeguano il contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera nonché i principi e le regole di compilazione e di codifica delle informazioni. La presente versione del Manuale dei Flussi DOC stabilisce le regole e le codifiche da utilizzare nel flusso SKNO nei rapporti tra Aziende sanitarie e Regione Toscana e introduce dal 01.01.2012 l'uso del codice identificativo univoco dell'utente.

1.1 Modalità di raccolta dei dati

I dati devono essere acquisiti dall'Azienda sanitaria di competenza anche rispetto ai presidi non direttamente gestiti, ma dei quali costituisce riferimento, come ad esempio le strutture private ubicate sul territorio delle Aziende USL. L'Azienda trasmette i dati alla Regione in modo continuativo secondo il tracciato indicato nel §1.8.1.

I risultati delle procedure di controllo sono riscontrabili nei dati in restituzione della Regione alle Aziende sanitarie invianti (tracciato record §1.8.2). Le Aziende sanitarie sono tenute a comunicare ai presidi non direttamente gestiti ma dei quali costituiscono riferimento, l'esito dei controlli di congruità effettuati a livello regionale, secondo modalità e tempi da consentire a tali presidi lo svolgimento degli adempimenti di propria competenza sui dati generati.

1.2 Modalità di trasmissione dei dati

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

1.3 Tempi di trasmissione dei dati

Nel sistema C&C è possibile un invio continuativo dei dati, in ogni caso i dati devono essere inviati entro la fine del mese successivo a quello di erogazione. Nel caso in cui la scadenza sopra indicata rientri in giorni non lavorativi, questa è rimandata al primo giorno lavorativo utile. I consolidati vengono definiti con i dati trasmessi entro il 5 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

1.4 Contenuti della trasmissione elettronica dei dati

1.4.1 Da Aziende sanitarie a Regione

Caratteristiche elettroniche: flat file formato ASCII.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel tracciato riportato nel §1.8.1.

Nessun altro contenuto ammesso.

1.4.2 Da Regione ad Aziende sanitarie

Caratteristiche elettroniche: flat file formato ASCII.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel tracciato riportato nel §1.8.2.

I record, scartati e non, sono restituiti alle Aziende che hanno provveduto all'invio.

Le Aziende USL riceveranno in modo continuativo anche le prestazioni rese ai propri residenti, ovunque fruite nell'ambito del territorio regionale (cosiddetta mobilità passiva infraregionale). I record relativi alla mobilità passiva sono restituiti alla Azienda USL di residenza dell'utente, anche nel caso in cui siano presenti errori gravi (codici "2" §1.6) e siano quindi privi della valorizzazione economica.

Al fine di consentire alle Aziende USL la valutazione massima del volume di prestazioni fruite dai propri residenti presso altre strutture di ricovero, la restituzione del passivo alle Aziende USL è effettuata in base ai campi **regint** e **uslint**. Tali campi, ricalcolati dalla Regione secondo quanto specificato nel §1.7, contengono rispettivamente le codifiche della regione e della USL di residenza dell'utente.

In questo modo si tende a fornire alle Aziende USL il maggior numero possibile di informazioni relative agli ipotetici residenti che hanno fruito di prestazioni presso presidi diversi dai propri. Il dato fornito alle Aziende USL, quindi, tende a configurarsi come quello massimo, salvi gli aggiornamenti conseguenti alle correzioni apportate dai diversi produttori con eventuali invii successivi.

Per le Aziende USL sono, altresì, restituiti i record relativi a prestazioni effettuate dalle Aziende ospedaliere, ubicate sul territorio della USL stessa, a favore di utenti stranieri.

1.5 Organizzazione del flusso

Le informazioni della Scheda di Dimissione Ospedaliera sono organizzate secondo il tracciato riportato al §1.8.1 e ad ogni record corrisponde una scheda di dimissione.

Le procedure regionali di controllo e validazione dei dati trasmessi dalle Azienda sanitarie alla Regione provvedono all'individuazione delle schede scartate e delle schede che possono entrare a far parte del database regionale con l'identificazione di eventuali errori e della relativa gravità.

E' in fase di implementazione l'RFC (Request For Comment) che definisce lo standard dell'invio dei messaggi relativi ai ricoveri ospedalieri e che a regime sostituirà il presente flusso.

Di seguito si riportano le principali informazioni che saranno introdotte nella RFC:

Allegato A

- per ciascuna fase (ammissione – dimissione – degenza) l'intensità di cura secondo i livelli critico/acuto/bassa intensità
- oltre ai trasferimenti di reparto saranno rilevati anche i trasferimenti di intensità anche all'interno del medesimo reparto di cura correlati dalla data e dall'ora
- la diagnosi di ammissione (sia descrittiva che in codice ICD9CM)
- le date di ammissione/dimissione/trasferimento saranno correlate anche da ora e minuti
- per ciascun intervento/procedura dovrà essere indicata l'Unità operativa che la esegue
- ciascun accesso di DH sarà caratterizzato dalla data e dall'ora di accesso e di dimissione e dagli interventi/procedure(ICD9CM) eseguite
- lettera di dimissione secondo un format strutturato.

1.5.1 Procedura per la determinazione delle schede da scartare

Motivi che determinano lo scarto dei record:

- presenza di schede doppie: nel database regionale non possono esistere più schede con la stessa chiave: se **opera** = 1 viene controllato che nel database regionale non vi siano già record che presentino i medesimi valori nei campi che costituiscono la chiave. Si ricorda che la chiave è composta dai seguenti campi **azist**, **codosp**, **anprat**, **nprat**; in caso di schede duplicate inviate simultaneamente si accetta la scheda che è arrivata per prima.
- 1. presenza di codici non ammessi o non congruenti nei campi che identificano il presidio erogatore: nei campi relativi alla **azist** e a **codosp** devono essere presenti valori ammessi e quindi viene verificato che l'Azienda e lo stabilimento indicato esistono e siano in attività alla data di dimissione come da tabella dei presidi ospedalieri messa a disposizione nei NAL
- presenza di valori ammessi nei campi che identificano la SDO: nel campo **nprat** viene verificato che il valore riportato sia univoco all'interno dell'anno solare e rispetto al presidio ospedaliero, che la numerazione progressiva sia unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o Day Hospital) in modo tale che ciascun numero identifici in maniera univoca un singolo ricovero, inoltre il valore inserito deve essere numerico e maggiore di 0; nel campo **anprat** - Anno solare di apertura della cartella – viene verificato che il valore riportato coincida con l'anno di ammissione ed inoltre, per le schede con **regimric**=2, l'anno deve essere uguale a quello di dimissione e, per le schede con **regimric**=1, l'anno può essere pari o antecedente a quello di dimissione.
- presenza di valori non ammessi nel campo **opera** : codici validi 1, 2 e 3.
- La presenza nel database regionale delle schede che l'Azienda dichiara di voler cancellare o sostituire: se **opera** = 2 – sostituzione o 3 - eliminazione – deve essere presente una scheda con la medesima chiave nel database regionale.
- Presenza contemporanea della compilazione dei campi **codfiscu** e **IDutente**.

Nel caso in cui una delle verifiche sopra indicate dia esito negativo il record viene scartato, ma comunque sottoposto alle successive procedure di controllo, non entra però a far parte del database regionale e viene restituito alla Azienda sanitaria inviante.

Allegato A

Si ricorda che i controlli descritti sono eseguiti secondo la sequenza sopra indicata e la generazione di uno degli errori blocca la prosecuzione degli algoritmi successivi di individuazione delle schede da scartare.

1.5.2 Procedure di controllo

I record, scartati e non, vengono sottoposti a controlli formali e di congruità:

- ogni singolo campo viene sottoposto ai controlli descritti nella colonna denominata “note” nel tracciato riportato al §1.8.1;
 - L’esito del controllo viene segnalato nel corrispondente campo **Flag Errore** del tracciato riportato al §1.8.2 con i codici 0 e 1, dove 0 indica assenza di errori e 1 indica presenza di errori;
 - sui campi generati al punto precedente viene poi effettuata una elaborazione che per ogni singolo record fornisce lo stato della scheda presa in esame (**Flag stato scheda** del tracciato riportato al §1.8.2 campo 86). In sostanza lo “stato della scheda” rappresenta la qualità del record. Nella colonna errore del tracciato riportato al §1.8.1 viene assegnato il codice di errore che l’errata compilazione del campo in oggetto genera nel campo flag stato scheda. Nel campo **flag stato scheda** sarà presente il codice di errore più alto (vedi §1.6) fra quelli relativi ai campi segnalati come affetti da errori;
 - i dati in restituzione sono corretti sia dei campi flag errore sia del campo flag stato scheda descritti nei punti precedenti.
- Le Aziende sanitarie possono provvedere con un ulteriore invio, alla correzione e alla cancellazione dei dati già inviati :
- se l’Azienda intende correggere schede presenti nel database regionale è autorizzata a trasmettere la scheda corretta identificando la scheda variata tramite l’apposizione del valore 2 nel campo **opera** e mantenendo invariati i campi chiave. Può quindi rinviare sia schede corrette (**Flag stato scheda =2**). **stato scheda =0**) sia schede in cui le procedure regionali hanno individuato errori lievi (**Flag stato scheda =1**) o gravi (**Flag stato scheda =2**). La scheda verrà sottoposta a tutte le procedure regionali di controllo e sostituirà la scheda originale nel database regionale - (sostituzione).
 - se l’Azienda intende eliminare schede presenti nell’archivio regionale deve trasmettere nuovamente la scheda in questione mantenendo invariato il contenuto dei campi chiave sopra individuati e inserendo il valore 3 nel campo **opera** - (cancellazione);

Nel caso in cui l’Azienda abbia la necessità di variare il contenuto di uno o più campi chiave relativi ad una scheda nosologica può farlo procedendo ad un ulteriore invio ed in particolare deve:

- 1) reinviare il record contenente l’errore, quindi senza cambiare il contenuto dei campi chiave, e con il campo **opera** compilato con codice 3 (cancellazione);
- 2) inviare il record con i campi chiave corretti e il campo **opera** compilato con codice 1,

Oltre la data fissata per il consolidamento degli archivi le schede scartate non potranno più essere rinviate; le schede che invece entrano nell’archivio regionale ma recano errori gravi sono acquisite ma non valorizzate ovvero non è più possibile procedere ad ulteriori correzioni e quindi le schede che presentano errori gravi sono restituite alle Aziende sanitarie senza valorizzazione dei campi importo.

Allegato A**1.5.2.1 Tabelle di supporto**

I controlli dei valori di alcuni campi vengono effettuati utilizzando gli archivi di supporto predisposti dalla Regione Toscana. Le tabelle di supporto contengono le codifiche necessarie per la compilazione di alcuni campi del tracciato riportato al §1.8.1: le Aziende sanitarie devono fare riferimento esclusivamente a tali archivi che sono il sistema di codifica ufficiale definito a livello regionale.

La necessità di garantire un sistema dinamico di aggiornamento di alcune delle variabili di supporto al sistema rende necessaria l'adozione di modalità tali da garantire l'aggiornamento in tempi rapidi e con forme flessibili. Tale esigenza, necessaria per rendere una serie di informazioni indipendenti dai contesti formali tipici della pubblica amministrazione, ha indotto la Regione Toscana a mettere a disposizione tali archivi alle Aziende sanitarie mediante i NAL.

1.6 La codifica degli errori

Di seguito viene riportato l'elenco dei possibili valori presenti nel campo **Flag stato scheda** tracciato §1.8.2

codice 0: scheda esatta, cioè che non presenta errori su nessun campo.

codice 1: segnala l'esistenza di errori lievi su uno o più campi che non pregiudicano la valorizzazione della scheda in questione.

codice 2: segnala l'esistenza, su uno o più campi, di "errori gravi", in questo caso la dimissione non viene valorizzata (i campi **imp1reg** e **imp2reg** riportano 000000,00).

codice 9: segnala la presenza di errori su almeno uno dei campi chiave (§1.5.1), in questo caso il record viene scartato. Il record in oggetto viene restituito all'Azienda sanitaria inviante ma non entra a far parte dell'archivio consolidato regionale.

1.7 Elementi significativi del tracciato

Si richiama l'attenzione sulle principali variazioni apportate rispetto alla versione precedente (delibera G.R.T n. 1069 / 2008) del Manuale Flussi D.O.C..

1.7.1 Campi nuovi

Identificativo Univoco dell'utente (IDutente, Campo 87): in questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana per i soggetti già presenti nell'anagrafe sanitaria, mentre nel caso di soggetti non ancora presenti il soggetto deve essere censito tramite la RFC 85. Il valore immesso, solo per le schede con **lures** e/o **lunasc** italiano, deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Non è richiesta la compilazione di questo campo nel caso di utente coperto da anonimato (**anonimo=1**). Si precisa che fino al 30/06/2012 è ammesso l'utilizzo alternativo di Codice Fiscale o Identificativo Univoco dell'utente. Dal 01/07/2012 sarà ammessa la compilazione esclusivamente

Allegato A

dell'Identificativo Univoco dell'utente. Si precisa che nel caso in cui sia compilato sia il campo **codfiscu** che il campo **IDutente** il record sarà scartato (**flagtot=9**)

Ora di ingresso (**Ora_ingr**, campo 88): nel campo deve essere indicata l'ora di ingresso in ospedale. Valori ammessi HH:mm. La concatenazione tra **datngr** e **ora_ingr** deve essere < alla concatenazione tra **datdim** e **ora_dim**

Ora di dimissione (**Ora_dim**, campo 89): nel campo deve essere indicata l'ora di dimissione dall'ospedale. Valori ammessi HH:mm. La concatenazione tra **datdim** e **ora_dim** deve essere < alla concatenazione tra **datngr** e **ora_ingr**

1.7.1 Campi eliminati

Regione di iscrizione sanitaria dell'utente

Azienda USL di iscrizione sanitaria dell'utente

Regione ove opera il medico proponente

Azienda sanitaria ove opera il medico proponente

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

Codice fiscale dell'utente (**codfiscu**, campo 10): in questo campo deve essere inserito il Codice fiscale dell'utente. Per gli stranieri temporaneamente presenti con dichiarazione di indigenza inserire il codice regionale a sigla STP a 16 caratteri (ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n.394, e della circolare del Ministero della Sanità 24 aprile 2000, n. 5). Si controlla, solo per le schede con **Comune di residenza e/o comune di nascita** italiano, che: i primi sei caratteri siano alfabetici, il settimo e l'ottavo siano numerici, il nono sia alfabetico e sia uno dei valori ammessi per l'identificazione del mese di nascita, il decimo e l'undicesimo siano numerici e che, se il sesso dell'utente (campo **sexu**) =1, riportino valori compresi tra 01 e 31, mentre, se il sesso dell'utente (campo **sexu**) =2, riportino valori compresi tra 41 e 71 il dodicesimo ed il sedicesimo alfabetici. Non si effettua tale controllo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato (campo **anonimo**=1). Si precisa che fino al 30/06/2012 è ammesso l'utilizzo alternativo di Codice Fiscale o Identificativo Univoco dell'utente. Si precisa che nel caso in cui sia compilato sia il campo **codfiscu** che il campo **IDutente** il record sarà scartato (**flagtot=9**). Dal 01/07/2012 sarà ammessa la compilazione esclusivamente dell'Identificativo Univoco dell'utente, pertanto questo campo dovrà essere lasciato vuoto.

modalità dimissione (**modim**, campo 30): è stato inserito il codice A (dimissione verso altre Strutture non di ricovero). Pertanto i valori ammessi sono: 1=deceduto; 2=dimissione ordinaria; 3=dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA); 4=dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare; 5=dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno dichiara di non volersi ripresentare durante il ciclo programmato); 6= trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti; 7=dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata; 8=trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; 9=trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione; A= dimissione verso altre Strutture non di ricovero.

Tipologia del medico proponente (**tipomp**, campo 80): per la compilazione, salvo il codice 00 (nessuna prescrizione) si fa riferimento ad apposita tabella messa a disposizione sui NAL.

1.7.3 Campi di particolare attenzione

Data di prima disponibilità (datadisp, campo 82): in caso di ricovero chirurgico programmato (codice 1 e 5 del campo **tipo di ricovero**) questo campo deve essere compilato con la prima data che la struttura propone per il ricovero. Tale data può essere coincidente con quella di ammissione nel caso in cui non ci siano stati impedimenti clinici o personali da parte dell'utente. Tale campo deve essere sempre compilato nel caso in cui sia compilata la data di prenotazione.

Convenzione (Convenz, campo 68): più che un cambiamento della modalità di compilazione si tratta di un recepimento di una regola di compilazione già in uso da alcuni anni. Valori ammessi: 0 = ricovero non soggetto a rapporto convenzionale fra soggetti erogatori; 1 = ricovero oggetto di rapporto convenzionale; 3 = ricovero il cui importo è stato valutato in relazione ai contratti tra azienda ed struttura privata accreditata. Si ricorda che in questo caso con rapporto convenzionale si fa riferimento a forme pattizie caratterizzate dal pagamento diretto delle prestazioni tra strutture senza quindi l'assoggettamento alle ordinarie forme di compensazione gestite a livello regionale.

Se il campo contiene codice 1 **impazie** dovrà essere inferiore o uguale a **imp1reg+imp2reg**

Il codice 3, ammesso solo per le case di cura private, è una certificazione da parte della Azienda USL competente dell'applicazione dei contratti in essere con le strutture private accreditate, e che il valore riportato nel campo **impazie**, nel caso in cui **f_impazie** = 0, tiene conto di questa applicazione ed è quello da utilizzare nelle compensazioni infraregionali.

Per le strutture tipo Fondazioni o S.P.A a compartecipazione pubblica, nel caso in cui venga utilizzato il codice 3, questo deve essere utilizzato per tutte le dimissioni effettuate dalla struttura.

Provenienza del paziente-medico inviante (provza) campo 17: i valori ammessi sono: 0 per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi (**datanasc = datingr**); 1 = paziente che accede all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico; 2 = paziente inviato all'Istituto di cura dal medico di base; 3 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura; 4 = paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura pubblico; 5 = paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato accreditato; 6 = paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato non accreditato; 7 = paziente trasferito da altra modalità di ricovero (ricovero diurno, ordinario, riabilitazione, lungodegenza) nello stesso istituto; 8 = paziente trasportato con elisoccorso; 9 = altro. Utilizzare il codice 2 anche qualora il paziente acceda alla struttura su proposta della guardia medica (continuità assistenziale). Inoltre si verifica che: se codice 1 il campo **tiporico** (campo 18) sia diverso da 1, 3, 5; se codice 3 il campo **tiporico** sia uguale 1 o 5; Se codice 8 il campo **tiporico** sia uguale 2; se codice 0 il campo **neonat** sia uguale a 1 o a 2 e il campo **datanasc** sia uguale a **datingr**.

Reperto di ammissione (repamm) e reparto di dimissione (repdim) campi 15 e 27: i valori ammessi: il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende Sanitarie ed in particolare nel modello HSP.12: i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta la divisione nell'ambito della stessa disciplina. Per le prime due posizioni viene verificato che i codici siano congruenti con le indicazioni dettagliate per le specialità (vedi §1.8.2) e, in aggiunta, non viene accettato il codice PT: tabella di supporto sui NAL

Allegato A

Per le case di cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di ammissione (questo controllo viene effettuato solo se la data di ammissione è valida) : tabella di supporto sui NAL. Le ultime due cifre devono essere coerenti con i dati trasmessi nei flussi ministeriali.

Reperti di trasferimento (rep1, rep2 e rep3) campi 22, 24 e 26: Valori ammessi: vedi reparto di ammissione

Da compilare solo per **regimric=1** (ordinario). Se il campo è compilato, o è compilato il relativo campo della data di trasferimento, si controllano le prime due posizioni. Valori ammessi: ultime due posizioni del campo “cod_specialita” della tabella di supporto “specialita” sui NAL seguite dal progressivo con cui viene distinta la divisione nell’ambito della stessa disciplina. Per le Case di Cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di trasferimento (questo controllo viene effettuato solo se la data di trasferimento è valida). Le ultime due cifre devono essere coerenti con i dati trasmessi nei flussi ministeriali.

Note ai DRG (noteDRG, campo 76): il cambiamento consiste non nel riportare dentro il manuale i codici ammessi ma di rimandare ad una tabella di supporto: Per alcuni DRG questo campo serve per identificare il tipo di casistica e quindi la tariffazione giusta da applicare. Valori ammessi: come da tabella di supporto presente nei NAL. Nel caso di DRG non presenti nella specifica tabella di supporto unico valore ammesso 00

Regime di ricovero (regimric): campo 13 del tracciato riportato al §1.8.1: Valori ammessi: 1= ricovero ordinario, 2= ricovero in Day-Hospital.

Quando si utilizza il codice 2 devono essere compilati anche i campi ricdh, finaldh, ndh. Le prestazioni chirurgiche che prevedono un solo pernottamento, la cosiddetta “one day surgery”, devono essere indicate nella SDO come prestazioni in regime ordinario (codice 1)

Finalità del DH (Finaldh, campo 52): Valori ammessi: se ricovero in DH (**regimric=2**): 1=terapeutico, da utilizzare in caso di DH medico per fini terapeutici; 2=riabilitativo; 3=diagnostico (ivi compreso follow up), da utilizzare in caso di DH medico, per fini diagnostici; 4= di controllo periodico, da utilizzare in caso di DH medico (compreso follow up); 5=psichiatrico; 8 =chirurgico (day surgery), da utilizzare in caso di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive. Se il regime di ricovero è ordinario (**regimric =1**) unico valore ammesso: 0.

Onere della degenza (onere, campo 16): valori ammessi: 1 = ricovero a totale carico del SSN; 2 = ricovero a parziale carico del SSN; 3 = ricovero in casa di cura non convenzionata, con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN; 4 = ricovero a totale carico del paziente ovvero senza oneri per il SSN; 5 = presunta responsabilità di terzi; 7= ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN; 8= ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; A= ricovero a carico del Ministero dell’interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; B = ricoveri nell’ambito di iniziative regionali di cooperazione internazionale; C= ricovero per aiuti umanitari; 9= altro. Se durante il ricovero cambia il soggetto su cui ricade l’onere della degenza, nella SDO sarà riportato il codice relativo all’onere della degenza alla dimissione del paziente.

Si verifica che: se onere=1 il campo **modero** sia diverso da 1, 2, 4, 5 o 6; se onere=4 il campo **modero** sia diverso da 1, 2, 5 o 6; se onere=2 il campo **modero** sia pari a 1, 2, 4, 5 o 6; se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unici valori ammessi 3 e 4; se nelle prime tre posizioni del campo **codfiscu** è presente il codice STP e, o nella quarta o quinta o sesta posizione del campo **codfiscu** è presente almeno un valore numerico, unici valori ammessi 8 e A; se codici 7, 8, A, B e C nel campo **lures** deve essere presente 999 seguito dal codice dello stato estero.

Traumatismi o intossicazioni (traumat, campo 20): valori ammessi: 0 = se **regimric =2** è day hospital, o se ricovero non è causato da un trauma/incidente o da una intossicazione, o se non si tratta del primo ricovero per quel per trauma/incidente o intossicazione (es. postumi di traumatismi, rimozione gesso, ecc...); 1 = infortunio sul lavoro; 2 = infortunio in ambiente domestico; 3 = incidente stradale; 4 = violenza altrui

Allegato A

(indipendentemente dal luogo dove è avvenuta); 5 = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto); 6 = morso animale o insetto; 7 = incidente sportivo; 9 = altro tipo di incidente o di intossicazione. Se codice diverso da 0, in diagnosi principale o nelle patologie concomitanti deve essere presente un codice ICD9CM compreso da 800-9049 o da 910-995.

Peso alla nascita (pesonasc, campo 74): deve essere inserito il peso in grammi alla nascita e va riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero contingente alla nascita dello stesso. In caso di non neonato riempire con 0. Si controlla che la data di nascita sia uguale alla data di ricovero e che nel campo neonat sia inserito valore 1 o 2. Il valore riportato deve essere coerente con i codici diagnosi appartenenti alle categorie ICD9CM 2007 764-766 (problemi di crescita fetale, prematurità ecc..)

1.7.3 Criteri per la determinazione delle quote informative attribuite dalla Regione

1. **DRG attribuito dalla regione (DRGgreg):** dal 01/01/2009 il codice DRG riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
2. **MDC attribuito dalla regione (MDCreg)** dal 01/01/2009 il valore riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
3. **Importo (imp1reg):** dal 01/01/2009 l'importo in Euro è attribuito il relazione al codice DRG riportato nel campo 166 (**drgreg**) è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
4. **Importo oltre soglia (imp2reg)** dal 01/01/2009 l'importo in Euro è attribuito il relazione al codice DRG riportato nel campo 166 (**drgreg**) è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
5. **DRG 19 attribuito dalla regione (DRG_19):** codice DRG attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 19. Si sottolinea che il valore è riportato esclusivamente al fine di effettuare analisi di tipo comparativo.
6. **Regione di residenza dell'utente riattribuita dalla regione e Azienda sanitaria di residenza utente riattribuita dalla regione campi regint e uslint:** vista l'importanza dell'informazione della residenza dell'utente le procedure regionali restituiscono questi due campi cercando di effettuare la massima riattribuzione secondo i seguenti criteri:

- A) utente coperto da anonimato (campo **anonimo** = 1):
 - se **regresu** = 090 (*toscana*) e **uslresu** = ad un valore compreso tra 101 e 112 allora **regint** = **090** e **uslint=uslresu**,
 - se **regresu** = 090 (*toscana*) e **uslresu** = ad un valore non compreso tra 101 e 112 allora **regint=090** e **uslint =000** (tre zeri, non attribuibile)
 - se **regresu** contiene un codice relativo ad una regione italiana e **uslresu** =ad un valore compreso tra 000 e 999 allora **regint** = **regresu** e **uslint =uslresu**
 - se **regresu** contiene un codice relativo ad una regione italiana e **uslresu** = ad un valore non compreso tra 000 e 999 allora **regint** = **regresu** e **uslint=000** (tre zeri, non attribuibile)
 - se **regresu** = 999 (*straniero*) e **uslresu** = contiene un codice ammesso per gli Stati esteri allora **regint=999** e **uslint=uslresu**
 - se **regresu** = 999 (*straniero*) e **uslresu** = non contiene un codice ammesso per gli Stati esteri allora **regint=999** e **uslint=000** (tre zeri, non attribuibile)
 - se **regresu** è diverso da 999 ed è diverso da un codice relativo ad una regione italiana **regint=000** (tre zeri, non attribuibile) e **uslint=000** (tre zeri, non attribuibile).
- B) utente non straniero (primi 3 caratteri del campo **lures** <> 999):

Allegato A

se **lures** = codice relativo ad un comune italiano allora **regint** = “*codice regione*” da tabella di supporto dei comuni per il comune indicato nel campo **lures** e **uslint**= “*codice usl*” da tabella di supporto dei comuni per il comune indicato nel campo **lures**
 se **lures** <> codice relativo ad un comune italiano allora l’attribuzione viene fatta come per la gestione di anonimo (vedi punto A).

C) utente straniero (prime 3 posizioni del campo **lures** = 999)

se le ultime 3 posizioni di **lures** contengono un codice ammesso per gli Stati esteri allora **regint=999** e **uslint** = ultime 3 posizioni di **lures**

se le ultime 3 posizioni di **lures** contengono un codice non ammesso per gli Stati esteri allora l’attribuzione viene fatta come per la gestione di utente coperto da anonimato (vedi punto A).

2. **Età alla dimissione del paziente (eta)**: le procedure regionali calcolano l’età del paziente alla dimissione (in anni compiuti). L’età è calcolata come differenza fra data di dimissione e data di nascita secondo il seguente algoritmo:

- se è nulla la data di dimissione o quella di nascita allora l’età sarà posta a 999;

- se l’anno di nascita è uguale all’anno di dimissione l’età è pari a zero;

- se l’anno di nascita è precedente all’anno di dimissione:

A) se il mese di nascita è precedente al mese di dimissione oppure se il mese di nascita è uguale al mese di dimissione ed il giorno di nascita è antecedente al giorno di dimissione allora si effettua la differenza fra l’anno di nascita e quello di dimissione. Si attribuirà valore 999 all’età se la differenza in questione risulta essere inferiore a 0 o superiore a 124;

B) se il mese di nascita è successivo al mese di dimissione oppure se il mese di nascita è uguale al mese di dimissione ed il giorno di nascita è successivo al giorno di dimissione allora si effettua la differenza fra l’anno di nascita e quello di dimissione meno uno. Si attribuirà valore 999 all’età se la differenza in questione risulta essere inferiore a 0 o superiore a 124.

- ovviamente se anno di nascita è successivo all’anno di dimissione il campo sarà compilato con 999.

3. **Giornate di degenza (ggdeg)**: le giornate di degenza vengono determinate in modo diverso a seconda della tipologia di ricovero. Infatti per ricoveri di day hospital la durata coincide con il valore posto nella variabile preposta a contenere il numero di accessi, mentre in tutti gli altri casi si effettua la differenza fra data di ingresso e data di dimissione se non ci sono trasferimenti alla specialità fittizia PT.

Poiché nel calcolo delle giornate di degenza ci sono molte eccezioni da tenere in considerazione è opportuno fare i seguenti controlli;

- se **regime di ricovero** è pari a 1 allora

A) se la data di ingresso e quella di dimissione coincidono, le giornate sono pari a 1 altrimenti;

B) se non ci sono trasferimenti alla specialità PT, si calcola la differenza fra le date di ingresso e di dimissione;

C) se invece almeno uno dei reparti di trasferimento contiene il codice della specialità pari a PT allora le giornate di degenza saranno ottenute sottraendo alla differenza fra la data di ammissione e quella di dimissione i giorni intercorsi dalla data di trasferimento in specialità in PT alla data di riammissione in un’altra specialità. Se quest’ultima data non è presente allora i giorni da sottrarre sono pari alla differenza fra la data di trasferimento in specialità PT e la data di dimissione;

D) non saranno calcolate le giornate di degenza se non è specificata o è incongrua la data di trasferimento alla specialità PT

Allegato A

- se **regime di ricovero** è pari a 2 allora le giornate di degenza coincidono con il valore presente nel campo **numero di presenze in DH**, fatte salve le seguenti eccezioni:

A) le giornate di degenza coincidono con la differenza fra la data di dimissione e la data di ricovero + 1, se tale differenza è inferiore al valore segnato nel campo **numero di presenze in DH** ;

B) le giornate di degenza saranno pari a 1 se il **numero di presenze in DH** è pari a 0 o nullo;

4. **Tipologia di ricovero (tiporic)**: le informazioni contenute in questo campo sono un'espansione dell'informazione contenuta nel **regime di ricovero** utili principalmente per la tariffazione e classificazione più dettagliata del ricovero; i valori assunti da tale variabile sono:

1= ordinario con durata superiore o uguale a due giorni

2= ordinario con durata inferiore a due giorni senza trasferimento

3= ordinario con durata inferiore a due giorni con trasferimento

5= day hospital medico

6= day hospital chirurgico

7= riabilitazione ordinaria

8= riabilitazione day hospital

9= lungodegenza

0= non attribuibile

La procedura di calcolo di tale campo si sviluppa come segue:

- se il **regime di ricovero** è diverso da 1 o da 2 allora **Tipologia di ricovero = 0**;

- se la specialità di dimissione è pari a 60 allora **Tipologia di ricovero = 9**

- se il **regime di ricovero** è pari ad 1 e la specialità di dimissione è pari o a 28 o a 56 o a 75, **Tipologia di ricovero = 7**, altrimenti si passa al controllo sulle giornate di degenza:

A) se le giornate di degenza sono superiori o uguali a 2 giorni allora **tipologia di ricovero = 1**;

B) se le giornate di degenza sono inferiori a 2 giorni e se modalità di dimissione è pari a 1 o a 6 allora **tipologia di ricovero = 3**, altrimenti **tipologia di ricovero = 2**;

- se il **regime di ricovero** è pari a 2 e la specialità di dimissione è pari o a 28 o a 56 o a 75, **tipologia di ricovero = 8**; altrimenti se il DRG attribuito dalla Regione è di tipo medico o non specificato allora **tipologia di ricovero = 5**, se il DRG attribuito dalla Regione è di tipo chirurgico **tipologia di ricovero = 6**.

5. **Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (certMEF)**: 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.

Allegato A

1.8- Contenuti e tracciati delle prestazioni di ricovero (SKNO) in vigore dal 01/01/2012

1.8.1- Tracciato record delle prestazioni di ricovero (SKNO) inviato dall'Azienda Sanitaria alla Regione Toscana - 348 byte

La struttura dei tracciati record da trasmettere alla Regione Toscana 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 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
- con la lettera T si indicano i campi orario che devono rispettare il formato HH:mm nel fuso orario italiano

nella colonna **Pos.** si fornisce la posizione iniziale del 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.

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
1	Codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	1	8	Campo chiave: archivio dei presidi ospedalieri della Toscana comprensivo della sede ospedaliera messo a disposizione nei NAL. Il Codice istituto deve essere esistente e in attività alla data di dimissione.	9	
2	anprat	Anno pratica	N	9	4	Campo chiave. Anno solare di apertura della cartella. Il valore riportato deve coincidere con l'anno di ammissione. Per le schede con regime ricovero=2 l'anno deve essere uguale a quello di dimissione. Per le schede con regime ricovero=1 l'anno può essere o pari o antecedente a quello di dimissione.	9	
3	nprat	N° pratica	N	13	6	Campo chiave: univoco a livello di presidio. Il valore deve essere univoco all'interno dell'anno solare e rispetto al presidio ospedaliero; la numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o Day Hospital) in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero. Il valore inserito deve essere numerico e maggiore di 0.	9	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
4	sexu	Sesso dell'utente	C	19	1	Valori ammessi: 1 = maschio, 2 = femmina.	2	
5	datanasc	Data di nascita dell'utente	D	20	8	Valori ammessi: ggmmaaaa La data di nascita deve essere tale che l'età dell'utente all'ammissione o, se la data di ammissione è invalida, all'elaborazione, non possa essere superiore a 124 anni.	2	
6	lunasc	Luogo di nascita	C	28	6	Se Comune italiano: Codice ISTAT dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia, come da archivi messi a disposizione nei NAL se Comune estero: i primi tre caratteri 999 e i successivi tre caratteri i codici dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione, come da archivio messo a disposizione nei NAL	1	
7	statociv	Stato civile	C	34	1	Valori ammessi: 1=celibe/nubile; 2=coniugato/a, 3=separato/a, 4=divorziato/a, 5=vedovo/a, 6=non dichiarato.	1	
8	lures	Residenza utente	C	35	6	Se Comune italiano: codice ISTAT dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia; come da archivio messo a disposizione nei NAL se Comune estero: 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione, come da archivio messo a disposizione nei NAL; per gli stranieri temporaneamente presenti con dichiarazione di indigenza (STP) 999 seguito dal codice dello stato estero che individua la nazionalità del soggetto rilevabile dal tesserino rilasciato allo straniero temporaneamente presente; per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla L.127/97. Non si effettua il controllo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato (campo anonimo=1)	2	
9	cittu	Cittadinanza dell'utente	C	41	3	Valori ammessi: 100= se l'utente ha <u>cittadinanza italiana</u> ; nel caso di utenti con <u>cittadinanza straniera</u> porre il codice dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno, come da archivio messo a disposizione nei NAL; 000= non rilevato.	1	
10	codfiscu	Codice fiscale dell'utente	C	44	16	Valori ammessi: Codice fiscale dell'utente. Per gli stranieri temporaneamente presenti con dichiarazione di indigenza inserire il codice regionale a sigla STP a 16 caratteri (ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n.394, e della circolare del Ministero della Sanità 24 aprile 2000, n. 5). Si controlla, solo per le schede con lures e/o lunasc italiano, che: i primi sei caratteri siano alfabetici, il settimo e l'ottavo siano numerici, il nono sia alfabetico e sia uno dei valori ammessi per l'identificazione del mese di nascita, il decimo e l'undicesimo siano numerici e che, se sexu =1, riportino valori compresi tra 01 e 31, mentre, se sexu =2, riportino valori compresi tra 41 e 71 il	2	controllo e errore in flagtot

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						dodicesimo ed il sedicesimo alfabetici. Non si effettua tale controllo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato (campo anonimo=1) Si precisa che fino al 30/06/2012 è ammesso l'utilizzo <u>alternativo</u> di Codice Fiscale o Identificativo Univoco dell'utente. Si precisa che nel caso in cui sia compilato sia il campo codfiscu che il campo IDutente il record sarà scartato (flagtot=9). Dal 01/07/2012 sarà ammessa la compilazione esclusivamente dell'Identificativo Univoco dell'utente, pertanto questo campo dovrà essere lasciato vuoto (flagtot=9).		
11	vuoto	vuoto	C	60	3		1	eliminato
12	vuoto	vuoto	C	63	3		1	eliminato
13	regimric	Regime ricovero	C	66	1	Valori ammessi: 1= ricovero ordinario, 2= ricovero in Day-Hospital. Quando si utilizza il codice 2 devono essere compilati anche i campi ricdh , finaldh , ndh . Le prestazioni chirurgiche che prevedono un solo pernottamento, la cosiddetta "one day surgery", devono essere indicate nella SDO come prestazioni in regime ordinario (codice 1)	2	
14	datngr	Data di ricovero	D	67	8	Valori ammessi: gmmaaaa. Nel caso di regimric=2 deve essere indicato il primo giorno del ciclo di contatti con la struttura. Per i nati nella struttura la data di ricovero in ospedale deve essere uguale alla data di nascita. Si controlla che: Non sia successiva alla data di dimissione. Non sia anteriore alla data di nascita. Se il campo regime ricovero=2 (DH) l'anno di ricovero sia uguale all'anno di dimissione	2	
15	repamm	Reparto di ammissione	C	75	4	Valori ammessi: il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende Sanitarie ed in particolare nel modello HSP.12: i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta la divisione nell'ambito della stessa disciplina. Per le prime due posizioni viene verificato che i codici siano congruenti con le indicazioni dettagliate per le specialità e, in aggiunta, non viene accettato il codice PT: ultime due posizioni del campo "cod_specialita" della tabella di supporto "specialita" sui NAL. Per le case di cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di ammissione (questo controllo viene effettuato solo se la data di ammissione è valida) : tabella di supporto sui NAL Le ultime due cifre devono essere coerenti con i dati trasmessi nei flussi ministeriali.	1	
16	onere	Onere della degenza	C	79	1	Valori ammessi:	2	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
17	provza	Provenienza del paziente-medico inviante	C	80	1	<p>1=ricovero a totale carico del SSN; 2=ricovero a parziale carico del SSN; 3=ricovero in casa di cura non convenzionata, con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN; 4=ricovero a totale carico del paziente ovvero senza oneri per il SSN; 5=presunta responsabilità di terzi; 7=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN; 8=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; A=ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; B=ricoveri nell'ambito di iniziative regionali di cooperazione internazionale; C=ricovero per aiuti umanitari; 9=altro.</p> <p>Se durante il ricovero cambia il soggetto su cui ricade l'onere della degenza, nella SDO sarà riportato il codice relativo all'onere della degenza alla dimissione del paziente.</p> <p>Si verifica che: se onere=1 la modero non sia pari a 1, 2, 4, 5 o 6; se onere=4 la modero non sia pari a 1, 2, 5 o 6; se onere=2 la modero sia pari a 1, 2, 4, 5 o 6; se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unici valori ammessi 3 e 4; se nelle prime tre posizioni del campo codfiscu è presente il codice STP e, o nella quarta o quinta o sesta posizione del campo codfiscu è presente almeno un valore numerico, unici valori ammessi 8 e A; se codici 7, 8, A, B e C nel campo lures deve essere presente 999 seguito dal codice dello stato estero.</p> <p>Valori ammessi: 0 per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi (data di nascita = data di ricovero); 1=paziente che accede all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico; 2=paziente inviato all'Istituto di cura dal medico di base; 3=ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura; 4= paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura pubblico; 5= paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato accreditato; 6= paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato non accreditato; 7=paziente trasferito da altra modalità di ricovero (ricovero diurno, ordinario, riabilitazione, lungodegenza) nello stesso istituto; 8 =paziente trasportato con elisoccorso; 9=altro.</p>	2	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
18	tiporico	Tipo di ricovero	C	81	1	Utilizzare il codice 2 anche qualora il paziente acceda alla struttura su proposta della guardia medica (continuità assistenziale). Inoltre si verifica che: se codice 1 il campo tiporico sia diverso da 1, 3, 5; se codice 3 il campo tiporico sia uguale 1 o 5; se codice 8 il campo tiporico sia uguale 2; se codice 0 il campo neonat sia uguale a 1 o a 2 e il campo datanasc sia uguale a datngr Per i neonati limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi (data di nascita = data di ricovero) è ammesso solo il valore 0. Per le schede relative ai ricoveri ordinari e DH sono ammessi i seguenti valori: 1=ricovero programmato, non urgente; 2=ricovero urgente; 3=ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 4=ricovero per trattamento sanitario volontario (TSV); 5=ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art.1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662), in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione. Nel caso in cui il campo è compilato con 0 viene controllato che datanasc sia uguale alla datngr e che il campo neonat sia compilato con 1 o con 2. Valori ammessi: codici ministeriali a una cifra D.M. Sanità 26/07/93: 1=ricovero elettivo per intervento chirurgico 2=primo ricovero per quella specifica diagnosi 3=ricovero successivo per la stessa diagnosi Valori ammessi: 0 = se regime di ricovero (regimric) =2 è day hospital, o se ricovero non è causato da un trauma/incidente o da una intossicazione, o se non si tratta del primo ricovero per quel per trauma/incidente o intossicazione (es. postumi di traumatismi, rimozione gesso, ecc...). 1=infortunio sul lavoro 2=infortunio in ambiente domestico 3=incidente stradale 4=violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta) 5=autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto) 6=morso animale o insetto 7=incidente sportivo 9=altro tipo di incidente o di intossicazione. Se codice diverso da 0, in diagnosi principale o nelle patologie concomitanti deve essere presente un codice ICD9CM2007 compreso da 800-9049 o da 910-995. Da compilare solo per regimric =1 (ordinario). Valori ammessi: ggmmaaaa.	2	
19	motivo	Motivo ricovero	C	82	1	Valori ammessi: codici ministeriali a una cifra D.M. Sanità 26/07/93: 1=ricovero elettivo per intervento chirurgico 2=primo ricovero per quella specifica diagnosi 3=ricovero successivo per la stessa diagnosi Valori ammessi: 0 = se regime di ricovero (regimric) =2 è day hospital, o se ricovero non è causato da un trauma/incidente o da una intossicazione, o se non si tratta del primo ricovero per quel per trauma/incidente o intossicazione (es. postumi di traumatismi, rimozione gesso, ecc...). 1=infortunio sul lavoro 2=infortunio in ambiente domestico 3=incidente stradale 4=violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta) 5=autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto) 6=morso animale o insetto 7=incidente sportivo 9=altro tipo di incidente o di intossicazione. Se codice diverso da 0, in diagnosi principale o nelle patologie concomitanti deve essere presente un codice ICD9CM2007 compreso da 800-9049 o da 910-995. Da compilare solo per regimric =1 (ordinario). Valori ammessi: ggmmaaaa.	1	
20	traumat	Traumatismi o intossicazioni	C	83	1	Valori ammessi: 0 = se regime di ricovero (regimric) =2 è day hospital, o se ricovero non è causato da un trauma/incidente o da una intossicazione, o se non si tratta del primo ricovero per quel per trauma/incidente o intossicazione (es. postumi di traumatismi, rimozione gesso, ecc...). 1=infortunio sul lavoro 2=infortunio in ambiente domestico 3=incidente stradale 4=violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta) 5=autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto) 6=morso animale o insetto 7=incidente sportivo 9=altro tipo di incidente o di intossicazione. Se codice diverso da 0, in diagnosi principale o nelle patologie concomitanti deve essere presente un codice ICD9CM2007 compreso da 800-9049 o da 910-995. Da compilare solo per regimric =1 (ordinario). Valori ammessi: ggmmaaaa.	1	
21	trasl	Data trasferimento 1	D	84	8	Valori ammessi: ggmmaaaa.	2	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
22	rep1	Reparto trasferimento 1	C	92	4	(Obbligatoria se esiste il reparto di trasferimento relativo). Non deve essere antecedente alla data di ammissione e non può essere successiva alla data di dimissione. Le date devono essere congruenti tra trasferimenti Valori ammessi: ultime due posizioni del campo "cod_specialita" della tabella di supporto "specialita" sui NAL seguite dal progressivo con cui viene distinta la divisione nell'ambito della stessa disciplina. Da compilare solo per solo regimrie =1 (ordinario). Se il campo è compilato, o è compilato il relativo campo della data di trasferimento, si controllano le prime due posizioni. Per le Case di Cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di trasferimento (questo controllo viene effettuato solo se la data di trasferimento è valida). Le ultime due cifre devono essere coerenti con i dati trasmessi nei flussi ministeriali.	2	
23	tras2	Data trasferimento 2	D	96	8	Come sopra.	2	
24	rep2	Reparto trasferimento 2	C	104	4	Come sopra.	2	
25	tras3	Data trasferimento 3	D	108	8	Come sopra.	2	
26	rep3	Reparto trasferimento 3	C	116	4	Come sopra.	2	
27	repdim	Reparto di dimissione	C	120	4	Valori ammessi: vedi reparto di ammissione. Per le Case di Cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di dimissione.	2	
28	afo	AFO	C	124	1	Identifica l'area funzionale omogenea relativa al reparto di dimissione. Valori ammessi: codici ministeriali a una cifra D.M. Sanità 26/07/93. I valori ammessi sono i seguenti: 1=AFO medica; 2=AFO chirurgica; 3=AFO delle terapie intensive; 4=AFO materno infantile; 5=AFO della riabilitazione e delle lungodegenze.	1	
29	datdim	Data di dimissione	D	125	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. Nel caso di ricovero in regime di DH inserire il giorno dell'ultimo accesso in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente con l'ultimo accesso avvenuto nell'anno e comunque non può essere successiva al 31 dicembre.	2	
30	modim	Modalità dimissione	C	133	1	Valori ammessi: 1=deceduto 2=dimissione ordinaria 3=dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA) 4=dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare 5=dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di	2	compilazione

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
31	risaut	Riscontro autoptico	C	134	1	<p>trattamento diurno dichiarato di non volersi ripresentare durante il ciclo programmato)</p> <p>6= trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti</p> <p>7=dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata</p> <p>8=trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto</p> <p>9=trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione</p> <p>A= dimissione verso altre Strutture non di ricovero.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>0 se modim contiene codici diversi da 1.</p> <p>Se modim è uguale a 1 (deceduto):</p> <p>1= si (è stata eseguita l'autopsia),</p> <p>2= no (non è stata eseguita l'autopsia).</p>	1	
32	diadim	Diagnosi principale di dimissione	C	135	5	<p>La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.</p> <p>Valori ammessi: codici <u>ICD 9 CM '07</u> delle diagnosi, come da tabella messa a disposizione nei NAL.</p> <p>Il controllo, oltre a verificare la presenza di valori ammessi, verifica la congruenza con il campo sexu e con il campo eta secondo quanto riportato nella tabella a disposizione sul sito WEB della Regione Toscana.</p>	2	
33	dia1	Diagnosi secondaria 1	C	140	5	<p>Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.</p> <p>Valori ammessi: codici <u>ICD 9 CM '07</u> delle diagnosi, come da tabella messa a disposizione nei NAL.</p> <p>Il controllo, oltre a verificare la presenza di valori ammessi, verifica la congruenza con il campo sexu e con il campo eta secondo quanto riportato nella tabella messa a disposizione nei NAL.</p>	2	
34	dia2	Diagnosi secondaria 2	C	145	5	Come sopra.	2	
35	dia3	Diagnosi secondaria 3	C	150	5	Come sopra.	2	
36	dia4	Diagnosi secondaria 4	C	155	5	Come sopra.	2	
37	dia5	Diagnosi secondaria 5	C	160	5	Come sopra.	2	
38	datchi	Data intervento chirurgico o procedura principale	D	165	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. (Obbligatoria se compilato il codice intervento relativo).	2	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						Se tiporico è diverso da 5, la data non deve essere antecedente a datingr e non può essere successiva a datdim . Se tiporico =5 allora si controlla solo che sia antecedente o uguale al datdim e successiva alla datanasc .		
39	codchi	Codice intervento chirurgico o procedura principale	C	173	4	Valori ammessi: codici ICD 9 CM '07 degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche, come da tabella a disposizione nel sito WEB della Regione Toscana. Il controllo, oltre a verificare la presenza di valori ammessi, verifica la congruenza con il campo sexu secondo quanto riportato nella tabella messa a disposizione nei NAL	2	
40	datchi2	Data altro intervento chirurgico o proc.2.	D	177	8	Vedi campo datchi	2	
41	codchi2	Codice altro intervento chirurgico o proc.2.	C	185	4	Vedi campo codchi	2	
42	datchi3	Data altro intervento chirurgico o proc. 3	D	189	8	Vedi campo datchi	2	
43	codchi3	Codice altro intervento chirurgico o proc.3	C	197	4	Vedi campo codchi	2	
44	datchi4	Data altro intervento chirurgico o proc. 4	D	201	8	Vedi campo datchi	2	
45	codchi4	Codice altro intervento chirurgico o proc.4	C	209	4	Vedi campo codchi	2	
46	datchi5	Data altro intervento chirurgico o proc. 5	D	213	8	Vedi campo datchi	2	
47	codchi5	Codice altro intervento chirurgico o proc.5	C	221	4	Vedi campo codchi	2	
48	datchi6	Data altro intervento chirurgico o proc. 6	D	225	8	Vedi campo datchi	2	
49	codchi6	Codice altro intervento chirurgico o proc.6	C	233	4	Vedi campo codchi	2	
50	ricdh	Ricovero in Day-Hospital	C	237	1	Valori ammessi: per i ricoveri in regime ordinario (regimric = 1) è ammesso solo il codice 0; per i ricoveri in Day-Hospital (regimric = 2): 1= primo ricovero in ambito ospedaliero effettuato per la specifica diagnosi, 2 = ricovero successivo per la stessa diagnosi.	2	
51	posprof	Posizione professionale	C	238	2	Valori ammessi: codici regionali da 01 a 26.	1	
52	finaldh	Finalità del Day-Hospital	C	240	1	Valori ammessi se ricovero in DH (regimric =2) 1=terapeutico, da utilizzare in caso di DH medico per fini terapeutici 2=riabilitativo 3=diagnostico, da utilizzare in caso di DH medico, per fini diagnostici.	2	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						4=di controllo periodico, da utilizzare in caso di DH medico (compreso follow up) 5=psichiatrico 8 =chirurgico (day surgery), da utilizzare in caso di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive se il regime di ricovero è ordinario (regimric =1) unico valore ammesso: 0.		
53	azist	Azienda sanitaria di appartenenza dell'istituto erogatore del ricovero	C	241	3	Campo chiave Valori ammessi: codici delle Aziende sanitarie toscane derivati dall'archivio dei presidi ospedalieri della Toscana messo a disposizione nei NAL.	9	
54	modero	Modalità di erogazione	C	244	1	Valori ammessi: 0=ordinaria 1=attività libero professionale a pagamento "intra moenia" 2=attività libero professionale a pagamento "intra moenia" + differenza alberghiera 4=differenza alberghiera 5= attività libero professionale di dipendenti della struttura privata accreditata 6= attività libero professionale di dipendenti della struttura privata accreditata+ differenza alberghiera I codici 1 e 2 sono ammessi solo per i presidi pubblici; i codici 5 e 6 sono ammessi solo per le case di cura accreditate.	2	
55	drgazie	DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	245	3	Valori ammessi: codici DRG (group versione 24) Le procedure di controllo verificano che il contenuto del campo sia uguale al DRG attribuito dalla Regione DRGreg . Si ammette solo la differenza degli zeri non significativi a sinistra.	1	
56	ndh	Numero presenze in Day-Hospital	N	248	3	Valori ammessi: - 000 per i ricoveri in regime ordinario (regimric =1); - numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale per i ricoveri in regime di DH (regimric =2). Se il regime di ricovero è DH il campo deve contenere un valore superiore allo 0 e inferiore o uguale alla seguente espressione: (datdim - datingr + 1).	2	
57	opera	Tipo operazione	C	251	1	Valori ammessi: 1 = <i>invio</i> 2 = <i>sostituzione</i> 3 = <i>eliminazione</i> . Per le specifiche di compilazione vedi §1.5.1 e §1.5.2	9	
58	regresu	Regione di residenza dell'utente	C	252	3	Valori ammessi: se utenti <i>residenti in Italia</i> , utilizzare il codice ministeriale delle regioni italiane come da archivio messo a disposizione nei NAL; se utente non residente in Italia (compreso gli STP) utilizzare 999. per gli utenti residenti in Italia si controlla che il codice Regione inserito sia congruente	2	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
59	uslresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	255	3	con il comune segnalato nel campo lures , quando quest'ultimo risulta corretto dal confronto con i codici dell'archivio anagrafico dei comuni d'Italia come da archivio messo a disposizione nei NAL Valori ammessi: se utenti <i>residenti in Italia</i> , utilizzare il codice ministeriale delle USL italiane come da archivio messo a disposizione nei NAL ; se utenti <i>non residenti in Italia</i> porre il codice dello stato straniero di residenza definito dal Ministero dell'Interno come da archivio messo a disposizione nei NAL (compreso gli STP). per gli utenti residenti in Italia si controlla che il codice Azienda USL inserito sia congruente con il comune segnalato nel campo lures quando quest'ultimo risulta corretto dal confronto con i codici dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia come da archivio messo a disposizione nei NAL	2	
60	Vuoto	vuoto	C	258	3			eliminato
61	Vuoto	vuoto	C	261	3			eliminato
62	Codfispmp	Codice fiscale del medico proponente	C	264	16	codice fiscale del medico proponente il ricovero. Si controlla, che i primi sei caratteri siano alfabetici, il settimo e l'ottavo numerici, il nono alfabetico e sia uno dei valori ammessi per l'identificazione del mese di nascita, il decimo e l'undicesimo numerici e siano compresi tra 01 e 31 e tra 41 e 71, il dodicesimo ed il sedicesimo alfabetici.	1	
63	Autpror	autorizzazione proroga	C	280	1	Valori ammessi: 0 = nessuna autorizzazione 1= autorizzazione per il superamento dei tetti massimi di durata di degenza previsti per le dimissioni dalla specialità 56 (riabilitazione) e dalla specialità 60 (lungodegenza). Si effettua un controllo incrociato con il campo Ggpror : se Autpror =0 e Ggpror >0 allora si procede a valorizzare il ricovero come se non ci fosse proroga.	1	
64	Ggpror	Giornate di proroga autorizzate	N	281	2	Indicare le giornate di proroga autorizzate effettivamente consumate dalla struttura ai sensi della deliberazione 208/96 il campo deve essere utilizzato solo in presenza di dimissioni dalla specialità 56 (riabilitazione) o 60 (lungodegenza); Valori ammessi: - 00 se non è prevista autorizzazione alla proroga e se la dimissione non è avvenuta dalla specialità 56 o 60; - numero giorni di proroga. I giorni di proroga non possono essere superiori a 60. Si effettua un controllo incrociato con il campo Autpror : se in Ggpror non è segnalato alcun valore e Autpror =1, la valorizzazione del ricovero verrà effettuata come se non ci fosse proroga.	1	
65	Impazie	Importo Aziendale	E	283	9	Importo in Euro. Il campo deve contenere l'importo della valorizzazione effettuato a livello Aziendale; tale importo deve corrispondere a quello determinato a livello regionale (implreg+imp2reg).	1	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
66	impprof	Importo per prestazioni libere professionali	E	292	8	<p>Nel caso in cui il ricovero sia soggetto a specifici accordi tra i soggetti erogatori (convenzioni) (convenz=1) deve essere inserito il valore previsto dai suddetti accordi, fermo il tetto massimo rappresentato dalle tariffe regionali</p> <p>Se il campo percabb > 0, il valore riportato in tale campo deve essere minore o uguale all'importo determinato a livello regionale altrimenti deve coincidere con quest'ultimo.</p> <p>In caso di attività libero professionale, in tale campo, devono essere inserita esclusivamente la quota a carico del SSR definita dalla Regione Toscana ed in particolare per le strutture private accreditate devono essere stati stipulati gli accordi con le Aziende USL secondo i criteri stabiliti dalla DGR n°283 del 19/03/2001.</p> <p>Importo in Euro.</p> <p>In tale campo deve essere inserita, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate, la quota versata direttamente dall'utente. Per le strutture private accreditate devono essere stati stipulati gli accordi con le Aziende USL secondo i criteri stabiliti dalla DGR n°283 del 19/03/2001.</p> <p>Se la modero = 1, 2, 5 o 6 tale campo deve essere maggiore di 0, altrimenti deve essere pari a 0.</p>	1	
67	impcomf	Importo per comfort alberghiero	E	300	8	<p>Importo in Euro.</p> <p>La cifra da inserire è quella versata direttamente dall'utente per le prestazioni di comfort alberghiero.</p> <p>Deve essere compilato:</p> <p>a) quando la modalità di erogazione è in regime libero professionale a pagamento 'intra moenia' + differenza alberghiera;</p> <p>b) quando la modalità di erogazione "differenza alberghiera";</p> <p>c) quando la modalità di erogazione è attività libero professionale di dipendenti della struttura privata + differenza alberghiera.</p> <p>Si controlla pertanto che tale campo sia compilato quando modero = 2, 4 o 6.</p>	1	
68	convenz	Convenzione	C	308	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>0 = ricovero non soggetto a rapporto convenzionale fra soggetti erogatori</p> <p>1 = ricovero oggetto di rapporto convenzionale.</p> <p>3 = ricovero il cui importo è stato valutato in relazione ai contratti tra azienda sanitaria e struttura privata accreditata.</p> <p>Si ricorda che in questo caso con rapporto convenzionale si fa riferimento a forme patizie caratterizzate dal pagamento diretto delle prestazioni tra strutture senza quindi l'assoggettamento alle ordinarie forme di compensazione gestite a livello regionale.</p> <p>Se il campo contiene codice 1, impazie dovrà essere inferiore o uguale a imp1reg+imp2reg.</p> <p>Il codice 3, ammesso solo per le case di cura private, è una certificazione da parte della Azienda USL competente dell'applicazione dei contratti in essere con le strutture private accreditate con l'implicazione che il valore riportato nel campo impazie, nel caso in cui f_impazie=0 tiene conto di questa applicazione ed e quello da utilizzare nelle</p>	2	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
69	compens	Compensazione	C	309	1	compensazioni infraregionali. Per le strutture tipo Fondazioni o S.P.A a compartecipazione pubblica, nel caso in cui venga utilizzato il codice 3, questo deve essere utilizzato per tutte le dimissioni effettuate dalla struttura. Valori ammessi: 0=non soggetto a compensazione 1=soggetto a compensazione (erogati ad utenti residenti in Toscana o in altre Regioni italiane che abbiano onere <> 4 o convenz <> 1). Se valore 0 si controlla che onere sia 4 o convenz sia 1 o regresu sia 999. Se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unico valore ammesso 0.	2	
70	percabb	Percentuale abbattimento	N	310	3	Da inserire per i ricoveri erogati dalle Case di Cura Private che superano i tetti fissati. Valori ammessi: 000 = nessun abbattimento da 001 a 100 = percentuale di abbattimento praticata. Se il campo viene compilato con un valore diverso da 000 si controlla che il codosp sia relativo ad una Casa di Cura privata e che impazie risulti minore dell'importo determinato a livello regionale (imp1reg+imp2reg).	1	
71	contass	Continuità assistenziale	C	313	2	Valori ammessi: 00=altro 01=dimesso dalla fase acuta per passaggio alla fase riabilitativa 02=ammesso in riabilitazione (specialità 28, 56, 75) dopo dimissione da ricovero per acuti. Se il campo viene compilato con 02 si controlla che le prime due posizioni del campo repamm siano pari o a 28 o a 56 o a 75.	1	
72	Neonat	Neonato	C	315	1	Valori ammessi: 0 = non neonato 1 = neonato sano 2 = neonato non sano. 3=Neonato proveniente da altro istituto di ricovero e cura o dal luogo di nascita (trasferito quindi da altro ospedale o dal luogo di nascita il giorno stesso della nascita). Se il campo viene compilato con 0 allora la datanasc deve essere diversa dalla datingr Se il campo viene compilato con 1 allora la datanasc deve essere uguale alla datingr Se il campo viene compilato con 2 o 3 allora la datanasc deve essere uguale alla datingr e il campo DRGreg non deve contenere il valore 391.	2	
73	skmadre	Numero scheda della madre	N	316	10	Valori ammessi: 0000000000 se relativo a non neonato; anno pratica + numero pratica della scheda della madre se neonato sano o se neonato non sano; 9999999999 se la madre non provvede al riconoscimento sia per il neonato sano che per il neonato non sano.	1	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
74	pesonasc	Peso alla nascita	N	326	4	Se il campo viene compilato con 0000000000 si controlla che il campo neonat sia uguale a 0 o 3. Inserire il peso in grammi alla nascita e va riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero contingente alla nascita dello stesso. In caso di non neonato riempire con 0. Si controlla che la data di nascita sia uguale alla data di ricovero e che nel campo neonat sia inserito valore 1 o 2. Il valore riportato deve essere coerente con i codici diagnosi appartenenti alle categorie ICD9CM '07 764-766 (problemi di crescita fetale, prematurità ecc..)	1	
75	anonimo	Utente coperto da anonimato	C	330	1	Valori ammessi: 0=no (utente non coperto da anonimato) 1=si (utente coperto da anonimato)	2	
76	noteDRG	Note ai DRG	C	331	2	Per alcuni DRG questo campo serve per identificare il tipo di casistica e quindi la tariffazione giusta da applicare. Valori ammessi: come da tabella di supporto presente nei NAL. Nel caso di DRG non presenti nella specifica tabella di supporto unico valore ammesso 00	2	
77	control	Controllo campionario	C	333	1	Deve essere indicato se la scheda fa parte o meno del campione sottoposto alle procedure di verifica di coerenza tra le prestazioni, le diagnosi e le informazioni anagrafiche registrate nella cartella clinica e quelle riportate nel presente flusso e di coerenza tra gli atti amministrativi relativi alla modalità di regolamentazione dei rapporti finanziari e quelli riportati nel presente flusso informativo. Valori ammessi: 1=scheda entrata a far parte del campione 2=scheda non entrata a far parte del campione	1	
78	Vuoto	Campo vuoto	N	334	4			
79	Titstu	Titolo di studio	C	338	1	Per le schede relative a neonati (data di nascita = data di ricovero) e per tutti i soggetti che in base all'età non possono aver conseguito nemmeno il titolo di licenza elementare, è ammesso solo il valore 0. Per tutte le altre schede sono ammessi i seguenti valori: 1=nessun titolo o licenza di scuola elementare (per "nessun titolo" si intende il caso di soggetti che per età potrebbero avere conseguito almeno un titolo di studio, ma che non ne posseggono alcuno) 2=licenza di scuola media inferiore 3=diploma e maturità di scuola media superiore 4=diploma universitario o laurea breve 5=laurea 9=non rilevato	1	
80	Tipomp	Tipologia del medico proponente	C	339	2	Valori ammessi: codici come da archivio messo a disposizione nei NAL 00=nessuna prescrizione	1	controllo

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
81	datapre	Data di prenotazione	D	341	8	Il concetto di prenotazione fa riferimento al momento in cui il cittadino esprime la sua volontà rispetto al ricovero, ovvero è la data in cui la richiesta di ricovero programmato perviene all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94 (D.M. n. 135 del 08/07/2010). In caso di ricovero programmato (codice 1 e 5 del campo tipo di ricovero) la data di prenotazione deve essere sempre compilata ed antecedente alla data di ricovero, ma comunque inferiore a 550 giorni (18 mesi). In caso di ricovero non programmato (codici del campo tipo di ricovero diversi da 1 e 5) il campo può essere compilato. Ovvero nel caso in cui tra la data di prenotazione e la data del ricovero programmato interviene una urgenza per la stessa patologia, pertanto l'utente viene ricoverato prima del giorno programmato, il campo tipo di ricovero deve contenere codici diversi da 1 e 5 e il campo data di prenotazione deve essere compilato. L'indicazione della data di prenotazione e l'informazione della data di ricovero, con la relativa determinazione del tempo di attesa, consentono di dare attuazione alle disposizioni normative che prevedono l'attivazione del registro dei ricoveri ospedalieri.	1	
82	datadisp	Data di prima disponibilità	D	349	8	In caso di ricovero chirurgico programmato (codice 1 e 5 del campo tiporico) questo campo deve essere compilato con la prima data che la struttura propone per il ricovero. Tale data può essere coincidente con quella di ammissione nel caso in cui non ci siano stati impedimenti clinici o personali da parte dell'utente. Tale campo deve essere sempre compilato nel caso in cui sia compilata la data di prenotazione	1	
83	priorità	Classe di priorità del ricovero	C	357	1	Le modalità di compilazione di questo campo sono quelle previste dall'accordo stato-regioni dell'11 luglio 2002. Valori ammessi: A: classe A - ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi B: classe B - ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi C: classe C - ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi D: classe D - ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.	1	
84	ricops	Ricovero da Pronto Soccorso	C	358	1	In tale campo deve essere rilevato se il paziente accede al ricovero dal pronto soccorso oppure no e quindi è deputato ad identificare i ricoveri disposti da PS/DEA. Valori ammessi:	1	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
85	ludom	Luogo di domicilio	C	359	6	1=disposto da PS; 2=non disposto da PS Per i ricoveri programmati (tiporico =1 o 5) unico valore ammesso 2. Da compilare con il codice ISTAT del comune di domicilio solo per gli stranieri non residenti. Il valore immesso in questo campo deve essere pertanto congruente con i campi cittu e lures ed in particolare i valori ammessi sono: codice ISTAT dei comuni italiani se il campo cittu è diverso da 100 e 000 e se il campo lures è uguale a 999 seguito da un codice di stato estero, altrimenti il campo deve essere compilato con 000000.	1	
86	causest	Causa esterna	C	365	5	il campo è stato introdotto con il D.M. n. 135 del 8 luglio 2010 per poter svolgere analisi epidemiologiche sulla prevenzione di incidenti ed infortuni. Il campo deve essere compilato con i codice E della classificazione ICD9CM 2007. La compilazione è prevista solo nel caso in cui in almeno una delle diagnosi (principale e/o secondarie) sia presente un codice ICD9CM 2007 compreso tra 800 e 999 (estremi compresi).	1	
87	IDutente	Identificativo dell'utente	C	370	24	In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana per i soggetti già presenti nell'anagrafe sanitaria, mentre nel caso di soggetti non ancora presenti il soggetto deve essere censito tramite la RFC 85. Il valore immesso, solo per le schede con lures e/o lunasc italiano, deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Non è richiesta la compilazione di questo campo nel caso di utente coperto da anonimato (anonimo=1). Si precisa che fino al 30/06/2012 è ammesso l'utilizzo <u>alternativo</u> di Codice Fiscale o Identificativo Univoco dell'utente. Dal 01/07/2012 sarà ammessa la compilazione esclusivamente dell'Identificativo Univoco dell'utente. Si precisa che nel caso in cui sia compilato sia il campo codfiscu che il campo IDutente il record sarà scartato (flagtot=9)	2	Nuovo
88	ora_ingr	Ora di ingresso	T	394	5	Nel campo deve essere indicata l'ora di ingresso in ospedale. Valori ammessi HH:mm La concatenazione tra dat INGR e ora_ingr deve essere < alla La concatenazione tra datdim e ora_dim	1	nuovo
89	ora_dim	Ora di dimissione	T	399	5	Nel campo deve essere indicata l'ora di dimissione dall'ospedale. Valori ammessi HH:mm La concatenazione tra datdim e ora_dim deve essere < alla La concatenazione tra dat INGR e ora_ingr	1	nuovo

Allegato A**1.8.2- Tracciato record della scheda prestazioni di ricovero (SKNO) inviato dalla Regione alle Aziende sanitarie - 471 bytes**

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.

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
1	Codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	1	8	Vedi § 1.8.1
2	anprat	Anno pratica	N	9	4	Vedi § 1.8.1
3	nprat	N° pratica	N	13	6	Vedi § 1.8.1
4	sexu	Sesso dell'utente	C	19	1	Vedi § 1.8.1
5	datanasc	Data di nascita dell'utente	D	20	8	Vedi § 1.8.1
6	lunasc	Luogo di nascita	C	28	6	Vedi § 1.8.1
7	statoziv	Stato civile	C	34	1	Vedi § 1.8.1
8	lures	Residenza utente	C	35	6	Vedi § 1.8.1
9	cittu	Cittadinanza dell'utente	C	41	3	Vedi § 1.8.1
10	codfiscu	Codice fiscale dell'utente	C	44	16	Vedi § 1.8.1
11	vuoto	vuoto	C	60	3	Vedi § 1.8.1
12	vuoto	vuoto	C	63	3	Vedi § 1.8.1
13	regimric	Regime ricovero	C	66	1	Vedi § 1.8.1
14	datingr	Data di ricovero	D	67	8	Vedi § 1.8.1
15	repamm	Reparto di ammissione	C	75	4	Vedi § 1.8.1
16	onere	Onere della degenza	C	79	1	Vedi § 1.8.1
17	provza	Provenienza del paziente-medico inviante	C	80	1	Vedi § 1.8.1
18	tiporico	Tipo di ricovero	C	81	1	Vedi § 1.8.1
19	motivo	Motivo ricovero	C	82	1	Vedi § 1.8.1
20	traumat	Traumatismi o intossicazioni	C	83	1	Vedi § 1.8.1
21	tras1	Data trasferimento 1	D	84	8	Vedi § 1.8.1
22	rep1	Reparto trasferimento 1	C	92	4	Vedi § 1.8.1
23	tras2	Data trasferimento 2	D	96	8	Vedi § 1.8.1
24	rep2	Reparto trasferimento 2	C	104	4	Vedi § 1.8.1
25	tras3	Data trasferimento 3	D	108	8	Vedi § 1.8.1
26	rep3	Reparto trasferimento 3	C	116	4	Vedi § 1.8.1
27	repdim	Reparto di dimissione	C	120	4	Vedi § 1.8.1
28	afo	AFO	C	124	1	Vedi § 1.8.1
29	datdim	Data di dimissione	D	125	8	Vedi § 1.8.1
30	modim	Modalità dimissione	C	133	1	Vedi § 1.8.1
31	risaut	Riscontro autoptico	C	134	1	Vedi § 1.8.1
32	diadim	Diagnosi principale di dimissione	C	135	5	Vedi § 1.8.1
33	dial	Diagnosi secondaria 1	C	140	5	Vedi § 1.8.1

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
34	dia2	Diagnosi secondaria 2	C	145	5	Vedi § 1.8.1
35	dia3	Diagnosi secondaria 3	C	150	5	Vedi § 1.8.1
36	dia4	Diagnosi secondaria 4	C	155	5	Vedi § 1.8.1
37	dia5	Diagnosi secondaria 5	C	160	5	Vedi § 1.8.1
38	datchi	Data intervento chirurgico o procedura principale	D	165	8	Vedi § 1.8.1
39	codchi	Codice intervento chirurgico o procedura principale	C	173	4	Vedi § 1.8.1
40	datchi2	Data altro intervento chirurgico o proc.2.	D	177	8	Vedi § 1.8.1
41	codchi2	Codice altro intervento chirurgico o proc.2.	C	185	4	Vedi § 1.8.1
42	datchi3	Data altro intervento chirurgico o proc. 3	D	189	8	Vedi § 1.8.1
43	codchi3	Codice altro intervento chirurgico o proc.3	C	197	4	Vedi § 1.8.1
44	datchi4	Data altro intervento chirurgico o proc. 4	D	201	8	Vedi § 1.8.1
45	codchi4	Codice altro intervento chirurgico o proc.4	C	209	4	Vedi § 1.8.1
46	datchi5	Data altro intervento chirurgico o proc. 5	D	213	8	Vedi § 1.8.1
47	codchi5	Codice altro intervento chirurgico o proc.5	C	221	4	Vedi § 1.8.1
48	datchi6	Data altro intervento chirurgico o proc. 6	D	225	8	Vedi § 1.8.1
49	codchi6	Codice altro intervento chirurgico o proc.6	C	233	4	Vedi § 1.8.1
50	ricdh	Ricovero in Day-Hospital	C	237	1	Vedi § 1.8.1
51	posprof	Posizione professionale	C	238	2	Vedi § 1.8.1
52	finaldh	Finalità del Day-Hospital	C	240	1	Vedi § 1.8.1
53	azist	Azienda sanitaria di appartenenza dell'istituto erogatore del ricovero	C	241	3	Vedi § 1.8.1
54	modero	Modalità di erogazione	C	244	1	Vedi § 1.8.1
55	drgrazie	DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	245	3	Vedi § 1.8.1
56	ndh	Numero presenze in Day-Hospital	N	248	3	Vedi § 1.8.1
57	opera	Tipo operazione	C	251	1	Vedi § 1.8.1
58	regresu	Regione di residenza dell'utente	C	252	3	Vedi § 1.8.1
59	usresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	255	3	Vedi § 1.8.1
60	Vuoto	vuoto	C	258	3	Vedi § 1.8.1
61	Vuoto	vuoto	C	261	3	Vedi § 1.8.1
62	Codfimp	Codice fiscale del medico proponente	C	264	16	Vedi § 1.8.1
63	Autpror	autorizzazione proroga	C	280	1	Vedi § 1.8.1
64	Ggpror	Giornate di proroga autorizzate	N	281	2	Vedi § 1.8.1
65	Impazie	Importo Aziendale	E	283	9	Vedi § 1.8.1
66	impprof	Importo per prestazioni libero professionali	E	292	8	Vedi § 1.8.1
67	impcomf	Importo per comfort alberghiero	E	300	8	Vedi § 1.8.1
68	convenz	Convenzione	C	308	1	Vedi § 1.8.1
69	compens	Compensazione	C	309	1	Vedi § 1.8.1

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
70	percabb	Percentuale abbattimento	N	310	3	Vedi § 1.8.1
71	contass	Continuità assistenziale	C	313	2	Vedi § 1.8.1
72	Neonat	Neonato	C	315	1	Vedi § 1.8.1
73	skmadre	Numero scheda della madre	N	316	10	Vedi § 1.8.1
74	pesonasc	Peso alla nascita	N	326	4	Vedi § 1.8.1
75	anonimo	Utente coperto da anonimato	C	330	1	Vedi § 1.8.1
76	noteDRG	Note ai DRG	C	331	2	Vedi § 1.8.1
77	control	Controllo campionario	C	333	1	Vedi § 1.8.1
78	Vuoto	Campo vuoto	N	334	4	Vedi § 1.8.1
79	Titstu	Titolo di studio	C	338	1	Vedi § 1.8.1
80	Tipomp	Tipologia del medico proponente	C	339	2	Vedi § 1.8.1
81	datapre	Data di prenotazione	D	341	8	Vedi § 1.8.1
82	datadisp	Data di prima disponibilità	D	349	8	Vedi § 1.8.1
83	priorità	Classe di priorità del ricovero	C	357	1	Vedi § 1.8.1
84	ricops	Ricovero da Pronto Soccorso	C	358	1	Vedi § 1.8.1
85	ludom	Luogo di domicilio	C	359	6	Vedi § 1.8.1
86	caustest	Causa esterna	C	365	5	Vedi § 1.8.1
87	IDutente	Identificativo Univoco dell'utente	C	370	24	Vedi § 1.8.1
88	ora_ingr	Ora di ingresso	T	394	5	Vedi § 1.8.1
89	ora_dim	Ora di dimissione	T	399	5	Vedi § 1.8.1
90	flagsk	Flag stato scheda	C	404	1	Valori : 0= scheda esatta 1= segnala l'esistenza di errori lievi su uno o più campi che non pregiudicano la valorizzazione della scheda 2= segnala l'esistenza su uno o più campi di errori gravi in questo caso la dimissione non viene valorizzata
91	F_sexu	Flag errore campo Sesso dell'utente	C	405	1	0=campo corretto 1=campo errato
92	F_datanasc	Flag errore campo Data di nascita dell'utente	C	406	1	0=campo corretto 1=campo errato
93	F_lunasc	Flag errore campo Luogo di nascita	C	407	1	0=campo corretto 1=campo errato
94	F_statociv	Flag errore campo Stato civile	C	408	1	0=campo corretto 1=campo errato
95	F_lures	Flag errore campo Residenza utente	C	409	1	0=campo corretto 1=campo errato
96	F_cittu	Flag errore campo Cittadinanza dell'utente	C	410	1	0=campo corretto 1=campo errato

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
97	F_codfiscu	Flag errore campo Codice fiscale dell'utente	C	411	1	0=campo corretto 1=campo errato
98	F_regimric	Flag errore campo Regime ricovero	C	412	1	0=campo corretto 1=campo errato
99	F_datingr	Flag errore campo Data di ricovero	C	413	1	0=campo corretto 1=campo errato
100	F_repamm	Flag errore campo Reparto di ammissione	C	414	1	0=campo corretto 1=campo errato
101	F_onere	Flag errore campo Onere della degenza	C	415	1	0=campo corretto 1=campo errato
102	F_provza	Flag errore campo Provenienza del paziente-medico inviante	C	416	1	0=campo corretto 1=campo errato
103	F_tiporico	Flag errore campo Tipo di ricovero	C	417	1	0=campo corretto 1=campo errato
104	F_motivo	Flag errore campo Motivo ricovero	C	418	1	0=campo corretto 1=campo errato
105	F_traumat	Flag errore campo Traumatismi o intossicazioni	C	419	1	0=campo corretto 1=campo errato
106	F_tras1	Flag errore campo Data trasferimento 1	C	420	1	0=campo corretto 1=campo errato
107	F_rep1	Flag errore campo Reparto trasferimento 1	C	421	1	0=campo corretto 1=campo errato
108	F_tras2	Flag errore campo Data trasferimento 2	C	422	1	0=campo corretto 1=campo errato
109	F_rep2	Flag errore campo Reparto trasferimento 2	C	423	1	0=campo corretto 1=campo errato
110	F_tras3	Flag errore campo Data trasferimento 3	C	424	1	0=campo corretto 1=campo errato
111	F_rep3	Flag errore campo Reparto trasferimento 3	C	425	1	0=campo corretto 1=campo errato
112	F_repdim	Flag errore campo Reparto di dimissione	C	426	1	0=campo corretto 1=campo errato
113	F_afo	Flag errore campo AFO	C	427	1	0=campo corretto 1=campo errato
114	F_datdim	Flag errore campo Data di dimissione	C	428	1	0=campo corretto 1=campo errato
115	F_modim	Flag errore campo Modalità dimissione	C	429	1	0=campo corretto 1=campo errato
116	F_risaut	Flag errore campo Riscontro autoptico	C	430	1	0=campo corretto

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
117	F_diadim	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione	C	431	1	1=campo errato 0=campo corretto
118	F_dia1	Flag errore campo Diagnosi secondaria 1	C	432	1	1=campo errato 0=campo corretto
119	F_dia2	Flag errore campo Diagnosi secondaria 2	C	433	1	1=campo errato 0=campo corretto
120	F_dia3	Flag errore campo Diagnosi secondaria 3	C	434	1	1=campo errato 0=campo corretto
121	F_dia4	Flag errore campo Diagnosi secondaria 4	C	435	1	1=campo errato 0=campo corretto
122	F_dia5	Flag errore campo Diagnosi secondaria 5	C	436	1	1=campo errato 0=campo corretto
123	F_datchi	Data intervento chirurgico o procedura principale	C	437	1	0=campo corretto 1=campo errato
124	F_codchi	Flag errore campo Codice intervento chirurgico o procedura principale	C	438	1	0=campo corretto 1=campo errato
125	F_datchi2	Flag errore campo Data altro intervento chirurgico o proc.2.	C	439	1	0=campo corretto 1=campo errato
126	F_codchi2	Flag errore campo Codice altro intervento chirurgico o proc.2.	C	440	1	0=campo corretto 1=campo errato
127	F_datchi3	Flag errore campo Data altro intervento chirurgico o proc.3	C	441	1	0=campo corretto 1=campo errato
128	F_codchi3	Flag errore campo Codice altro intervento chirurgico o proc.3	C	442	1	0=campo corretto 1=campo errato
129	F_datchi4	Flag errore campo Data altro intervento chirurgico o proc.4	C	443	1	0=campo corretto 1=campo errato
130	F_codchi4	Flag errore campo Codice altro intervento chirurgico o proc.4	C	444	1	0=campo corretto 1=campo errato
131	F_datchi5	Flag errore campo Data altro intervento chirurgico o proc.5	C	445	1	0=campo corretto 1=campo errato
132	F_codchi5	Flag errore campo Codice altro intervento chirurgico o proc.5	C	446	1	0=campo corretto 1=campo errato
133	F_datchi6	Flag errore campo Data altro intervento chirurgico o proc.6	C	447	1	0=campo corretto 1=campo errato
134	F_codchi6	Flag errore campo Codice altro intervento chirurgico o proc.6	C	448	1	0=campo corretto 1=campo errato
135	F_ricdh	Flag errore campo Ricovero in Day-Hospital	C	449	1	0=campo corretto 1=campo errato

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
136	F_posprof	Flag errore campo Posizione professionale	C	450	1	0=campo corretto 1=campo errato
137	F_finaldh	Flag errore campo Finalità del Day-Hospital	C	451	1	0=campo corretto 1=campo errato
138	F_modero	Flag errore campo Modalità di erogazione	C	452	1	0=campo corretto 1=campo errato
139	F_drgazie	Flag errore campo DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	453	1	0=campo corretto 1=campo errato
140	F_ndh	Flag errore campo Numero presenze in Day-Hospital	C	454	1	0=campo corretto 1=campo errato
141	F_regresu	Flag errore campo Regione di residenza dell'utente	C	455	1	0=campo corretto 1=campo errato
142	F_usresu	Flag errore campo Azienda sanitaria di residenza utente	C	456	1	0=campo corretto 1=campo errato
143	F_Codfisp	Flag errore campo Codice fiscale del medico proponente	C	457	1	0=campo corretto 1=campo errato
144	F_Autpror	Flag errore campo autorizzazione proroga	C	458	1	0=campo corretto 1=campo errato
145	F_Ggpror	Flag errore campo Giornate di proroga autorizzate	C	459	1	0=campo corretto 1=campo errato
146	F_Impazie	Flag errore campo Importo Aziendale	C	460	1	0=campo corretto 1=campo errato
147	F_impprof	Flag errore campo Importo per prestazioni libero professionali	C	461	1	0=campo corretto 1=campo errato
148	F_impcomf	Flag errore campo Importo per comfort alberghiero	C	462	1	0=campo corretto 1=campo errato
149	F_convenz	Flag errore campo Convenzione	C	463	1	0=campo corretto 1=campo errato
150	F_compens	Flag errore campo Compensazione	C	464	1	0=campo corretto 1=campo errato
151	F_percabb	Flag errore campo Percentuale abbattimento	C	465	1	0=campo corretto 1=campo errato
152	F_contass	Flag errore campo Continuità assistenziale	C	466	1	0=campo corretto 1=campo errato
153	F_Neonat	Flag errore campo Neonato	C	467	1	0=campo corretto 1=campo errato
154	F_skmadre	Flag errore campo Numero scheda della madre	C	468	1	0=campo corretto 1=campo errato
155	F_pesonasc	Flag errore campo Peso alla nascita	C	469	1	0=campo corretto

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
						1=campo errato
156	F_anonimo	Flag errore campo Utente coperto da anonimato	C	470	1	0=campo corretto 1=campo errato
157	F_noteDRG	Flag errore campo Note ai DRG	C	471	1	0=campo corretto 1=campo errato
158	F_control	Flag errore campo Controllo campionario	C	472	1	0=campo corretto 1=campo errato
159	F_Titstu	Flag errore campo Titolo di studio	C	473	1	0=campo corretto 1=campo errato
160	F_Tipomp	Flag errore campo Tipologia del medico proponente	C	474	1	0=campo corretto 1=campo errato
161	F_datapre	Flag errore campo Data di prenotazione	C	475	1	0=campo corretto 1=campo errato
162	F_datadisp	Flag errore campo Data di prima disponibilità	C	476	1	0=campo corretto 1=campo errato
163	F_priorità	Flag errore campo Classe di priorità del ricovero	C	477	1	0=campo corretto 1=campo errato
164	F_ricops	Flag errore campo Ricovero da Pronto Soccorso	C	478	1	0=campo corretto 1=campo errato
165	F_ludom	Flag errore campo Luogo di domicilio	C	479	1	0=campo corretto 1=campo errato
166	F_causest	Flag errore campo Causa esterna	C	480	1	0=campo corretto 1=campo errato
167	F_IDutente	Flag errore campo Identificativo Univoco dell'utente	C	481	1	0=campo corretto 1=campo errato
168	F_ora_ingr	Flag errore campo Ora di ingresso	C	482	1	0=campo corretto 1=campo errato
169	F_ora_dim	Flag errore campo Ora di dimissione	C	483	1	0=campo corretto 1=campo errato
170	drgreg	DRG attribuito dalla Regione	C	484	3	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 24 (valori come da archivio regionale DRG; per esempio DRG Interventi sul Cristallino con o senza Vitrectomia il valore sarà 039).
171	mdcreg	MDC attribuito dalla Regione	C	487	2	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 24 (valori come da archivio regionale DRG; per esempio MDC malattie e disturbi dell'occhio il valore sarà 02).
172	imp1reg	Importo	E	489	9	Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo drgreg .
173	imp2reg	Importo oltre soglia	E	498	9	Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo drgreg ; applicazione della tariffa giornate di degenza oltre

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
174	DRG_19	DRG 19 attribuito dalla Regione	C	507	3	soglia Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 19: il valore è riportato esclusivamente al fine di effettuare analisi di tipo comparativo.
175	vuoto	Campo vuoto	C	510	6	Attribuito dalla Regione
176	classe	Classe Istituto	C	516	1	Se residente in Italia codici delle regioni italiane
177	regint	Regione di residenza dell'utente riattribuita dalla Regione	C	517	3	Se residente all'estero 999 Se non attribuibile 000
178	uslint	Azienda sanitaria di residenza utente riattribuita dalla Regione	C	520	3	Se residente in Italia codice dell'Azienda USL di residenza. Se residente all'estero codice dello Stato estero Se non attribuibile 000
179	Eta	Età alla dimissione del paziente calcolata dalla Regione	N	523	3	Attribuito dalla Regione
180	ggdeg	Giornate di degenza calcolate dalla Regione	N	526	4	Attribuito dalla Regione
181	tiporic	tipologia di ricovero riattribuita dalla Regione	C	530	1	1= ordinario con durata >= 2 giorni 2= ordinario con durata < 2 giorni senza trasferimento 3= ordinario con durata < 2 giorni con trasferimento 5= day hospital medico 6= day hospital chirurgico 7= riabilitazione ordinaria 8= riabilitazione day hospital 9= lungodegenza 0= non attribuibile
182	certMEF	Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze	C	531	1	0=IDutente da sottoporre al MEF 1=IDutente certificato MEF 2=IDutente non certificato MEF 9=IDutente non presente in anagrafe regionale

1.8.3- Tracciato record della scheda prestazioni di ricovero (SKNO) inviato dalla Regione a Ministero della Sanità- Anno 2010

Il contenuto dell'archivio è ricavato dalle informazioni trasmesse dalle Aziende Sanitarie secondo le specifiche del tracciato riportato al §1.8.1 ricodificate per allinearsi a quanto riportato nel DM 380 del 27/10/00:

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
1	Codosp	Codice istituto	C	1 - 8	8	Nel caso di presidi non organizzati in più stabilimenti gli ultimi 2 caratteri devono essere valorizzati con 00

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
2	Anprat/nprat	Numero della scheda	C	9 - 16	8	Ultimi due caratteri del campo anprat +campo nprat
3	Sexu	Sesso	C	17 - 17	1	
4	Datanasc	Data di nascita	D	18 - 25	8	
5	Lunasc	Comune di nascita	C	26 - 31	6	
6	Statociv	Stato civile	C	32 - 32	1	
7	Lures	Luogo di residenza	C	33 - 38	6	se Comune estero (primi tre caratteri =999) → ludom
8	Cittu	Cittadinanza	C	39 - 41	3	Ricodifica del codice 000 i n blank
9	Codfiscu/ID utente	Codice sanitario individuale	C	42 - 57	16	Nel caso in cui sia presente l'IDutente deve essere recuperato il Codice fiscale
10	Regresu	Regione di residenza	C	58 - 60	3	In caso di residente all'estero (regresu =999) dovrà essere inserito il codice dello stato estero presente nel campo usresu
11	Usiresu	U.S.L. di residenza	C	61 - 63	3	In caso di stranieri (regresu=999) dovrà essere inserito il blank
12	titistu	Titolo di studio	C	64 - 64	1	le modalità 0 → 1 9 → blank
13		Campo vuoto	C	65 - 100	36	Impostato con spazio

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
1	Codosp	Codice istituto	C	1 - 8	8	Nel caso di presidi non organizzati in più stabilimenti gli ultimi 2 caratteri devono essere valorizzati con 00
2	Anprat/nprat	Numero della scheda	C	9 - 16	8	Ultimi due caratteri del campo anprat +campo nprat
3	Regimric	Regime di ricovero	C	17 - 17	1	
4	Datingr	Data di ricovero	D	18 - 25	8	
5	Onere	Onere della degenza	C	26 - 26	1	La modalità 1, 3, 4, 7, 8, A e 9 rimangono tali Ricodifiche: la modalità 5 → 1; le modalità B e C → 9; se onere =2 e modero =1 → 5; se onere =2 e modero =2 → 6; se onere =2 e modero =4 → 2; se onere =2 e modero =5 → 5; se onere =2 e modero =6 → 6;
6	Provza	Provenienza del paziente	C	27 - 27	1	La modalità zero →blank, la modalità 8 → 1
7	Tiporico	Tipo di ricovero	C	28 - 28	1	Se regimric =2 → blank. Ricodifiche: la modalità zero →blank;

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
8	Traumat	Traumatismi o intossicazioni	C	29 – 29	1	la modalità 4 → 1; la modalità 5 → 4.
9	Repdim	Unità operativa di dimissione	C	30 – 33	4	
10	Datdim	Data di dimissione o morte	D	34 – 41	8	
11	Modim	Modalità di dimissione	C	42 – 42	1	La modalità 7 → 9, la modalità 8 → 7 la modalità 9 → 8 la modalità A → 3
12	Risaut	Riscontro autoptico	C	43 – 43	1	La modalità zero → blank
13	Finaldh	Motivo ricovero in regime diurno	C	44 – 44	1	La modalità 1 → 3; la modalità 2 → 4; la modalità 3 → 1; la modalità 4 → 1; la modalità 5 → 3; la modalità 8 → 2; la modalità zero → blank
14	Ndh	Numero giornate di presenza in ricovero diurno	N	45 – 47	3	
15	Pesonasc	Peso alla nascita	N	48 – 51	4	
16	Diadim	Diagnosi principale di dimissione	C	52 – 56	5	
17	Dia1	Diagnosi secondaria 1	C	57 – 61	5	
18	Dia2	Diagnosi secondaria 2	C	62 – 66	5	
19	Dia3	Diagnosi secondaria 3	C	67 – 71	5	
20	Dia4	Diagnosi secondaria 4	C	72 – 76	5	
21	Dia5	Diagnosi secondaria 5	C	77 – 81	5	
22	Datchi	Data intervento chirurgico principale	D	82 – 89	8	
23	Codchi	Intervento chirurgico principale o parto	C	90 – 93	4	
24	Codchi2	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 1	C	94 – 97	4	
25	Codchi3	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 2	C	98 – 101	4	
26	Codchi4	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 3	C	102 – 105	4	
27	Codchi5	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 4	C	106 – 109	4	

Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
28	Codehi6	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 5	C	110 - 113	4	
29	Datapre	Data di prenotazione	D	114-121	8	
30	Priorità	Classe di priorità del ricovero	C	122 - 122	1	
31	Causest	Codice cause esterna	C	123-127	5	
32		Campo vuoto	C	128 - 150	23	Impostato con spazio

2. Prestazioni Ambulatoriali

2.1 Definizione dell'oggetto di rilevazione

Gli oggetti di rilevazione del presente flusso sono i seguenti:

- 1) le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, previste dal nomenclatore tariffario regionale, di cui alla D.G.R. n. 229 del 3/3/97, e successive integrazioni e modificazioni, erogate a soggetti non ricoverati.
- 2) gli emocomponenti somministrati in ambito di prestazione trasfusionale, di cui alla D.G.R. 1152/97 e successive modificazioni ed integrazioni;
- 3) le certificazioni di medicina dello sport, di cui alla D.G. R. 667/97 e successive modificazioni ed integrazioni;
- 4) le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, non previste dal nomenclatore tariffario regionale, erogate dalle Aziende Sanitarie

Le prestazioni sono quelle erogate dai singoli ambulatori delle strutture sanitarie:

- a) pubbliche;
- b) enti di ricerca;
- c) istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- d) private e dai professionisti accreditati.

2.2 Rilevazione Aziendale dei dati

I dati che l'Azienda sanitaria di competenza deve acquisire comprendono sia i dati relativi alle prestazioni erogate dai presidi direttamente gestiti dalla Azienda sia alle prestazioni fornite 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 dai 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 previsti dal nomenclatore tariffario regionale, di cui alla D.G.R. n. 229 del 3/3/97, e successive integrazioni e modificazioni, 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.

Allegato B

L'attività di specialistica ambulatoriale deve essere registrata ed inviata secondo il tracciato previsto, rilevando le informazioni in due archivi collegati relazionalmente. Il primo archivio, SPA1, è l'archivio principale, contenente le informazioni riguardanti: l'utente, il medico proponente ed il volume finanziario complessivo dell'attività erogata.

Il secondo archivio, SPA2, è l'archivio di dettaglio, contenente le informazioni riguardanti la struttura che eroga la prestazione e le singole prestazioni comprese nell'attività erogata.

Il collegamento relazionale tra SPA1 e SPA2 avviene grazie alla presenza, in entrambi gli archivi, di un campo **Chiave**, di lunghezza pari a 10 caratteri contenente un valore univoco a livello Aziendale: l'univocità deve essere garantita per tutto l'anno di riferimento.

Al fine di garantire l'univocità della chiave a livello regionale, il valore contenuto nel campo **Chiave** viene unito al codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati. I record dell'archivio SPA2 insieme al record dell'archivio 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 gli archivi ricevuti con l'aggiunta delle segnalazioni della correttezza o dell'eventuale errore di ogni singolo campo presente nel tracciato. L'Azienda può trasmettere negli invii successivi le correzioni all'archivio. Per correzioni si intendono le modificazioni o le cancellazioni di record già inviati. Il campo **Opera** è il campo contenuto nello 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 contenute 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, ...).

In conseguenza di questa modalità le informazioni del campo **Opera** da utilizzare sono le seguenti con la nuova definizione 1= primo invio di quella specifica informazione; 3= modificazione dei contenuti di dati già inviati; 4= cancellazione integrale di dati già inviati.

Si precisa che per effettuare le cancellazioni per un gruppo ricetta, deve essere trasmesso solo il record dell'archivio principale.

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.

Allegato B

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 fruiti 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 alle Aziende che li hanno immessi sul loro NAL, ovvero alla sola 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 del flusso oggetto di rilevazione si rimanda alle sezioni relative ai tracciati e ai relativi controlli.

2.5 Tipologia degli errori

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

Errore "0": assenza di errori nel campo.

Errore "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 né sulle valutazioni relative all'attività svolta.

Errore "2": segnala l'esistenza di un errore rilevante. Tale errore non permette di utilizzare il dato per la determinazione della compensazione finanziaria.

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B

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

Errore “9”: segnala lo scarto dell'intero gruppo ricetta, si precisa che il codice **Errore “9”** è segnalato solo nel campo errore totale (**Flagtot**). Se alcuni 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.

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 gli archivi SPA inviati dalle Aziende alla Regione Toscana i controlli vengono effettuati secondo i seguenti criteri:

- Verifica della corretta compilazione del campo **Record** per gli archivi SPA1 e SPA2: il valore inserito in tale campo deve corrispondere al tipo di archivio trasmesso (per l'archivio principale, SPA1, il solo codice ammesso è 1; per l'archivio di dettaglio, SPA2, il solo codice ammesso è 2), altrimenti viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo alla tipologia del record e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta contenente tale record
- Verifica della corretta compilazione del campo **Opera**: se sono presenti valori diversi da 1, 3 e 4 viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al tipo operazione e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta contenente tale record.
- Verifica dell'univocità della chiave nell'archivio principale: se il valore contenuto nel campo **Chiave** dell'archivio SPA1, risulta essere ripetuto all'interno dell'archivio principale, viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo chiave e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto di tutti i gruppi ricetta contraddistinti da tale chiave.
- Per ciascun record dell'archivio principale si considera il valore contenuto nel campo **Chiave** per verificare l'esistenza di almeno un record nell'archivio di dettaglio contenente nel campo **Chiave** lo stesso valore. Se ciò non accade viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo chiave e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot**, determinando lo scarto del record dell'archivio principale.
- Per ciascun record dell'archivio dettaglio si considera il valore contenuto nel campo **Chiave** per verificare l'esistenza di un solo record nell'archivio principale contenente nel campo **Chiave** lo stesso valore. Se ciò non accade viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo chiave e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot**, determinando lo scarto del record dell'archivio dettaglio.
- Verifica dell'esatta compilazione del campo relativo all'Azienda erogatrice: il valore contenuto in tale campo deve corrispondere al codice ministeriale dell'Azienda inviante i dati incapsulato nel NAL di riferimento dell'Azienda inviante, altrimenti si segnala l'errore nel campo errore relativo all'Azienda erogatrice, e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta contenente tale record.

Allegato B

- Verifica della esatta compilazione del campo **Datafine**: la data di fine prestazione deve avere un valore data ammesso e non superiore alla data di invio, se ciò non accade viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo **Datafine** e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta contenente tale record.
- Verifica dell'univocità del record nell'archivio di dettaglio: se il valore contenuto nel campo **Chiavespa2** dell'archivio SPA2, risulta essere ripetuto all'interno dell'archivio per lo stesso valore del campo **Chiave**, viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo **Chiavespa2** e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto di tutti i gruppi ricetta contraddistinti da tale chiave.
- Verifica della presenza di record ripetuti all'interno dell'archivio SPA1 rispetto al valore contenuto nel campo **Ricetta** dell'archivio SPA1: in caso di ricette duplicate viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo **Ricetta** e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta.
- Verifica che l'azienda non abbia apportato modifiche al contenuto nel campo **Ricetta** dell'archivio SPA1: in caso di un record con **Opera** = 3 e codice ricetta modificato viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo **Ricetta** e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta.
- Verifica della compilazione contemporanea dei campi **Codindu** e **IDutente**: se sono valorizzati entrambi i campi viene segnalato un errore di tipo 2 nei campi errore relativi ai campi **Codindu** e **IDutente** e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta.
- Verifica della compilazione di **Codindu** dopo il 30/06/2012: se il campo **Codindu** risulta valorizzato dopo il 30 giugno 2012 viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo **Codindu** e un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta.

2.6.2 Fase di confronto con i dati già inviati

I record inviati possono quindi avere nel campo **Opera** tre valori; tali valori comportano diverse regole di relazione con i dati precedentemente inviati:

- Se il campo **Opera** è 1, si verifica che nei dati inviati precedentemente non esista un record con la stessa chiave; se esiste un record con la stessa chiave si segnala 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.
- Se il valore contenuto nel campo **Opera** è 3 (modificazione di un record e gruppo ricetta già inviato) si verifica che nei dati già trasmessi esista un record con la stessa chiave, se ciò accade si sostituisce il record precedentemente inviato, altrimenti si segnala l'errore nel campo errore relativo al campo **Opera** ed un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta con **Opera** = 3.
- Se il valore è 4 (cancellazione di un record e gruppo ricetta già inviato) si verifica che nei dati già trasmessi esista un record con la stessa chiave, se ciò accade si elimina il record precedentemente inviato, altrimenti si segnala l'errore nel campo errore relativo al campo **Opera** ed un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta con **Opera** = 4. Si ricorda che per la cancellazione del gruppo ricetta è sufficiente inviare solo il record dell'archivio principale con il campo **Opera** contenente valore 4 ed i campi che costituiscono la chiave del record correttamente compilati.

2.7 Archivi di supporto

I controlli dei valori di alcuni campi vengono effettuati utilizzando gli archivi di supporto contenuti 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 di supporto al sistema rende necessario modalità tali da garantire l'aggiornamento in tempi rapidi e con forme flessibili. Tale esigenza, necessaria per rendere una serie di informazioni indipendenti dai contesti formali tipici della pubblica amministrazione, ha indotto la Regione Toscana a mettere a disposizione tali archivi alle Aziende sanitarie mediante NAL. Attraverso tale sistema di consultazione è possibile attingere direttamente alle basi dati relative ad informazioni di supporto per l'implementazione dei flussi DOC mediante l'acquisizione nel sistema informativo Aziendale degli archivi di appoggio.

2.8 Elementi significativi del tracciato

Si richiama l'attenzione sulle principali variazioni apportate rispetto alla versione precedente (delibera G.R.T n. 1128 / 2010) del Manuale Flussi D.O.C..

2.8.1 Campi eliminati

Dall'archivio SPA1:

Zona sanitaria di residenza dell'utente (Zonresu), campo 13 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Regione di iscrizione sanitaria dell'utente (Regiscu), campo 14 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Usl di iscrizione sanitaria dell'utente (Usliscu), campo 15 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Regione ove opera il medico proponente (Regmp), campo 20 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Usl ove opera il medico proponente (Uslmp), campo 21 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Zona sanitaria ove opera il medico proponente (Zonmp), campo 22 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Regione di appartenenza dell'Azienda sanitaria Erogatrice (Regalie), campo 24 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Verifica del codice fiscale (vericf), campo 33 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Colore del triage al pronto soccorso (TriagePS), campo 40 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Dall'archivio SPA2:

Tipologia presidio erogatore (Tipopres), campo 3 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Provincia appartenenza del presidio erogatore (Prostrut), campo 4 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Comune di appartenenza del presidio erogatore (Comstrut), campo 5 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Prenotazione della prestazione (CUP), campo 12 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Posizione dell'utente rispetto al ticket (Ticket), campo 26 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Onere della prestazione (Onere), campo 29 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Prestazione erogata in forma diretta/indiretta (Dirindi), campo 30 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

Codice fiscale del prescrittore della prestazione aggiuntiva (Codfisma), campo 31 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B

Tipologia del medico prescrittore della prestazione aggiuntiva (Tipoma), campo 32 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.
Prestazione in regime libero professionale (Libprof), campo 33 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

2.8.2 Campi spostati da SPA2 a SPA1

Tipologia del contatto (Tipocontatto), campo 10 dell'archivio SPA2 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.
Codice di priorità di accesso alla prestazione (Priorità), campo 13 dell'archivio SPA2 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.
Codice della patologia presunta (Patpres), campo 16 dell'archivio SPA2 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.
Codice della patologia accertata (ICD9), campo 17 dell'archivio SPA2 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.
Tipologia dell'esenzione dal pagamento del ticket (Esentick), campo 27 dell'archivio SPA2 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.
Codice esenzione (Codese), campo 28 dell'archivio SPA2 del tracciato versione D.G.R.T. 1128/2010.

2.8.3 Campi nuovi

Identificativo Univoco dell'utente (IDutente), campo 6 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco del soggetto composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana per i soggetti già presenti nell'anagrafe sanitaria, mentre nel caso di soggetti non ancora presenti il soggetto deve essere censito tramite la RFC 85. Se **Tipoindu**=1 allora il valore immesso deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Se **Tipoindu** = 4 o **Tipoindu** = 6 non è richiesta la compilazione di questo campo (vuoto). Si precisa che fino al 30/06/2012 è ammesso l'utilizzo alternativo di Codice Fiscale o Identificativo Univoco dell'utente. Dal 01/07/2012 sarà ammessa la compilazione esclusivamente dell'Identificativo Univoco dell'utente.

Si precisa che nel caso in cui sia compilato sia il campo **Codindu** che il campo **IDutente** il record sarà scartato (**Flagtot**=9)

Tipologia erogatore (Tipologia_erog), campo 15 dell'archivio SPA1: 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 compensazione vengono distinte le matrici inerenti il pubblico e quelle inerenti il privato. Sono ammessi i valori 1 = pubblico e 2 = privato.

Fascia economica per quota ricetta (FE_Quoric), campo 32 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere indicata la fascia economica dichiarata per la determinazione della quota ricetta applicata. Sono ammessi i seguenti valori : se **Imptick** > 00000,00 valori ammessi come da specifica tabella di supporto "fasciaeconomica_QR" messa a disposizione nei NAL; se **Imptick** = 00000,00 unico valore ammesso "00".

Day_service (DService), campo 42 dell'archivio SPA1: 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. I valori ammessi sono 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

Allegato B

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.

Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC), campo 43 dell'archivio SPA1: in questo campo viene indicato il PACC (Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) attivato. I valori ammessi sono riportati nella tabella "PACC" messa a disposizione sui NAL.

Usl del presidio che eroga la prestazione (Usl_presidio_erog), campo 3 dell'archivio SPA2: in questo campo deve essere indicato il codice ministeriale dell'Azienda Sanitaria toscana della struttura che effettivamente ha erogato la prestazione. Ad esempio nei casi in cui una azienda A usufruisca di un laboratorio di un'altra azienda B per alcune prestazioni, la SPA1 dovrà riportare l'azienda A in quanto azienda di accettazione dell'utente mentre la SPA2 dovrà riportare nel campo **Usl_presidio_erog** l'azienda B e relativo presidio nel campo **Presidio**.

2.8.4 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), campo 4 dell'archivio SPA1: i valori ammessi sono 1 = soggetto munito di codice fiscale; 3 = soggetto straniero temporaneamente presente in Italia (STP); 4 = Anonimo; 5 = Cittadino dell'unione europea con tessera sanitaria europea o documento equipollente (questo valore comporta la compilazione del campo 35 **CodIdeUteEurop**); 6 = altra tipologia di identificazione per soggetti non appartenenti alle categorie sopra individuate.

Controlli fino al 30/06/2012:

Se il valore è **1** si verifica la presenza, nel campo **Codindu**, del codice fiscale dell'utente o alternativamente nel campo **IDutente**, dell'identificativo univoco dell'utente.

Se il valore è **3** si verifica che il valore del campo **Regresu** sia pari a 999 e che nel campo **Codindu** sia riportato il codice STP o alternativamente nel campo **IDutente**, dell'identificativo univoco dell'utente.

Se il valore è **4** si verifica che il **Codindu**, sia riempito con 16 zeri o alternativamente il campo **IDutente** sia vuoto.

Se il valore è **5** si verifica che il valore del campo **Regresu** sia pari a 999 e che il campo **Codindu** dell'archivio SPA1 sia riempito con 16 zeri o alternativamente che nel campo **IDutente**, la presenza dell'identificativo univoco dell'utente.

Se il valore è **3** o **5** si verifica che il valore del campo **Regresu** sia pari a 999.

Controlli dal 01/07/2012:

Se il valore è **1, 3 o 5** si verifica la presenza nel campo **IDutente**, dell'identificativo univoco dell'utente.

Se il valore è **4** si verifica che il **IDutente** sia vuoto.

Se il valore è **6** si verifica che il **IDutente** sia vuoto.

Se il valore è **3** o **5** o **6** si verifica che il valore del campo **Regresu** sia pari a 999.

Codice individuale dell'utente (Codindu), campo 5 dell'archivio SPA1: i valori ammessi: sono se **Tipoindu** = 1, inserire il codice fiscale dell'utente, in questo caso si verifica che il contenuto abbia le seguenti caratteristiche: primi 6 caratteri alfabetici, settimo e ottavo numerici, nono alfabetico, decimo ed undicesimo numerici, dodicesimo e sedicesimo alfabetici. Se **Tipoindu** = 3, inserire il codice STP. Se **Tipoindu** = 4 o 5,

Allegato B

riempire il campo con 16 zeri. Se **Tipoindu** = 6 utilizzare una forma di codifica compatibile con la dimensione del presente campo. Il valore del campo deve essere corretto e coerente con i valori contenuti nel campo **Tipoindu**.

Si precisa che fino al 30/06/2012 è ammesso l'utilizzo alternativo di Codice Fiscale o Identificativo Univoco dell'utente e che nel caso in cui sia compilato sia il campo **Codindu** che il campo **IDutente** il record sarà scartato (**Flagtot**=9).

Dal 01/07/2012 sarà ammessa la compilazione esclusivamente dell'Identificativo Univoco dell'utente, pertanto questo campo dovrà essere lasciato vuoto (**Flagtot**=9).

Modalità di accesso alla prestazione (Accesso), campo 16 dell'archivio SPA1: i valori ammessi sono 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. Sono stati eliminati i codici 09 = Richiesta di altre Aziende/Enti e 10 = Pronto soccorso a cui non consegue il ricovero con prescrizione sul ricettario SSN e introdotti due nuovi codici 11 e 12. Si precisa che il codice 02 deve essere utilizzato per le prescrizioni su ricettari previsti da atti regionali come ad esempio il ricettario regionale per la gravidanza fisiologica; il codice 03 deve essere utilizzato per indicare gli accessi senza prescrizione per le prestazioni previste dalla DGR 493/2004 e successive integrazioni o modificazioni; il codice 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 **Accesso** = 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 due SPA1: una con **Accesso** = 01 per la sola prestazione erogata in SSN e una con **Accesso** = 11 per la prestazione erogata in libera professione.

Finalità della prestazione (Finalità), campo 17 dell'archivio SPA1: valori ammessi 10, 20, 40, 50 e 00.

Il campo deve essere compilato con valore 10 nel caso in cui si rilevano prestazioni di screening oncologico, con valore 20 nel caso in cui si rilevano prestazioni per donazione, con valore 40 per le prestazioni erogate in relazione a trattamenti di fecondazione medicalmente assistita, con valore 50 per le prestazioni erogate nell'ambito del percorso CORD per i pazienti affetti da patologie oncologiche; in tutti gli altri casi deve essere compilato con valore 00 (2 zeri). E' stato eliminato il codice 30= prestazioni di screening odontoiatrico.

Se **Finalità** = 10 allora **Accesso** = 08.

Nell'ambito di un percorso ambulatoriale di fecondazione assistita la corretta compilazione di questo campo consente non solo di identificare le prestazioni che hanno già un codice prestazione indicativo ma anche altre attività ad esse correlate (es. ecografie, esami di laboratorio etc), permettendo così di evidenziare ed estrapolare i dati ambulatoriali dei Centri di Procreazione.

Si noti che in generale il campo **finalità**, se opportunamente e correttamente compilato, può essere utile a ricostruire ed evidenziare percorsi ambulatoriali e attività specifiche non sempre evidenti dai codici delle prestazioni, delle specialità o altri dati associati al codice della prestazione.

Si ricorda inoltre che le prestazioni per donazione non sono soggette a compensazione.

Allegato B

Codice di priorità di accesso (Priorità), campo 18 dell'archivio SPA1: le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali di *primo contatto*, specificate nella D.G.R. 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 D.G.R. 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni i valori ammessi sono: U, B, D, P (descritti sopra) oppure 0.

Codice della ricetta (Ricetta), campo 20 dell'archivio SPA1: si evidenzia come la rilevazione del codice della ricetta risponda ad un preciso adempimento delle disposizioni contenute nell'art. 50 del d.l. 30/9/2003 n. 269 e successive integrazioni, oltre ovviamente a consentire la identificazione certa del medico prescrittore. Nella trasmissione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze il codice della ricetta è un campo chiave pertanto la mancata rilevazione del codice della ricetta e/o la presenza di codici ricetta duplicati genera la non accettazione del record da parte del Ministero. Si ricorda inoltre come tra gli indicatori per gli adempimenti LEA sia previsto il numero di prestazioni a cui è possibile associare il medico prescrittore. Il percorso per l'associazione al medico prescrittore parte dal codice ricetta della prestazione erogata, passa per la verifica della consegna del ricettario ad un medico (flusso RIC) fino all'esistenza del medico nella banca dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze (flusso SAM).

Per queste motivazioni, per gli accessi con prescrizione su ricettario SSN (Accesso = 01), viene verificato che il contenuto del campo Ricetta sia univoco ovvero che non siano presenti nell'insieme delle ricette inviate dall'azienda altri record con Accesso = 01 e medesimo codice ricetta. 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. Nel caso in cui un medesimo codice ricetta sia inviato da più aziende, RT accoglie tutti i record.

L'errore nel campo relativo al codice ricetta implica un errore di tipo 9 nel campo **Flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta contenente tale record. I valori ammessi sono se **Accesso = 01** o **05** con prescrizione su ricettario **SSN** o **07** con prescrizione su ricettario **SSN** unico valore ammesso codice della ricetta **SSN**, negli altri casi unico valore ammesso **0000000000000000** (16 zeri). Il controllo formale effettuato verifica che: nelle posizioni dalla 1° alla 3° devono essere presenti uno dei valori riportati nell'allegato 11 del disciplinare (ovvero un codice regione o ente SASN); in 4° e 5° posizione deve essere riportato l'anno a due cifre, il valore riportato non deve essere superiore all'anno di invio dei dati e non inferiore all'anno 2003; nelle posizioni dalla 6° alla 15° devono essere presenti numeri la cui somma deve essere diversa da 0. 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. Si evidenzia come la rilevazione del codice della ricetta possa essere effettuata mediante la lettura ottica del relativo codice a barre.

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 Opera =4 il record di SPA1 con stessa Chiave e stessa Ricetta e successivamente rinviare con Opera=1 con stessa Chiave e campo Ricetta modificato.

Allegato B

Tipologia del medico proponente (Tipomp), campo 25 dell'archivio SPA1: Se **Accesso** = 01 o 02 i valori ammessi sono riportati nella tabella "Tipo_specializzazione" messa a disposizione sui NAL. Se **Accesso** <=> 01 e 02 unico valore ammesso 00.

Totale ticket dovuto dall'utente (Imptick), campo 29 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere riportato l'importo totale dovuto dall'utente in merito a prestazioni erogate, comprese quelle non a carico del SSN. Il valore riportato deve essere coerente con i campi di SPA1 **Accesso** e **NumPrestEff**, quindi l'errore in uno dei suddetti campi si ripercuote anche in **Imptick**.
Per le prestazioni con **Accesso** = 11 (Libera professione "intra moenia") o con **Accesso** = 12 (Altro accesso senza oneri per il SSN) il campo **Imptick** deve contenere l'intero importo pagato dall'utente.

Per le prestazioni erogate con **Accesso** = 04 (Pronto Soccorso a cui non consegue il ricovero), se **Esentick** identifica un soggetto non esente, il campo **Imptick** deve contenere l'importo pagato dall'utente che accede la quota, secondo normativa vigente, di accesso al pronto soccorso (**QuotAcPS**).

Per le prestazioni prescritte tramite ricettario SSN (campo di SPA1 **Accesso** = 01) vengono effettuati i seguenti controlli:

se **Accesso** = 01 e **Esentick** identifica un soggetto non esente allora **Imptick** > 00000,00;

se **Accesso** = 01 e **Esentick** identifica un soggetto esente allora **Imptick** >= 00000,00.

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 D.G.R. 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** <= $(38 * 1 + 38 * 2)$.

Codice esenzione (Codese), campo 31 dell'archivio SPA1: nel caso in cui il campo **Esentick** identifica un soggetto non esente inserire il valore 000000 (6 zeri) altrimenti i valori ammessi sono riportati nel campo "stampa" della tabella "esenzioni" messa a disposizione sui NAL. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo **Esentick**. Si evidenzia che il campo è passato da lunghezza 11 a lunghezza 6 e l'errore relativo a questo campo passa da lieve a grave.

Allegato B

Quota ricetta (Quoric), campo 33 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere inserito l'importo in euro del ticket aggiuntivo sulla ricetta 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. I valori ammessi sono se **Imptick** = 00000,00 valori ammessi 00000,00; se **Imptick** > 00000,00 valori ammessi 00000,00 o maggiori o uguali a 00005,00

Quota accesso al pronto soccorso (QuotAcPS), campo 34 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere inserito l'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 **Accesso** <> 04 compilare con 00000,00 altrimenti unico valore ammesso 00025,00.

Codice del presidio Erogatore (Presidio), campo 4 dell'archivio SPA2: in questo campo deve essere inserito il codice STS.11 relativo al presidio che provvede effettivamente alla erogazione della prestazione, come da tabella messa a disposizione sui NAL. 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.

Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale (Disciplina), campo 7 dell'archivio SPA2: In tale campo deve essere inserito il codice della disciplina che qualifica la prestazione erogata. I codici da utilizzare sono gli ultimi due caratteri dei valori presenti nel campo "cod_specialita" della tabella di supporto "specialita" sui NAL che hanno carattere iniziale 0. Si evidenzia che è cambiata lunghezza sono validi solo i codici ministeriali.

Data di primo contatto per la richiesta della prestazione (Contatto), campo 10 dell'archivio SPA2: il campo deve essere compilato per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (**Tipopr**=1), medicina dello sport (**Tipopr**=5) e di specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale (**Tipopr**=8). Il valore riportato deve essere la data in cui l'utente ha richiesto la prestazione e quindi non superiore alle date di erogazione (**Dataini** e **Datafine**). Nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione la data coincide con la data di erogazione. Se **Tipopr** = 4 deve essere inserito il valore 00000000 (otto zeri).

Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione (ScelUte), campo 11 dell'archivio SPA2: in questo campo deve essere rilevata l'informazione inerente la scelta dell'utente rispetto alla prima data disponibile proposta alla prenotazione. Se **Tipopr** = 1 o 5 o 8 i valori ammessi sono 1 = l'utente non ha effettuato nessuna scelta, 2 = l'utente ha scelto una data diversa dalla prima disponibilità. Altrimenti 9. Sono stati eliminati codici 0 = il sistema non è in grado di rilevare questa informazione e 3 = nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione.

Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato (Tipopr), campo 13 dell'archivio SPA2: in questo campo deve essere indicata la tipologia di prestazione erogata. I valori ammessi sono 1 = Prestazione specialistica ambulatoriale, 4 = Emocomponenti, 5 = Prestazione per la medicina dello sport, e 8 = Prestazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale. Le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali previste dal nomenclatore tariffario regionale, di cui alla deliberazione G.R. n. 229 del 3/3/97, e successive integrazioni e

Allegato B

modificazioni devono essere registrate con il codice 1. E' stato eliminato il valore 2 = Prestazione specialistica ambulatoriale aggiuntiva non prevista su ricetta SSN.

Codice della branca della prestazione erogata (Branca), campo 16 dell'archivio SPA2: i valori ammessi sono: se **Tipopr** = 1, inserire il codice della effettiva branca di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale. I valori ammessi sono quelli individuati nel Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, di cui alla deliberazione G.R. n. 229/97 e successive integrazioni e modificazioni. Si specifica che deve essere utilizzato il carattere maiuscolo per l'individuazione del singolo codice da adottare. Per le prestazioni, indicate nel Nomenclatore tariffario regionale come appartenenti a più branche specialistiche (cosiddetta prestazione multibranca/branche omologhe), 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 il **Tipopr** = 8 inserire il codice della effettiva branca di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore.

Se **Tipopr** <> 1 o **Tipopr** <> 8: unico valore ammesso 0 (zero).

Prestazione soggetta a convenzione (Convenzione), campo 21 dell'archivio SPA2: I valori ammessi in questo campo sono 0 = prestazione non soggetta a rapporto convenzionale, 1 = prestazione soggetta a rapporto convenzionale. Se **Convenzione** = 1 allora il campo **Compensa** = 0. Si evidenzia che è stato eliminato il valore 2 = prestazione erogata a utenti ricoverati in strutture non ubicate nel territorio della USL che invia i dati ed il relativo controllo.

Posizione della prestazione rispetto alla compensazione(Compensa), campo 22 dell'archivio SPA2: 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. Si ricorda che per la prestazione che risulta non soggetta a compensazione deve essere inserito il valore 0 (zero) nel suddetto campo.

I valori ammessi sono 0= non soggetto a compensazione, 1 = soggetto a compensazione. In particolare se **Tipopr** = 8 unico valore ammesso 0, se **Convenzione** = 1 unico valore ammesso 0, se **Regresu** (archivio spa1) = 999 unico valore ammesso 0, se **Accesso** (archivio spa1) = 05, 07 , 08, 11, 12 unico valore ammesso 0, se **Finalità** (archivio spa1) = 20 unico valore ammesso 0.

Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale (Tipoverog), campo 23 dell'archivio SPA2: se **Accesso** è diverso da 11 = libera professione "intra moenia" unico valore ammesso 00 altrimenti 03 = prestazione erogata da medico specialista dipendente, 08 = prestazione erogata da medico specialista convenzionato interno, 99 = altro.

2.8.5 Campi di particolare attenzione

Codice catalogo (Codcatalogo), campo 15 dell'archivio 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).

Allegato B

L'art. 50 della Legge 326/2003 e l'accordo Stato-Regioni in corso di definizione prevedono, ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa ex post, l'obbligatorietà della trasmissione dei campi **Tipocontatto e Priorita** verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Tipologia del contatto, (Tipocontatto), campo 19 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere indicato se, per le prestazioni ambulatoriali specificate nella D.G.R. 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni, si tratta di un primo contatto o contatti successivi, in termini di primo accesso rispetto a successivi controlli. Per le prestazioni ambulatoriali *non* specificate nella D.G.R. 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni i valori ammessi sono primo contatto o contatti successivi oppure 0.

Le tipologie di contatto previste sono descritte nella delibera 493/2011 "Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010/2012, di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23/12/2005 n. 266 siglata in data 28 ottobre 2010 : approvazione del Piano Regionale per il governo delle liste di attesa." e successive modifiche e integrazioni, all'allegato A sezione Glossario.

Ricetta suggerita (Ricsug), campo 23 dell'archivio 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.

Importo totale netto relativo alle prestazioni erogate e soggette a compensazione (Imprest), campo 28 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere riportato l'importo netto relativo alle prestazioni erogate e soggette a compensazione.

Considerando solo i record dell'archivio SPA2 collegati relazionalmente al record dell'archivio 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 **Impctick** (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).

Codice identificativo dell'utente europeo (CodIdleUteEurop), campo 36 dell'archivio SPA1: in questo campo, per i soggetti appartenenti agli stati dell'unione europea, deve essere riportato il codice identificativo dell'utente rilasciato dall'istituzione estera che ne garantisce l'assistenza sanitaria; la dimensione di questo campo è pari a 20, ma non è detto che tutte le diverse istituzioni europee utilizzino integralmente questo campo; infatti ad esempio l'Italia ne utilizza solo 16 posizioni. In tali casi trattandosi di campo carattere va allineato a sinistra lasciando le posizioni non utilizzate a destra vuote. Ovviamente tale campo va riempito solo per i soggetti appartenenti agli stati dell'unione europea. Nel caso in cui per uno di tali soggetti non è presente il codice identificativo dell'utente europeo, il campo deve essere riempito con 20 zeri; per tutti gli altri soggetti invece lasciare il campo vuoto.

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B**2.8.6 Criteri per la determinazione delle quote informative attribuite dalla Regione**

Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati (Codusl), campo 92 dell'archivio SPA1: 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 dell'utente (Regpag) e codice dell'Azienda USL di residenza dell'utente (Uslpag), campi 93 e 94 dell'archivio SPA1.

Se il record non presenta errori nei campi relativi alla residenza dell'utente (regione, provincia, comune e usl), i campi **Regpag** e **Uslpag** riporteranno i seguenti codici, attribuiti dalle procedure regionali:

Regpag: in tale campo è riportato il codice della regione di residenza dell'utente desunto dal valore contenuto nel campo **Regresu**;

Uslpag: in tale campo è riportato il codice dell'Azienda USL di residenza dell'utente desunto dal valore contenuto nel campo **Uslresu** se la regione di residenza è la Toscana, altrimenti è riportato il codice 000 (3 zeri).

Se il record presenta errori di contenuto o di coerenza nei campi relativi alla residenza dell'utente: (regione, usl, provincia e comune), l'attribuzione del gruppo ricetta non risulta univoca. In tal caso si controlla l'esistenza del Codice ISTAT del Comune (campi **Provincia di residenza dell'utente** e **Comune di residenza dell'utente**) nella tabella dei codici dei Comuni italiani messa a disposizione dalla Regione Toscana. In mancanza del codice del Comune nella suddetta tabella, si controlla il valore contenuto nel campo **Regione di residenza dell'utente**. In particolare l'attribuzione della residenza dell'utente è effettuata gerarchicamente in base ai seguenti criteri:

- Codice ISTAT del Comune (campi **Provincia di residenza dell'utente** e **Comune di residenza dell'utente**) esistente nella tabella dei codici dei Comuni
- i record che hanno, nei campi **Provincia di residenza dell'utente** + **Comune di residenza dell'utente**, un codice ISTAT riconducibile ad un comune toscano, sono attribuiti all'Azienda USL nella quale è compreso il comune segnalato, e pertanto i campi **Regpag** e **Uslpag** riporteranno i seguenti valori:

Regpag in tale campo è riportato il codice 090

Uslpag in tale campo è riportato il codice dell'Azienda USL toscana (101-112) nella quale è compreso il Comune segnalato;

- i record che hanno, nei campi **Provincia di residenza dell'utente** + **Comune di residenza dell'utente**, un codice ISTAT riconducibile ad un comune non toscano, sono attribuiti alla Regione nell'ambito della quale è compreso il Comune segnalato, pertanto i campi **Regpag** e **Uslpag** riporteranno i seguenti valori:

Regpag in tale campo è riportato il codice della Regione ricavato dalla tabella dei codici dei Comuni italiani

Uslpag in tale campo è riportato il codice 000 (3 zeri);

- per i record che hanno nei campi **Provincia di residenza dell'utente** + **Comune di residenza dell'utente** un codice riconducibile ad uno Stato straniero, i campi **Regpag** e **Uslpag** riporteranno i seguenti valori:

Regpag in tale campo è riportato il codice 999

Uslpag in tale campo è riportato il codice 999

Allegato B

- Codice ISTAT del Comune (campi **Provincia di residenza dell'utente** e **Comune di residenza dell'utente**) non esistente nella tabella dei codici dei Comuni o non compilato
- per i record che hanno, nei campi **Provincia di residenza dell'utente** + **Comune di residenza dell'utente**, un codice errato, si verifica il codice inserito nel campo **Regione di residenza dell'utente**:
- per i record che hanno nel campo **Regione di residenza dell'utente** il codice 090 che nelle tabelle d'appoggio individua la Regione Toscana, e nel campo **Usl di residenza dell'utente** un codice compreso tra 101 e 112, che nelle tabelle d'appoggio individuano le Aziende sanitarie della Regione Toscana, i campi **Regpag** e **Uslpag** riporteranno i seguenti valori:
 - **Regpag** in tale campo è riportato il codice 090
 - **Uslpag** in tale campo è riportato il codice dell'Azienda USL toscana di residenza dell'utente (101-112)
- per i record che hanno nel campo **Regione di residenza dell'utente** il codice 090, e nel campo **Usl di residenza dell'utente** un valore diverso da 101-112, i campi **Regpag** e **Uslpag** riporteranno i seguenti valori:
 - **Regpag** in tale campo è riportato il codice 090
 - **Uslpag** in tale campo è riportato il codice 888 (non attribuibile);
- per i record che hanno nel campo **Regione di residenza dell'utente** un codice diverso da quello della Regione Toscana (090), ma ammesso (altre Regioni italiane), i campi **Regpag** e **Uslpag** riporteranno i seguenti valori:
 - **Regpag** in tale campo è riportato il codice relativo alla Regione di residenza (010-200)
 - **Uslpag** in tale campo è riportato il codice 000;
- per i record che hanno nel campo **Regione di residenza dell'utente** il codice 999 (stranieri), i campi **Regpag** e **Uslpag** riporteranno i seguenti valori:
 - **Regpag** in tale campo è riportato il codice 999
 - **Uslpag** in tale campo è riportato il codice 999;
- Codice ISTAT del Comune (campi **Provincia di residenza dell'utente** e **Comune di residenza dell'utente**) non esistente nella tabella dei codici dei Comuni o non compilato e codice della Regione di residenza errato o non compreso tra i valori ammessi per tali record i campi **Regpag** e **Uslpag** riporteranno i seguenti valori:
 - **Regpag** in tale campo è riportato il codice 888
 - **Uslpag** in tale campo è riportato il codice 888;

Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (certMEF), campo 95 dell'archivio SPA1: il campo può assumere i seguenti valori: 0=ID utente da sottoporre al MEF; 1=ID utente certificato MEF; 2= ID utente non certificato MEF; 9= ID non presente in anagrafe regionale.

Allegato B**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.

I tracciati degli archivi che devono essere inviati dalla Regione Toscana alle Aziende sanitarie presentano praticamente la stessa serie di informazioni a quelle viste per gli archivi trasmessi in Regione Toscana e in parte una serie di informazioni diverse. L'unica differenza è dovuta al fatto che la colonna denominata **Note** è sostituita con la colonna **Controlli**.

In questa ultima colonna sono esplicitati in modo sintetico i controlli effettuati dalle procedure regionali relativamente a ciascun campo contenuto nel tracciato record ed ivi indicato il tipo di errore attribuibile al campo, nel caso in cui il valore in esso contenuto non fosse corretto, ed agli eventuali campi collegati con il campo medesimo.

2.10 Tracciati record in vigore dal 01/01/2012**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	1	Valore ammesso: 1 = record appartenente all'archivio principale	2 (Flagtot= 9)	
2	Opera	Tipo operazione	C	2-2	1	Valori ammessi: 1 = invio del record 3 = sostituzione 4 = eliminazione	2 (Flagtot= 9)	

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
3	Chiave	Chiave	C	3-12	10	<p>Si precisa che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per i record inviati per la prima volta, unico valore ammesso 1 - per i record inviati in sostituzione di record già presenti nel consolidato regionale, unico valore ammesso 3, - per i record inviati in cancellazione di record già presenti nel consolidato regionale, unico valore ammesso 4. <p>Deve essere inserito un valore univoco a livello Aziendale che permette il collegamento del record dell'archivio principale (Tipologia del record = 1) con i corrispondenti record dell'archivio dettaglio (Tipologia del record = 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 (Flagto= 9)	
4	Tipoindu	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	13-13	1	<p>Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 = soggetto munito di codice fiscale 3 = soggetto straniero temporaneamente presente in Italia (STP) 4 = anonimo 5 = cittadino straniero dell'unione europea con tessera sanitaria europea o documento equipollente; questo valore comporta la compilazione del campo CodIdeUteEurop 6= altra tipologia di identificazione per soggetti non appartenenti alle categorie sopra individuate <p>Controlli fino al 30/06/2012:</p> <p>Se il valore è 1 si verifica la presenza, nel campo Codindu, del codice fiscale dell'utente o alternativamente nel campo IDutente, dell'identificativo univoco dell'utente .</p> <p>Se il valore è 3 si verifica che il valore del campo Regresu sia pari a 999 e che nel campo Codindu sia riportato il codice STP o alternativamente nel campo IDutente, dell'identificativo univoco dell'utente.</p> <p>Se il valore è 4 si verifica che il Codindu , sia riempito con 16 zeri o alternativamente il campo IDutente sia vuoto.</p> <p>Se il valore è 5 si verifica che il valore del campo Regresu sia pari a 999 e che il campo Codindu dell'archivio SPA1 sia riempito con 16 zeri o alternativamente che nel campo IDutente, la presenza dell'identificativo univoco dell'utente.</p> <p>Se il valore è 3 o 5 si verifica che il valore del campo Regresu sia pari a 999.</p> <p>Controlli dal 01/07/2012:</p> <p>Se il valore è 1, 3 o 5 si verifica la presenza nel campo IDutente, dell'identificativo univoco dell'utente.</p> <p>Se il valore è 4 si verifica che il IDutente sia vuoto.</p> <p>Se il valore è 6 si verifica che il IDutente sia vuoto.</p> <p>Se il valore è 3 o 5 o 6 si verifica che il valore del campo Regresu sia pari a 999.</p>	2	Controllo modificato
5	Codindu	Codice individuale dell'utente	C	14-29	16	<p>Valori ammessi:</p> <p>Se Tipoindu = 1, inserire il codice fiscale dell'utente, in questo caso si verifica che il contenuto abbia le seguenti caratteristiche: primi 6 caratteri alfabetici, settimo e ottavo</p>	2	Utilizzabili fino al 30 giugno

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
6	IDutente	Identificativo Univoco dell'utente	C	30-53	24	<p>numerici, non alfabetico, decimo ed undicesimo numerici, dodicesimo e sedicesimo alfabetici.</p> <p>Se Tipoindu = 3, inserire il codice STP.</p> <p>Se Tipoindu = 4 o 5, riempire il campo con 16 zeri.</p> <p>Se Tipoindu = 6 utilizzare una forma di codifica compatibile con la dimensione del presente campo.</p> <p>Il valore del campo deve essere corretto e coerente con i valori contenuti nel campo Tipoindu.</p> <p>Si precisa che fino al 30/06/2012 è ammesso l'utilizzo alternativo di Codice Fiscale o Identificativo Univoco dell'utente.</p> <p>Si precisa che nel caso in cui sia compilato sia il campo Codindu che il campo IDutente il record sarà scartato (Flagtot=9).</p> <p>Dal 01/07/2012 sarà ammessa la compilazione esclusivamente dell'Identificativo Univoco dell'utente, pertanto questo campo dovrà essere lasciato vuoto (Flagtot=9).</p> <p>In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco del soggetto composto da 24 caratteri.</p> <p>Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana per i soggetti già presenti nell'anagrafe sanitaria, mentre nel caso di soggetti non ancora presenti il soggetto deve essere censito tramite la RFC 85.</p> <p>Se Tipoindu = 1 il valore immesso deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p> <p>Se Tipoindu = 4 o Tipoindu = 6 non è richiesta la compilazione di questo campo (vuoto)</p>	2	Nuovo Obbligatorio dal 1 luglio 2012
7	Sexu	Sesso dell'utente	C	54-54	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>1 = maschio</p> <p>2 = femmina</p>	1	
8	Datanasc	Data di nascita dell'utente	D	55-62	8	<p>Valori ammessi: ggmmaaaa</p> <p>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.</p> <p>La data riportata deve essere minore rispetto alla data riportata in Dataini e alla data riportata in Datafine.</p>	2	
9	Cittu	Cittadinanza dell'utente	C	63-65	3	<p>Valori ammessi:</p> <p>100 = italiana</p>	1	

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
10	Regresu	Regione di residenza dell'utente	C	66-68	3	<p>Nel caso di utenti con cittadinanza straniera inserire il codice ISTAT dello Stato straniero di appartenenza (tabella stati messa a disposizione sui NAL) 999 = apolide</p> <p>Valori ammessi: Nel caso di utenti residenti in Italia, utilizzare il codice ministeriale delle Regioni italiane, come da tabella messa a disposizione sui NAL 999 = utenti non residenti in Italia Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi Proresu, Comresu e Uslresu</p>	2	
11	Proresu	Provincia di residenza dell'utente	C	69-71	3	<p>Valori ammessi: Nel caso di utenti residenti in Italia, inserire il codice ISTAT delle Province italiane, come da tabella messa a disposizione sui NAL 999 = utenti non residenti in Italia Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi Regresu, Comresu e Uslresu</p>	2	
12	Comresu	Comune di residenza dell'utente	C	72-74	3	<p>Valori ammessi: Nel caso di utenti residenti in Italia, inserire il codice ISTAT dei Comuni italiani, come da tabella messa a disposizione sui NAL Nel caso di utenti non residenti in Italia inserire il codice ISTAT dello Stato straniero di residenza, come da tabella messa a disposizione sui NAL 999 = apolide Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi Proresu, Regresu e Uslresu</p>	2	
13	Uslresu	Usl di residenza dell'utente	C	75-77	3	<p>Valori ammessi: Nel caso di utenti residenti in Italia, inserire il codice ministeriale delle USL italiane, come da tabella messa a disposizione sui NAL Nel caso di utenti non residenti in Italia inserire il codice ISTAT dello Stato straniero di residenza, come da tabella messa a disposizione sui NAL 999 = apolide Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi Proresu, Comresu e Regresu</p>	2	
14	Azienda	Azienda sanitaria Erogatrice	C	78-80	3	<p>Valori ammessi: Codice ministeriale dell'Azienda Sanitaria toscana presso la quale l'utente ha svolto la procedura di accettazione. Ai fini compensativi risulta essere l'azienda di erogazione.</p>	2 (Flagto!= 9)	
15	Tipologia_erog	Tipologia erogatore	C	81-81	1	<p>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</p>	2	Nuovo

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
16	Accesso	Modalità di accesso alla prestazione	C	82-83	2	<p>Valori ammessi:</p> <p>01 = Prescrizione su ricettario SSN</p> <p>02 = Prescrizioni su ricettario diverso da SSN</p> <p>03 = Accesso diretto</p> <p>04 = Pronto Soccorso a cui non consegue il ricovero</p> <p>05 = Pre - Ricovero</p> <p>07 = Post - Ricovero</p> <p>08 = Chiamata per iniziativa Aziendale</p> <p>11 = Libera professione "intra moenia"</p> <p>12 = Altro accesso senza oneri per il SSN</p> <p>In particolare:</p> <p>il codice 02 deve essere utilizzato per le prescrizioni su ricettari previsti da atti regionali come ad esempio il ricettario regionale per la gravidanza fisiologica;</p> <p>il codice 03 deve essere utilizzato per indicare gli accessi senza prescrizione per le prestazioni previste dalla DGR 493/2004 e successive integrazioni o modificazioni;</p> <p>il codice 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.</p> <p>I record con Accesso = 05, 07, 08, 11, 12 non devono essere messi in compensazione.</p> <p>Nel caso di una ricetta SSN con due prestazioni di cui una erogata in SSN e una in libera professione, nel flusso saranno registrate due SPA1: una con Accesso = 01 per la sola prestazione erogata in SSN e una con Accesso = 11 per la prestazione erogata in libera professione.</p>	2	Cambiata la modalità di compilazione ed eliminazione codici
17	Finalità	Finalità della prestazione	C	84-85	2	<p>Valori ammessi:</p> <p>10 = prestazioni di screening oncologico</p> <p>20 = prestazioni per donazione</p> <p>40 = prestazioni di procreazione medicalmente assistita</p> <p>50 = prestazioni afferenti al percorso CORD</p> <p>00 = altro</p> <p>Se è inserito il valore 10 si verifica che nel campo Accesso sia inserito il valore 08.</p>	1	Controllo-compilazione
18	Priorità	Codice di priorità di accesso	C	86-86	1	<p>Le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali di <i>primo contatto</i>, specificate nella D.G.R. 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>	2	Spostato da Spa2 e cambiata modalità di compilazione

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
19	Tipocontatto	Tipologia del contatto	C	87-87	1	<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>Per le prestazioni ambulatoriali specificate nella D.G.R. 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni i valori ammessi sono:</p> <p>1 = primo contatto (primo accesso)</p> <p>2 = contatto successivo al primo (accesso successivo)</p> <p>Altrimenti per le prestazioni ambulatoriali <i>non</i> specificate nella D.G.R. 493/2011 e successive modifiche ed integrazioni i valori ammessi sono: 1, 2 (descritti sopra) oppure 0.</p>	2	Spostato da Spa2
20	Ricetta	Codice della ricetta	C	88-103	16	<p>Si evidenzia come la rilevazione del codice della ricetta risponda ad un preciso adempimento delle disposizioni contenute nell'art. 50 del d.l. 30/9/2003 n. 269 e successive integrazioni, oltre ovviamente a consentire la identificazione certa del medico prescrittore.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>se Accesso = 01, unico valore ammesso codice della ricetta SSN,</p> <p>se Accesso = 05 o 07 con prescrizione su ricettario SSN, unico valore ammesso codice della ricetta SSN,</p> <p>negli altri casi unico valore ammesso 0000000000000000 (16 zeri).</p> <p>Il valore del campo deve essere corretto e coerente con il valore contenuto nel campo Accesso.</p> <p>Per Accesso = 01 viene verificato che il contenuto del campo sia univoco ovvero che non siano presenti nell'insieme delle ricette inviate dall'azienda altri record con Accesso = 01 e medesimo codice ricetta.</p> <p>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. Nel caso in cui un medesimo codice ricetta sia inviato da più aziende, RT accoglie tutti i record.</p> <p>Il controllo formale effettuato verifica che: nelle posizioni dalla 1° alla 3° devono essere presenti uno dei valori riportati nell'allegato 11 del disciplinare (ovvero un codice regione o ente SASN), in 4° e 5° posizione deve essere riportato l'anno a due cifre, il valore riportato non deve essere superiore all'anno di invio dei dati e non inferiore all'anno 2003; nelle posizioni dalla 6° alla 15° devono essere presenti numeri la cui somma deve essere diversa da 0. 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>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 Opera =4 il record di SPA1 con stessa Chiave e stessa Ricetta e successivamente rinviarlo con Opera=1 con stessa Chiave e campo Ricetta</p>	2 (flagtot->9)	Controllo

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
21	DataPres	Data di prescrizione della ricetta	D	104-111	8	modificato. Deve essere inserita la data nella quale il medico prescrittore compila la ricetta con la prescrizione della prestazione. Se Accesso = 01 valori ammessi ggmmaaaa, la data riportata dovrà essere minore o uguale rispetto alla data contenuta in Dataini e i Datafine dell'archivio SPA2. Se Accesso = 01 in caso di data mancante sulla ricetta riportare 8 zeri. Se Accesso <> 01 il campo non deve essere compilato (vuoto)	1	
22	DataSped	Data di spedizione della ricetta	D	112-119	8	Si intende la data nella quale la ricetta viene consegnata dall'utente ad una struttura per attivare il processo di accesso al servizio richiesto: Se Accesso = 01, valori ammessi ggmmaaaa, la data riportata deve essere maggiore o uguale di quella contenuta in DataPres e minore o uguale rispetto alla data contenuta in Dataini e i Datafine dell'archivio SPA2. Se Accesso <> 01 il campo non deve essere compilato (vuoto).	1	
23	RicSug	Ricetta suggerita	C	120-121	2	Indicare se la ricetta è stata suggerita al prescrittore. Se Accesso = 01 i valori ammessi sono: 01= suggerita 02= altro 03= non rilevato Se Accesso <> 01 il campo non deve essere compilato (vuoto).	1	
24	Codfispmp	Codice fiscale del medico proponente	C	122-137	16	Valori ammessi: Se Accesso = 01 o 02 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 Se Accesso <> 01 e <> 02 inserire 16 zeri Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo Accesso.	1	
25	Tipomp	Tipologia del medico proponente	C	138-139	2	Se Accesso = 01 o 02 i valori ammessi sono riportati nella tabella "Tipo_specializzazione" messa a disposizione sui NAL. Se Accesso <> 01 o Accesso <> 02 unico valore ammesso 00.	1	Eliminati codici e modificati o validatori rispetto Accesso
26	Totprest	Numero totale delle prestazioni Erogate	N	140-142	3	Valori ammessi: Inserire il valore ottenuto dalla somma dei valori contenuti campo Numacc dell'archivio SPA2 relativo alle prestazioni collegate relazionalmente al record dell'archivio principale.	2	
27	NumPrestEff	Numero della	N	143-144	2	Riportare il numero di record di spa2. Per le prestazioni senza ricetta porre il campo a	2	

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
28	Imprest	prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	E	145-152	8	vuoto. Se Accesso = 01 indicare il numero di record di SPA2 Se Accesso <> 01 il campo non deve essere compilato (vuoto). Si ricorda che le prestazioni a ciclo in questo campo vanno considerate come unica prestazione, senza considerare i diversi cicli in cui si articolano. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore di campo Accesso. Valori ammessi: Importo in euro. In tale campo deve essere inserito, solo per i record di SPA2 collegati relazionalmente e con Compensa = 1, l'importo ottenuto dalla differenza tra la somma dei valori contenuti nel campo Lordo dell'archivio SPA2 ed il valore contenuto in Imptick dell'archivio SPA1. Se la differenza risultasse negativa inserire 8 zeri. Si ricorda che in questo campo non vanno computati i valori presenti nei campi Quoric quota ricetta e QuotACPS quota accesso al pronto soccorso.	2	
29	Imptick	Totale ticket dovuto dall'utente	E	153-160	8	Valore ammesso: Importo 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 Esentick identifica un soggetto non esente, il campo Imptick deve contenere l'importo pagato dall'utente che accede la quota, secondo normativa vigente, di accesso al pronto soccorso (QuotAcPS). Se Accesso = 01, si controlla che il valore indicato sia minore o uguale a un valore SOGLIA, descritto al paragrafo 2.8.4, dipendente dal campo NumprestEff SPA1 e dalle branche di appartenenza delle prestazioni erogate. se Accesso = 01 e Esentick identifica un soggetto non esente allora Imptick > 00000,00; se Accesso = 01 e Esentick identifica un soggetto esente allora Imptick >= 00000,00. In entrambi i casi il campo Imptick dovrà essere minore o uguale ad un importo SOGLIA.	2	Controllo
30	Esentick	Tipologia dell'esenzione dal ticket	C	161-162	2	In questo campo deve essere indicato se il soggetto è non esente e se esente la tipologia di esenzione. I valori ammessi sono riportati nella tabella "esentick_spa" messa a disposizione sui NAL	2	Spostato da Spa2
31	Codese	Codice esenzione	C	163-168	6	Nel caso in cui il campo Esentick identifica un soggetto non esente inserire il valore 000000 (6 zeri) altrimenti i valori ammessi sono riportati nel campo "stampa" della tabella "esenzioni" messa a disposizione sui NAL. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo Esentick.	2	Spostato da Spa2 e cambiata lunghezza, cambiata

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
32	FE_Quoric	Fascia economica per quota ricetta	C	169-170	2	In questo campo deve essere indicata la fascia economica dichiarata per la determinazione della quota ricetta applicata. Valori ammessi: se Imptick > 00000,00 valori ammessi come da specifica tabella di supporto "fasciaeconomica_QR" messa a disposizione nei NAL; se Imptick = 00000,00 unico valore ammesso 00	2	Nuovo
33	Quoric	Quota ricetta	E	171-178	8	Inserire l'importo in euro del ticket aggiuntivo sulla ricetta 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	2	Controllo
34	QuotAcPS	Quota accesso al pronto soccorso	E	179-186	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 Accesso <> 04 compilare con 00000,00 altrimenti unico valore ammesso 00025,00.	2	Valori ammessi
35	IstiCompEurop	Istituzione competente Europea	C	187-214	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 Tipoindu = 5 e Regresu = 999 compilare con il codice della istituzione competente che garantisce la copertura sanitaria dell'utente, in caso di irreperibilità dell'informazione apporre 28 zeri; altrimenti lasciare il campo non compilato (vuoto).	1	
36	CodIdeUteEurop	Codice identificativo dell'utente europeo	C	215-234	20	Il campo deve essere compilato in caso di utente assicurato da istituzione dell'Unione Europea. Valori ammessi: se Tipoindu = 5 e Regresu = 999 riportare il codice identificativo dell'utente assicurato da una istituzione della Unione Europea se il paziente è privo della idonea documentazione apporre 20 zeri; altrimenti lasciare il campo non compilato (vuoto).	1	
37	CodIdeDocuEurop	Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	235-254	20	Il campo deve essere compilato in caso di utente assicurato da istituzione dell'Unione Europea. Valori ammessi: se Tipoindu = 5 e Regresu = 999 compilare con il codice identificativo della tessera	1	

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
38	CodStatDocuEurop	Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	255-257	3	<p>europea di assicurazione malattia, in caso di irreperibilità apporre 20 zeri; altrimenti lasciare il campo non compilato (vuoto).</p> <p>Codice ISTAT dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce la copertura dell'assistenza sanitaria</p> <p>Valori ammessi: Se Tipound = 5 e Regresu = 999 compilare con il codice ISTAT dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce la copertura dell'assistenza sanitaria; altrimenti lasciare il campo non compilato (vuoto).</p>	1	
39	DataScadDocuEurop	Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	D	258-265	8	<p>Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia.</p> <p>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</p> <p>Se Accesso = 01, inserire ggmmaaaa</p> <p>Se Accesso <> 01 il campo non deve essere compilato (vuoto).</p>	1	
40	BiffaStampaEt	Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	266-266	1	<p>Riportare l'informazione alla ricetta stampata mediante un sistema informatico.</p> <p>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.</p> <p>Se Accesso = 01 i valori ammessi sono: 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"</p> <p>Se Accesso <> 01 il campo non deve essere compilato (vuoto).</p>	1	
41	Tipoassist	Tipologia di assistenza	C	267-268	2	<p>01= assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno 02= assistiti SASN con visita ambulatoriale 03= assistiti SASN con visita domiciliare 04= assistiti da istituzioni estere 05= assistito SASN extraeuropeo 99= altra tipologia di assistenza</p>	1	
42	Dservice	Day_service	C	269-269	1	<p>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.</p> <p>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</p> <p>Il codice 4 è da utilizzare solo nel caso in cui il percorso di day service sia contenuto in un'unica ricetta.</p> <p>Il codice 2 identifica tutte le ricette intermedie del percorso che, a parità di identificativo</p>	2	Nuovo

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
						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 .		
43	PACC	Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	C	270-272	3	In questo campo viene indicato il PACC (Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) attivato. I valori ammessi sono riportati nella tabella "PACC" messa a disposizione sui NAL	2	Nuovo
44	Patpres	Codice della patologia presunta	C	273-277	5	Patologia dell'utente, per la quale è stata richiesta la prestazione; in particolare si rileva sia la patologia presunta e che accertata segnalata in ricetta Valori ammessi: Codice ICD9 tabella messa a disposizione sui NAL 00000 = non rilevato	1	Spostato da Spa2
45	ICD9	Codice della patologia accertata	C	278-282	5	Valori ammessi: Codice ICD9 tabella messa a disposizione sui NAL 99999 = nessuna patologia accertata 00000 = non rilevato	1	Spostato da Spa2

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	1	Valori ammessi: 2 = record appartenente all'archivio dettaglio	2 (Flagtot=9)	
2	Chiave	Chiave	C	2-11	10	Valore univoco a livello Aziendale che permette il collegamento del record dell'archivio principale (tipologia del record = 1) con i corrispondenti record dell'archivio dettaglio (tipologia del record = 2) Il valore del campo deve essere univoco, a livello Aziendale e deve esistere almeno un valore identico nel campo 3 dell'archivio SPAI	2 (Flagtot=9)	
3	Usl_strutt_ero g	Usl del presidio erogatore prestazione	C	12-14	3	Valori ammessi: Codice ministeriale dell'Azienda Sanitaria toscana della struttura che effettivamente ha erogato la prestazione.	2	Nuovo
4	Presidio	Codice del presidio Erogatore	C	15-20	6	Valori ammessi: deve essere inserito il codice STS.11 relativo al presidio che provvede effettivamente alla erogazione della prestazione, come da tabella messa a disposizione sui NAL. Si precisa che nel caso di prestazioni erogate a domicilio o presso locali privati da parte di personale	2	Controllo

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
						SSN, deve essere inserito il codice STS.11 del presidio che è funzionalmente responsabile dell'erogazione della prestazione.		
5	Speciali	Specialità di erogazione	C	21-23	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: ultime due posizioni del campo "cod_specialita" della tabella di supporto "specialita" sui NAL.	1	
6	Reparto	Progressivo della specialità di erogazione	C	24-25	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, unico valore ammesso 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	26-27	2	Valori ammessi: In tale campo deve essere inserito il codice della disciplina che qualifica la prestazione erogata. I codici da utilizzare sono gli ultimi due caratteri dei valori presenti nel campo "cod_specialita" della tabella di supporto "specialita" sui NAL che hanno carattere iniziale 0.	1	Cambiata lunghezza validi solo i codici ministeriali
8	Dataini	Data di INIZIO erogazione della prestazione/ Somministrazione prodotto	D	28-35	8	Regole di compilazione: Se Tipopr = 1 e la prestazione specialistica non è articolata in cicli deve essere inserita la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo Datafine. Nel caso di prestazione specialistiche articolate in cicli, 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. Pertanto nel campo Dataini deve essere registrata la data effettiva di erogazione della prima prestazione del ciclo, mentre nel campo Datafine 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 Dataini, può non essere ricompresa nel mese di riferimento. Se Tipopr = 8 deve essere inserita la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo Datafine. Se Tipopr = 5 (prestazioni di medicina sportiva) deve essere inserita la data di rilascio della certificazione medico sportiva. e questa deve coincidere con la data presente nel campo	2	

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
9	Datafine	Data di FINE erogazione della prestazione/ Somministrazione prodotto	D	36-43	8	<p>Datafine.</p> <p>Se Tipopr = 4 (Emocomponenti), nel campo Dataini deve essere inserita la data della prima prestazione erogata nel mese di riferimento, mentre nel campo Datafine 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>Valore ammessi: ggmmaaaa</p> <p>Se Tipopr = 1 e la prestazione specialistica non è articolata in cicli, deve essere inserita la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo Dataini</p> <p>Nel caso di prestazione specialistiche articolate in cicli, 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. Pertanto nel campo Dataini deve essere registrata la data effettiva di erogazione della prima prestazione del ciclo, mentre nel campo Datafine la data dell'ultima prestazione erogata, data che quindi coincide con la chiusura del ciclo e che deve essere compresa nel mese di riferimento. In tal senso la data indicata nel campo Dataini, può non essere ricompresa nel mese di riferimento.</p> <p>Se Tipopr = 8 deve essere inserita la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo Dataini.</p> <p>Se Tipopr = 5 (prestazioni di medicina sportiva) deve essere inserita la data di rilascio della certificazione medico sportiva.</p> <p>Se Tipopr = 4 (Emocomponenti), nel campo Dataini deve essere inserita la data della prima prestazione erogata nel mese di riferimento, mentre nel campo Datafine 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>Valore ammessi: ggmmaaaa</p>	2 (Flagto=9)	
10	Contatto	Data di primo contatto per la richiesta della prestazione	D	44-51	8	<p>Il campo deve essere compilato per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (Tipopr=1), medicina dello sport (Tipopr=5) e di specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale (Tipopr=8).</p> <p>Il valore riportato deve essere la data in cui l'utente ha richiesto la prestazione e quindi non superiore alle date di erogazione (Dataini e Datafine).</p> <p>Nel caso in cui la prestazione non necessita di prenotazione la data coincide con la data di erogazione.</p> <p>Valori ammessi: ggmmaaaa</p>	2	Controllo

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
11	ScelUte	Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	52-52	1	Se Tipopr = 4 deve essere inserito il valore 00000000 (otto zeri) In questo campo deve essere rilevata l'informazione inerente la scelta dell'utente rispetto alla prima data disponibile proposta alla prenotazione. Se Tipopr = 1 o 5 o 8 i valori ammessi sono: 1 = l'utente non ha effettuato nessuna scelta 2 = l'utente ha scelto una data diversa dalla prima disponibilità. altrimenti 9.	2	Valori ammessi
12	Dataprenotabil e	Data prenotabile o di prima disponibilità	D	53-60	8	Il campo deve essere compilato per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (Tipopr=1), medicina dello sport (Tipopr=5) e di specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale (Tipopr=8); deve contenere una data valida e superiore o uguale alla data di contatto (Contatto) e inferiore o uguale alle date di erogazione (Dataini e Datafine). Nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione la data coincide con la data di erogazione. Valori ammessi: ggmmaaaa Se Tipopr = 4 deve essere inserito il valore 00000000 (otto zeri) Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi Tipopr, Contatto, Dataini e Datafine.	1	
13	Tipopr	Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	61-61	1	In questo campo deve essere indicata la tipologia di prestazione erogata. Le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, previste dal nomenclatore tariffario regionale, di cui alla deliberazione G.R. n. 229 del 3/3/97, e successive integrazioni e modificazioni devono essere registrate con il codice 1 in questi casi in Codpres devono essere inseriti i codici previsti dal nomenclatore tariffario regionale. Valori ammessi: 1 = Prestazione specialistica ambulatoriale 4 = Emocomponenti 5 = Prestazione per la medicina dello sport 8 = Prestazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale	2	Valori ammessi
14	Codpres	Codice della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	62-71	10	In questo campo devono essere inseriti i codici delle prestazioni erogate in conformità con quanto dichiarato nel campo Tipopr e secondo quanto previsto nella tabella "prestazioni" messa a disposizione sui NAL. Ed in particolare: se Tipopr = 1, inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale del nomenclatore (delibera G.R. 229 del 3/3/97 allegato A, e successive modifiche ed integrazioni); se Tipopr = 4, inserire il codice dell'emocomponente (delibera G.R. n. 1152 del 13/10/97 allegato C) somministrato all'utente; se Tipopr = 5, inserire il codice della certificazione medico sportiva (delibera G.R. n. 667 del 16/6/97); se Tipopr = 8, inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale non prevista	2	

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
15	Codcatalogo	Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni	C	72-81	10	<p>nel nomenclatore regionale.</p> <p>Valori ammessi: tabella "prestazioni" messa a disposizione sui NAL.</p> <p>Valori ammessi: Se Tipopr = 1, inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale del catalogo unico regionale Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo se Tipopr e Codpres</p>	2	
16	Branca	Codice della branca della prestazione erogata	C	82-82	1	<p>Valori ammessi: se Tipopr = 1, inserire il codice della effettiva branca di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale. I valori ammessi sono quelli individuati nel Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, di cui alla deliberazione G.R. n. 229/97 e successive integrazioni e modificazioni. Si specifica che deve essere utilizzato il carattere maiuscolo per l'individuazione del singolo codice da adottare. Per le prestazioni, indicate nel Nomenclatore tariffario regionale come appartenenti a più branche specialistiche (cosiddetta prestazione multibranca/branche omologhe), 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 il Tipopr = 8 inserire il codice della effettiva branca di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore. se Tipopr < 1 o Tipopr < 8: unico valore ammesso 0 (zero).</p>	1	Compilazione
17	Numacc	Numero degli accessi alla Prestazione/somministrazione prodotto	N	83-85	3	<p>Valori ammessi: se Tipopr = 1 e la prestazione erogata non è una prestazione a ciclo unico valore ammesso 001 se Tipopr = 5 o 8, unico valore ammesso 001. se Tipopr = 1 e la prestazione erogata è una prestazione a ciclo, 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 Tipopr = 4, deve essere inserito il numero totale degli accessi effettuati dall'utente presso il presidio erogatore della prestazione.</p>	2	
18	Quantuni	Numero di prestazioni effettivamente erogate/quantità unitarie di prodotto somministrato	N	86-91	6	<p>Valori ammessi: se Tipopr = 1 e la prestazione erogata non è una prestazione a ciclo, deve essere inserito il valore 001,00 se Tipopr = 5 o 8, deve essere inserito il valore 001,00. se Tipopr = 1 e la prestazione erogata è una prestazione a ciclo, deve essere inserito il numero di prestazioni effettivamente erogate, pertanto il valore ammesso deve avere nelle prime tre cifre la quantità totale di prestazioni erogate, la quarta corrisponde alla virgola decimale e le ultime due contengono 2 zeri. Tale valore non deve superare il numero massimo di prestazioni previste per il relativo ciclo terapeutico.</p>	2	

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
19	Tariffa	Tariffa della prestazione erogata/costo unitario del prodotto somministrato	E	92-99	8	se Tipopr = 4, deve essere inserita la quantità totale di prodotto somministrato al paziente, pertanto il valore ammesso deve avere nelle prime tre cifre la quantità totale di prodotto somministrato, la quarta corrisponde alla virgola decimale e le ultime due contengono 2 zeri. Tariffa in euro della prestazione o del prodotto codificati nel campo Codpres dell'archivio SPA2, il valore riportato deve essere inferiore o uguale a quanto previsto dalla tabella messa a disposizione sui NAL	2	
20	Lordo	Importo lordo della prestazione erogata/prodotto somministrato	E	100-107	8	Valori ammessi: deve essere inserito l'importo lordo in euro che si ottiene dalla moltiplicazione del valore contenuto nel campo Quantuni per il valore contenuto nel campo Tariffa.	2	
21	Convenzione	Prestazione soggetta a convenzione	C	108-108	1	Valori ammessi: 0 = prestazione non soggetta a rapporto convenzionale 1 = prestazione soggetta a rapporto convenzionale Se Convenzione = 1 allora il campo Compensa = 0.	2	Modalità compilazione - controllo
22	Compensa	Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	109-109	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. Si ricorda che per la prestazione che risulta non soggetta a compensazione deve essere inserito il valore 0 (zero) nel suddetto campo. Valori ammessi: 0= non soggetto a compensazione 1 = soggetto a compensazione In particolare: se Tipopr = 8 unico valore ammesso 0, se Convenzione = 1 unico valore ammesso 0, se Regresu (archivio spa1) = 999 unico valore ammesso 0, se Accesso (archivio spa1) = 05, 07, 08, 11, 12 unico valore ammesso 0, se Finalità (archivio spa1) = 20 unico valore ammesso 0.	2	Controllo
23	Tipoperog	Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	110-111	2	Valori ammessi: se Accesso <> 11 (libera professione "intra moenia") unico valore ammesso 00 altrimenti 03 = prestazione erogata da medico specialista dipendente 08 = prestazione erogata da medico specialista convenzionato interno 99 = altro Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore	1	Controllo

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
24	Chiavespa2	Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	112-121	10	contenuto nel campo Accesso 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 Aziendale e di campo 2 di SPA2	2 (Flagto=9)	

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	1	Vedi tracciato §2.10.1
2	Opera	Tipo operazione	C	2-2	1	Vedi tracciato §2.10.1
3	Chiave	Chiave	C	3-12	10	Vedi tracciato §2.10.1
4	Tipoindu	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	13-13	1	Vedi tracciato §2.10.1
5	Codindu	Codice individuale dell'utente	C	14-29	16	Vedi tracciato §2.10.1
6	IDutente	Identificativo Univoco dell'utente	C	30-53	24	Vedi tracciato §2.10.1
7	Sexu	Sesso dell'utente	C	54-54	1	Vedi tracciato §2.10.1
8	Datanasc	Data di nascita dell'utente	D	55-62	8	Vedi tracciato §2.10.1
9	Cittu	Cittadinanza dell'utente	C	63-65	3	Vedi tracciato §2.10.1
10	Regresu	Regione di residenza dell'utente	C	66-68	3	Vedi tracciato §2.10.1
11	Proresu	Provincia di residenza dell'utente	C	69-71	3	Vedi tracciato §2.10.1
12	Comresu	Comune di residenza dell'utente	C	72-74	3	Vedi tracciato §2.10.1
13	Uslresu	Usl di residenza dell'utente	C	75-77	3	Vedi tracciato §2.10.1
14	Azienda	Azienda sanitaria erogatrice	C	78-80	3	Vedi tracciato §2.10.1
15	Tipologia_erog	Tipologia erogatore	C	81-81	1	Vedi tracciato §2.10.1
16	Accesso	Modalità di accesso alla prestazione	C	82-83	2	Vedi tracciato §2.10.1
17	Finalita	Finalità della prestazione	C	84-85	2	Vedi tracciato §2.10.1

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung	Controlli
18	Priorità	Codice di priorità di accesso	C	86-86	1	Vedi tracciato §2.10.1
19	Tipocontatto	Tipologia del contatto	C	87-87	1	Vedi tracciato §2.10.1
20	Ricetta	Codice della ricetta	C	88-103	16	Vedi tracciato §2.10.1
21	DataPres	Data di prescrizione della ricetta	D	104-111	8	Vedi tracciato §2.10.1
22	DataSped	Data di spedizione della ricetta	D	112-119	8	Vedi tracciato §2.10.1
23	RicSug	Ricetta suggerita	C	120-121	2	Vedi tracciato §2.10.1
24	Codfismp	Codice fiscale del medico proponente	C	122-137	16	Vedi tracciato §2.10.1
25	Tipomp	Tipologia del medico proponente	C	138-139	2	Vedi tracciato §2.10.1
26	Totprest	Numero totale delle prestazioni Erogate	N	140-142	3	Vedi tracciato §2.10.1
27	NumPrestEff	Numero della prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	N	143-144	2	Vedi tracciato §2.10.1
28	Imprest	Importo totale netto delle prestazioni erogate soggette a compensazione	E	145-152	8	Vedi tracciato §2.10.1
29	Imptick	Totale ticket dovuto dall'utente	E	153-160	8	Vedi tracciato §2.10.1
30	Esentick	Tipologia dell'esenzione dal ticket	C	161-162	2	Vedi tracciato §2.10.1
31	Codese	Codice esenzione	C	163-168	6	Vedi tracciato §2.10.1
32	FE_Quoric	Fascia economica per quota ricetta	C	169-170	2	Vedi tracciato §2.10.1
33	Quoric	Quota ricetta	E	171-178	8	Vedi tracciato §2.10.1
34	QuotAcPS	Quota accesso al pronto soccorso	E	179-186	8	Vedi tracciato §2.10.1
35	IstiCompEurop	Istituzione competente Europea	C	187-214	28	Vedi tracciato §2.10.1
36	CodIdeUteEurop	Codice identificativo dell'utente europeo	C	215-234	20	Vedi tracciato §2.10.1
37	CodIdeDocuEurop	Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	235-254	20	Vedi tracciato §2.10.1
38	CodStatDocuEurop	Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	255-257	3	Vedi tracciato §2.10.1
39	DataScadDocuEurop	Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	D	258-265	8	Vedi tracciato §2.10.1
40	BiffaStmpElet	Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	266-266	1	Vedi tracciato §2.10.1
41	Tipoassist	Tipologia di assistenza	C	267-268	2	Vedi tracciato §2.10.1
42	Dservice	Day_service	C	269-269	1	Vedi tracciato §2.10.1
43	PACC	Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	C	270-272	3	Vedi tracciato §2.10.1
44	Patpres	Codice della patologia presunta	C	273-277	5	Vedi tracciato §2.10.1
45	ICD9	Codice della patologia accertata	C	278-282	5	Vedi tracciato §2.10.1

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung	Controlli
46	F_Record	Campo errore di Tipologia del record	C	283-283	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
47	F_Opera	Campo errore di Tipo operazione	C	284-284	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
48	F_Chiaive	Campo errore di Chiave	C	285-285	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
49	F_Tipoindu	Campo errore di Tipologia del codice individuale dell'utente	C	286-286	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
50	F_Codindu	Campo errore di Codice individuale dell'utente	C	287-287	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
51	F_IDutente	Campo errore di Identificativo Univoco dell'utente	C	288-288	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
52	F_Sexu	Campo errore di Sesso dell'utente	C	289-289	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
53	F_Datanasc	Campo errore di Data di nascita dell'utente	C	290-290	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
54	F_Cittu	Campo errore di Cittadinanza dell'utente	C	291-291	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
55	F_Regresu	Campo errore di Regione di residenza dell'utente	C	292-292	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
56	F_Proresu	Campo errore di Provincia di residenza dell'utente	C	293-293	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
57	F_Comresu	Campo errore di Comune di residenza dell'utente	C	294-294	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
58	F_Usresu	Campo errore di Usl di residenza dell'utente	C	295-295	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
59	F_Azienda	Campo errore di Azienda sanitaria Erogatrice Inviante	C	296-296	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
60	F_Tipologia_ero	Campo errore di Tipologia erogatore	C	297-297	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
61	F_Accesso	Campo errore di Modalità di accesso alla prestazione	C	298-298	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
62	F_Finalita	Campo errore di Finalità della prestazione	C	299-299	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
63	F_Priorità	Campo errore di Codice di priorità di accesso	C	300-300	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
64	F_Tipocontatto	Campo errore di Tipologia del contatto	C	301-301	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
65	F_Ricetta	Campo errore di Codice della ricetta	C	302-302	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
66	F_DataPres	Campo errore di Data di prescrizione della ricetta	C	303-303	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
67	F_DataSped	Campo errore di Data di spedizione della ricetta	C	304-304	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
68	F_RicSug	Campo errore di Ricetta suggerita	C	305-305	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
69	F_Codfismp	Campo errore di Codice fiscale del medico proponente	C	306-306	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
70	F_Tipomp	Campo errore di Tipologia del medico proponente	C	307-307	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
71	F_Totprest	Campo errore di Numero totale delle prestazioni Erogate	C	308-308	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
72	F_NumPrestEff	Campo errore di Numero della prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	C	309-309	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
73	F_Imprest	Campo errore di Importo totale netto delle prestazioni erogate soggette a compensazione	C	310-310	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
74	F_Imptick	Campo errore di Totale ticket dovuto dall'utente	C	311-311	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung	Controlli
75	F_Esontick	Campo errore di Tipologia dell'esenzione dal ticket	C	312-312	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
76	F_Codese	Campo errore di Codice esenzione	C	313-313	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
77	F_FE_Quoric	Campo errore di Fascia economica per quota ricetta	C	314-314	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
78	F_Quoric	Campo errore di Quota ricetta	C	315-315	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
79	F_QuotAcPS	Campo errore di Quota accesso al pronto soccorso	C	316-316	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
80	F_IstiCompEurop	Campo errore di Istituzione competente Europea	C	317-317	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
81	F_CodIdeUreEurop	Campo errore di Codice identificativo dell'utente europeo	C	318-318	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
82	F_CodIdeDocuEurop	Campo errore di Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	319-319	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
83	F_CodStatDocuEurop	Campo errore di Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	320-320	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
84	F_DataScadDocuEurop	Campo errore di Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	C	321-321	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
85	F_BiffaStmpElet	Campo errore di Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	322-322	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
86	F_Tipoassist	Campo errore di Tipologia di assistenza	C	323-323	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
87	F_Dservice	Campo errore di Day_service	C	324-324	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
88	F_PACC	Campo errore di Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	C	325-325	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
89	F_Patpres	Campo errore di Codice della patologia presunta	C	326-326	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
90	F_ICD9	Campo errore di Codice della patologia accertata	C	327-327	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
91	Flagtot	Campo errore totale	C	328-328	1	Contiene il valore più alto del tipo di errore riscontrato nel gruppo ricetta
92	Codusl	Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati	C	329-331	3	Codice ministeriale dell'Azienda sanitaria inviante i dati attribuito dalle procedure regionali
93	Regpag	Codice della Regione di residenza dell'utente	C	332-334	3	Codice della Regione di residenza dell'utente attribuito dalle procedure regionali
94	Uslpag	Codice dell'Azienda usl di residenza dell'utente	C	335-337	3	Codice dell'Azienda usl di residenza dell'utente attribuito dalle procedure regionali
95	certMEF	Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze	C	338-338	1	0=IDutente da sottoporre al MEF 1=IDutente certificato MEF 2= IDutente non certificato MEF 9= IDutente non presente in anagrafe regionale

Allegato B

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

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung	Controlli
1	Record	Tipologia del record	C	1-1	1	Vedi tracciato §2.10.1
2	Chiave	Chiave	C	2-11	10	Vedi tracciato §2.10.1
3	Usl_strutt_erog	Usl della struttura erogatrice prestazione	C	12-14	3	Vedi tracciato §2.10.1
4	Presidio	Codice del presidio Erogatore	C	15-20	6	Vedi tracciato §2.10.1
5	Speciali	Specialità di erogazione	C	21-23	3	Vedi tracciato §2.10.1
6	Reparto	Progressivo della specialità di erogazione	C	24-25	2	Vedi tracciato §2.10.1
7	Disciplina	Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	26-27	2	Vedi tracciato §2.10.1
8	Dataini	Data di INIZIO erogazione della prestazione/Somministrazione prodotto	D	28-35	8	Vedi tracciato §2.10.1
9	Datafine	Data di FINE erogazione della prestazione/Somministrazione prodotto	D	36-43	8	Vedi tracciato §2.10.1
10	Contatto	Data di primo contatto per la richiesta della prestazione	D	44-51	8	Vedi tracciato §2.10.1
11	ScelUte	Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	52-52	1	Vedi tracciato §2.10.1
12	Dataprenotabile	Data prenotabile o di prima disponibilità	D	53-60	8	Vedi tracciato §2.10.1
13	Tipopr	Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	61-61	1	Vedi tracciato §2.10.1
14	Codpres	Codice della prestazione erogata/ prodotto somministrato	C	62-71	10	Vedi tracciato §2.10.1
15	Codcatalogo	Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni	C	72-81	10	Vedi tracciato §2.10.1
16	Branca	Codice della branca della prestazione erogata	C	82-82	1	Vedi tracciato §2.10.1
17	Numacc	Numero degli accessi alla Prestazione/somministrazione prodotto	N	83-85	3	Vedi tracciato §2.10.1
18	Quantuni	Numero di prestazioni effettivamente erogate/ quantità unitarie di prodotto somministrato	N	86-91	6	Vedi tracciato §2.10.1
19	Tariffa	Tariffa della prestazione erogata/costo unitario del prodotto somministrato	E	92-99	8	Vedi tracciato §2.10.1
20	Lordo	Importo lordo della prestazione erogata/ prodotto somministrato	E	100-107	8	Vedi tracciato §2.10.1
21	Convenzione	Prestazione soggetta a convenzione	C	108-108	1	Vedi tracciato §2.10.1
22	Compensa	Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	109-109	1	Vedi tracciato §2.10.1
23	Tipoerog	Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	110-111	2	Vedi tracciato §2.10.1
24	Chiavespa2	Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	112-121	10	Vedi tracciato §2.10.1
25	F_Record	Campo errore di Tipologia del record	C	122-122	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung	Controlli
26	F_Chiaive	Campo errore di Chiaive	C	123-123	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
27	F_Usl_strutt_erog	Campo errore di Usl della struttura erogatrice prestazione	C	124-124	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
28	F_Presidio	Campo errore di Codice del presidio	C	125-125	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
29	F_Speciali	Campo errore di Specialità di erogazione	C	126-126	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
30	F_Reparto	Campo errore di Progressivo della specialità di erogazione	C	127-127	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
31	F_Disciplina	Campo errore di Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	128-128	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
32	F_Dataini	Campo errore di Data di INIZIO erogazione della prestazione/	D	129-129	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
33	F_Datafine	Campo errore di Data di FINE erogazione della prestazione/	D	130-130	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
34	F_Contatto	Campo errore di Data di primo contatto per la richiesta della prestazione	D	131-131	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
35	F_ScelUte	Campo errore di Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	132-132	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
36	F_Dataprenotabile	Campo errore di Data prenotabile o di prima disponibilità	D	133-133	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
37	F_Tipopr	Campo errore di Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	134-134	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
38	F_Codpres	Campo errore di Codice della	C	135-135	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
39	F_Codcatalogo	Campo errore di Codice della	C	136-136	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
40	F_Branca	Campo errore di Codice della branca della	C	137-137	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
41	F_Numacc	Campo errore di Numero degli accessi alla	N	138-138	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
42	F_Quantuni	Campo errore di Numero di prestazioni effettivamente erogate/ quantità unitarie di prodotto somministrato	N	139-139	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
43	F_Tariffa	Campo errore di Tariffa della	E	140-140	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
44	F_Lordo	Campo errore di Importo lordo della	E	141-141	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
45	F_Convenzione	Campo errore di Prestazione soggetta a convenzione	C	142-142	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
46	F_Compensa	Campo errore di Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	143-143	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
47	F_Tipoerog	Campo errore di Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	144-144	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
48	F_Chiaivespa2	Campo errore di Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	145-145	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
49	Flagtot	Campo errore totale	C	146-146	1	Contiene il valore più alto del tipo di errore riscontrato nel gruppo ricetta
50	Codusl	Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati	C	147-149	3	Codice ministeriale dell'Azienda sanitaria inviante i dati attribuito dalle procedure regionali

2. Prestazioni Ambulatoriali

Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung	Controlli
51	Regpag	Codice della Regione di residenza dell'utente	C	150-152	3	Codice della Regione di residenza dell'utente attribuito dalle procedure regionali
52	Uslpag	Codice dell'Azienda usl di residenza dell'utente	C	153-155	3	Codice dell'Azienda usl di residenza dell'utente attribuito dalle procedure regionali

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

MODALITÀ TECNICHE PER L'INVIO DEGLI ATTI DESTINATI ALLA PUBBLICAZIONE

Con l'entrata in vigore dal 1 gennaio 2008 della L.R. n. 23 del 23 aprile 2007 "Nuovo ordinamento del Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e norme per la pubblicazione degli atti. Modifiche alla legge regionale 20 gennaio 1995, n. 9 (Disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di accesso agli atti)", cambiano le tariffe e le modalità per l'invio degli atti destinati alla pubblicazione sul B.U.R.T.

Tutti gli Enti inserzionisti devono inviare i loro atti per la pubblicazione sul B.U.R.T. in formato esclusivamente digitale. Le modalità tecniche per l'invio elettronico degli atti destinati alla pubblicazione sono state stabilite con Decreto Dirigenziale n. 5615 del 12 novembre 2007. **L'invio elettronico avviene mediante interoperabilità dei sistemi di protocollo informatici (DPR 445/2000 artt. 14 e 55) nell'ambito della infrastruttura di Cooperazione Applicativa Regionale Toscana. Le richieste di pubblicazione firmate digitalmente (D.lgs 82/2005) hanno come allegato digitale l'atto di cui è richiesta la pubblicazione. E' fatta transitoriamente eccezione alle modalità di cui sopra per gli enti ancora non dotati del protocollo elettronico, per i quali resta utilizzabile, la trasmissione elettronica all'indirizzo redazione@regione.toscana.it.**

Il materiale da pubblicare deve pervenire all'Ufficio del B.U.R.T. entro il mercoledì per poter essere pubblicato il mercoledì della settimana successiva.

Il calcolo per le tariffe di inserzione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea ecc. di cui è composto il testo da pubblicare. La tariffa unitaria per carattere, spazi ecc. è di **Euro 0,010**, il costo per la pubblicazione di tabelle, elenchi, prospetti diversi sarà computato moltiplicando la tariffa unitaria per 2.000 per ogni pagina di formato A/4 anche se le dimensioni delle tabelle, ecc. non dovessero occupare interamente la pagina A/4 (**Euro 20**).

Per le inserzioni a pagamento il versamento dovrà essere fatto sul C/C postale n. 14357503 intestato a: Regione Toscana - Bollettino Ufficiale - via F. Baracca, 88 - 50127 Firenze.

L'attestazione del pagamento dovrà essere inviata via fax al n. 0554384620 contestualmente al materiale da pubblicare inviato in formato digitale.

L'art. 16, comma 2, della L.R. n. 23/2007 stabilisce che gli atti degli enti locali e degli altri enti pubblici la cui pubblicazione è obbligatoria per previsione di legge o di regolamento è effettuata senza oneri per l'interessato, in tal caso nella richiesta di pubblicazione deve essere indicata la norma che la rende obbligatoria.

L'art. 16, comma 3, della L.R. n. 23/2007, stabilisce viceversa che sono soggetti a pagamento gli atti di cui all'art.5, comma 1, lettere h),i),j),e k), ed in particolare:

- 1) bandi ed avvisi di concorso e relativi provvedimenti di approvazione;
- 2) bandi ed avvisi per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- 3) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relativi ai procedimenti di cui sopra;
- 4) gli avvisi di conferimento di incarichi esterni o di collaborazione coordinata e continuativa, ove previsto dalla disciplina della materia.

I testi da pubblicare, trasmessi unitamente alla istanza di pubblicazione, devono possedere i seguenti requisiti formali:

- testo - in forma integrale o per estratto (ove consentito o espressamente richiesto);
- collocazione fuori dai margini del testo da pubblicare di firme autografe, timbri, loghi o altre signature;
- utilizzo di un carattere chiaro tondo preferibilmente times newroman, corpo 10;
- indicazione, all'inizio del testo, della denominazione dell'ente emittitore e dell'oggetto dell'atto sintetizzato nei dati essenziali;
- inserimento nel testo di un unico atto o avviso; più atti o avvisi possono essere inseriti nello stesso testo se raggruppati per categorie o tipologie omogenee.

Per ogni eventuale chiarimento rivolgersi alla redazione del B.U.R.T. tel. n. 0554384611-4631