

**RETTIFICA del 22/01/2024:**

Dai §2.1, §2.5 e §2.10.2. (SPA1 campo 95) è eliminata la seguente frase:

“I codici 8 e A indicano che nel nuovo consolidato “compensazioni specialistica”, messo a disposizione delle Aziende sanitarie, questi gruppi ricetta saranno di fonte archivio erogazione della ricetta dematerializzata (RFC 231), integrati dagli altri gruppi ricetta di fonte SPA (solo **flagtot=0** o 1). Dal 2023 il consolidato “compensazioni specialistica” sarà il consolidato di riferimento per le compensazioni infra ed extraregione.”

L’eliminazione si è resa necessaria sia per l’eterogeneità di implementazione della fase di erogazione del ciclo prescrittivo nelle Aziende sanitarie, sia per la nuova progettazione in corso del flusso, tesa ad attivare una rilevazione real time con il mantenimento delle funzionalità attuali (validazione, export e consolidato).

Nel testo la frase è stata barrata.

**2. Prestazioni Ambulatoriali**

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

- prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, erogate a soggetti non ricoverati, previste dal nomenclatore tariffario regionale di cui alla DGR 229/1997 e successive integrazioni e modificazioni;
- prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, non previste dal nomenclatore tariffario regionale, erogate dalle Aziende sanitarie;
- emocomponenti somministrati in ambito di prestazione trasfusionale, di cui alla DGR 1152/97 e successive modificazioni ed integrazioni;
- certificazioni di medicina dello sport, di cui alla DGR 667/97 e successive modificazioni ed integrazioni.
- percorsi assistenziali specialistici di medicina fisica erogati in regime ambulatoriale previsti dalla delibera della Giunta Regionale n. 595 del 30/05/2005 e successive integrazioni e modificazioni.

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

La rilevazione comprende anche le prestazioni erogate nell’ambito dei programmi di screening e quelle effettuate in libera professione, mentre non comprende le prestazioni ambulatoriali erogate durante episodi di ricovero (assistenza ospedaliera).

**2.1 Revisione**

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
1.0	01/01/2015	Allegato A Delibera Giunta regionale n.1240/2014
1.1	01/01/2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Oggetto di rilevazione</b> Sono stati aggiunti i percorsi assistenziali specialistici di medicina fisica erogati in regime ambulatoriale previsti dalla delibera della Giunta Regionale n. 595 del 30/05/2005 e successive integrazioni e modificazioni.</li> </ul>

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Campi eliminati:</b>  dall’archivio SPA1: <b>vuoto</b>, campo 5 del tracciato versione D.G.R.T. 1240/2014.  <b>vuoto</b>, campo 29 del tracciato versione D.G.R.T. 1240/2014.  <b>codfismp</b>, campo 23 del tracciato versione D.G.R.T. 1240/2014.</li>   <li>• <b>Campi nuovi:</b>  nell’archivio SPA1: <b>Identificativo univoco del medico proponente (IDmp)</b>, campo 45  <b>Esito valutazione finale (esitovf)</b>, campo 46  <b>Flag luogo di erogazione (domicilio)</b>, campo 47  nell’archivio SPA2: <b>Codice del pacchetto (pacchetto)</b>, campo 26  nell’archivio SPA1 tracciato di ritorno verso le Aziende §2.10.2: <b>Sottocodice del pacchetto erogato (opzione)</b>, campo 102</li>   <li>• <b>Variazione ambito applicazione</b>  nell’archivio SPA1: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Modalità di accesso alla prestazione (accesso)</b> è stato aggiunto nella descrizione del codice 02 (Prescrizione su ricettario diverso da SSN) “oppure le ricette bianche”.</li> <li>- <b>comresu, usresu e regresu</b> è stato aggiunto per i non residenti in Italia <b>cod_stato</b> (≠100).</li> <li>- <b>Finalità della prestazione (finalita)</b> è stato aggiunto il codice 60=prestazioni per follow up oncologico già in vigore in base alla DGRT n. 1096/2017.</li> <li>- <b>Codice della ricetta (ricetta)</b> è stato sostituito nella validazione delle pos. 4-5 anno di invio con anno di erogazione.</li> <li>- <b>Data di prescrizione della (dataPres)</b> è stato modificato il valore dell’errore da 1 a 2 ed è stato eliminato “se data mancante sulla ricetta →8 zeri.”</li> <li>- <b>Numero totale delle prestazioni erogate (totprest)</b> per il calcolo deve essere fatto riferimento alla tabella di supporto <b>SPA_TIOPR</b></li> <li>- <b>Numero delle prestazioni effettivamente contenute nella ricetta (numPrestEff)</b> è stata modificata la modalità di calcolo</li> <li>- <b>Totale ticket dovuto dall’utente (imptick)</b> è stato inserito <b>accesso=02</b> in “Se <b>accesso=02</b>, 11 o 12→intero importo dovuto dall’utente”, è stato sostituito <b>codese=000000</b> invece che <b>codese</b> vuoto ed è stato aggiunto Se <b>accesso=01</b> e almeno una prestazione di SPA2 ha <b>tipopr=S</b> e <b>esitovf=0</b>→00000,00</li> </ul> </li> </ul> <p>nell’archivio SPA2:</p>

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipologia della prestazione erogata (tipopr)</b> sono stati aggiunti nuovi valori ammessi ed è stata modificata la tabella di supporto SPA_TIPOPR</li> <li>• <b>Definizione di nuove regole di validazione dovute all'introduzione di nuovi tipopr</b> nell'archivio SPA2: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione (scelUte)</b></li> <li>- <b>Data prenotabile o di prima disponibilità (dataprenotabile)</b></li> <li>- <b>Codice della prestazione erogata (codpres)</b></li> <li>- <b>Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni (codcatalogo)</b></li> <li>- <b>Codice della branca della prestazione erogata (branca)</b></li> <li>- <b>Tariffa (tariffa)</b></li> <li>- <b>Importo lordo (lordo)</b></li> </ul> </li> </ul>
1.2	01/01/2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Campi nuovi</b> nell'archivio SPA2: <b>Identificativo univoco dell'operatore che eroga la prestazione (ID_operatore)</b> nell'archivio SPA2 del tracciato inviato dalla Regione alle Aziende sanitarie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Codice ente in cui l'operatore che eroga la prestazione ha l'incarico (codente)</b></li> <li>- <b>Codice tipologia di incarico dell'operatore che eroga la prestazione (posizione)</b></li> <li>- <b>Codice del profilo professionale di inquadramento dell'operatore dirigente che eroga la prestazione (profilo professionale)</b></li> <li>- <b>Codice del profilo di inquadramento dell'operatore del comparto che eroga la prestazione (profilo)</b></li> </ul>                     nell'archivio SPA1 del tracciato inviato dalla Regione alle Aziende sanitarie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tipologia di scenario di censimento dell&gt;ID universale in anagrafe regionale (scenario_ID)</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Variazione ambito applicazione</b> nell'archivio SPA1: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Garanzia tempi massimi (scelute)</b> inserimento di una valorizzazione che tenga conto anche dell'ambito territoriale.</li> <li>- <b>Tipologia del codice individuale dell'utente (tipoindu)</b> valutazione coerenza tra <b>tipoindu</b> e lo scenario di censimento in anagrafe regionale collegato all'<b>IDutente</b> utilizzato.</li> <li>- <b>Importo totale netto (imprest):</b> nel caso di rilevazione di pacchetti PAS precisazione sul calcolo dell'importo totale netto.</li> </ul> </li> </ul>

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Campi eliminati:</b> dall'archivio SPA1: <b>c_digit</b>, campo 43 del tracciato versione 1.1 (viene lasciato spazio <b>vuoto</b>).</li> </ul>
1.3	01/01/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Modifiche valori ammessi:</b> nell'archivio SPA1: <b>accesso</b> eliminati i codici del pre e post ricovero, tale attività dovrà essere rilevata con <b>accesso=01</b> o <b>02</b> e opportuno codice di esenzione e <b>compensa=0</b></li> <li>• <b>Campi eliminati:</b> dall'archivio SPA1: <b>fe_quoric</b>, campo 28 del tracciato versione 1.2 (viene lasciato spazio <b>vuoto</b>).</li> <li>• <b>Modifica compilazione:</b> archivio di ritorno SPA1: <b>flagtot</b>: contiene il valore più alto di errore nel gruppo ricetta (0,1,2,9).  Se il contenuto del campo NRE è presente nell'archivio dell'erogazione della ricetta dematerializzata (RFC 231), il campo assumerà i valori 8 e A ed in particolare: 8: se <b>flagtot</b> sarebbe stato 0 o 1 A: se <b>flagtot</b> sarebbe stato 2 <del>I codici 8 e A indicano che nel nuovo consolidato “compensazioni specialistica”, messo a disposizione delle Aziende sanitarie, questi gruppi ricetta saranno di fonte archivio erogazione della ricetta dematerializzata (RFC 231), integrati dagli altri gruppi ricetta di fonte SPA (solo <b>flagtot=0</b> o <b>1</b>).</del> <del>Dal 2023 il consolidato “compensazioni specialistica” sarà il consolidato di riferimento per le compensazioni infra ed extraregione.</del></li> <li>• <b>Modifica validazione</b> archivio SPA1: <b>IDutente</b> campo 5 è stato integrato il seguente controllo: se <b>tipoindu</b> è 3 (STP) o F (ENI) e il contenuto di <b>regresu</b> è riferibile ad un codice di regione italiana o <b>cittu=100</b> il record viene segnalato errato (<b>flagtot=2</b>)</li> </ul>
1.4	01/10/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Modifiche valori ammessi:</b> nell'archivio SPA1: <b>Flag luogo di erogazione (domicilio)</b> campo 47, i valori ammessi sono 0=non erogata a domicilio 1=erogata a domicilio 2=televisita erogata tramite piattaforma unica regionale 3=televisita erogata tramite altra piattaforma</li> </ul>

## **2.2 Rilevazione Aziendale dei dati**

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

I dati che l'Azienda sanitaria di competenza deve acquisire comprendono i dati relativi alle prestazioni erogate sia dai presidi direttamente gestiti sia dai presidi non direttamente gestiti. Con quest'ultimi l'Azienda sanitaria di riferimento definisce modalità e tempi tali da garantire la piena rispondenza alle caratteristiche strutturali, di contenuto e temporali, previste dalle specifiche funzionali in vigore.

## **2.3 Organizzazione del flusso**

Le Aziende sanitarie ed ESTAR, ognuno per quanto di propria competenza, garantiscono la qualità del contenuto informativo e la tempestività della trasmissione.

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

L'archivio principale, denominato SPA1, contiene le informazioni inerenti la prescrizione, l'utente, il medico proponente ed il volume finanziario complessivo dell'attività erogata. L'archivio di dettaglio, denominato SPA2, contiene le informazioni riguardanti la struttura che eroga la prestazione e le singole prestazioni erogate.

Il collegamento relazionale tra gli archivi SPA1 e SPA2 è assicurato dal campo **chiave** la cui univocità deve essere garantita per tutto l'anno di riferimento. A livello regionale l'univocità è verificata nell'ambito aziendale (**chiave&azienda**).

I record di SPA2 e il record di SPA1, a cui sono collegati relazionalmente, costituiscono il *gruppo ricetta*.

Nell'archivio SPA2 i record sono identificati in maniera univoca dal campo **chiavespa2** nell'ambito della medesima chiave (**chiave&azienda**)

La Regione Toscana verifica la corretta compilazione dei campi trasmessi mediante una procedura di validazione e restituisce alle Aziende sanitarie gli archivi ricevuti integrati con la segnalazione della correttezza o dell'eventuale errore per ciascun campo del tracciato.

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

### ***2.3.1 Modalità e tempi di messa a disposizione dei dati.***

I dati devono essere trasmessi mediante il sistema previsto dalla DGR 752/2013 e successive modifiche ed integrazioni

Non esistono limiti o finestre temporali per la trasmissione dei dati.

I dati devono comunque 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, il consolidato annuale viene definito con i dati trasmessi entro il 15 gennaio dell'anno successivo a quello di erogazione.

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

I dati devono essere trasmessi mediante il sistema previsto dalla DGR 752/2013 e successive modifiche ed integrazioni.

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 passiva infraregionale.

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 al §2.10.2, 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**.

Si precisa che i record segnalati con codice 9 nel campo errore totale (**flagtot**), sono scartati, ovvero non entrano a far parte del database regionale e sono restituiti solo all'Azienda sanitaria inviante.

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

Per i criteri di segnalazione degli errori ed i relativi algoritmi di controllo dei singoli campi si rimanda alle sezioni relative ai tracciati §2.10.

### **2.5 Tipologia degli errori**

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

**0:** campo corretto;

**1:** campo errato, tale tipologia di errore non incide né sulla compensazione finanziaria né sulle valutazioni relative all'attività svolta.

**2:** campo errato, tale errore comporta l'esclusione della prestazione ai fini della compensazione finanziaria infraregionale.

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

Il campo **flagtot** può assumere anche i seguenti valori:

**9** tale errore **segnala lo scarto dell'intero gruppo ricetta** ed è attribuito se campi di particolare importanza risultano errati o non compilati o mancano le condizioni necessarie affinché il record o l'intero *gruppo ricetta* possa essere accettato;

Se il contenuto del campo NRE è presente nell'archivio dell'erogazione della ricetta dematerializzata (RFC 231), il campo assumerà i valori 8 e A ed in particolare:

8 se **flagtot** sarebbe stato 0 o 1

A se **flagtot** sarebbe stato 2

~~I codici 8 e A indicano che nel nuovo consolidato “compensazioni specialistica”, messo a disposizione delle Aziende sanitarie, questi gruppi ricetta saranno di fonte archivio erogazione della ricetta dematerializzata (RFC 231), integrati dagli altri gruppi ricetta di fonte SPA (solo **flagtot**=0 o 1).~~

Dal 2023 il consolidato “*compensazioni specialistica*” sarà il consolidato di riferimento per le compensazioni infra ed extraregione.

### 2.6 Modalità di scarto dei record dei flussi

Lo scarto determina l'impossibilità di trasmettere l'intero gruppo ricetta.

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

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

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

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

- verifica della corretta compilazione del campo **record** di SPA1 e di SPA2;
- verifica della corretta compilazione del campo **opera**;
- verifica della compilazione del campo **azienda** di SPA1 e di SPA2;
- verifica dell'univocità della chiave (**chiave&azienda**) in SPA1;
- per ciascun valore della chiave (**chiave&azienda**) di SPA1 si verifica l'esistenza di almeno un record di SPA2 con la medesima chiave;
- per ciascun valore della chiave (**chiave&azienda**) di SPA2 si verifica l'esistenza di un record di SPA1 con la medesima chiave;
- verifica della compilazione del campo **datafine**;
- verifica dell'univocità del record SPA2 in base al contenuto del campo **chiavespa2** nell'ambito della medesima chiave (**chiave&azienda**);
- verifica della presenza di record ripetuti all'interno di SPA1 rispetto al valore contenuto nel campo **ricetta** (o alternativamente al campo **NRE** se unico identificativo della prescrizione) di SPA1;
- verifica che l'Azienda non abbia apportato modifiche al contenuto del campo **ricetta** (o alternativamente al campo **NRE** se unico identificativo della prescrizione) di SPA1, ovvero per i record con **opera**=3 il campo **ricetta** (o alternativamente al campo **NRE** se unico identificativo della prescrizione) non deve essere modificato;

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

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

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

se **opera**=1 (invio), si verifica che nei dati già validati non esista un record con la stessa chiave (**chiave&azienda**);

se **opera**=3 (sostituzione di un *gruppo ricetta*), si verifica che nei dati già validati esista un record con la stessa chiave (**chiave&azienda**);

se **opera**=4 (cancellazione di un *gruppo ricetta*), si elimina dai dati già validati l'intero *gruppo ricetta* con la stessa chiave (**chiave&azienda**)

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

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

## 2.7 Archivi di supporto

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

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

Due sono le modalità di integrazione previste:

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

## 2.8 Elementi significativi del tracciato

### 2.8.1 Campi di particolare attenzione

- **Totale ticket dovuto dall'utente (imptick)** di SPA1: si precisa che in questo campo deve essere inserito l'importo **dovuto** dall'utente e non l'importo incassato. Se **accesso=11** (Libera professione "intra moenia") o **accesso=12** (Altro accesso senza oneri per il SSN) o **accesso=02** (Prescrizioni su ricettario diverso da SSN) il campo **imptick** deve contenere l'intero importo pagato dall'utente. Se **accesso=04** (Pronto Soccorso a cui non consegue il ricovero) e **codese** è 000000, il campo **imptick** deve contenere l'importo dovuto dall'utente che eccede la quota di accesso al pronto soccorso (**quotAcPS**), secondo normativa vigente.

Nel caso di percorsi assistenziali specialistici di medicina fisica erogati in regime ambulatoriale se **accesso=01** e almeno una prestazione di SPA2 ha **tipopr=S** e **esitovf=0** (percorso non effettuato) quindi viene erogata solo la visita di prima valutazione allora **imptick** deve essere valorizzato con 00000,00.

Se **accesso=01**, si controlla che il valore indicato sia minore o uguale a un valore SOGLIA, dipendente dal campo **numprestEff** SPA1 e dalle branche di appartenenza delle prestazioni erogate. Se **accesso=01** e **codese** è 000000 allora **imptick** > 00000,00; se **Accesso=01** e **codese** è correttamente compilato allora **imptick** >= 00000,00. In entrambi i casi il campo **imptick** dovrà essere **minore o uguale** all'importo SOGLIA.

La SOGLIA dipende dal numero di ricette virtuali in cui dovrebbe essere scomposta la ricetta originaria per essere conforme al limite delle prescrizioni. Infatti da DGR 493/2004 e s.m.i., 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) 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**  $\leq 38 * 2$ . 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**  $\leq (38 * 1 + 38 * 2)$

- **Data di prescrizione della ricetta (dataPres)** di SPA1: nell'ambito degli interventi necessari per l'applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 è previsto di utilizzare la data di prescrizione come data di riferimento per la verifica del diritto dell'esenzione (patologia e reddito) così da rendere più corretto l'accertamento della posizione del cittadino facendo riferimento a quando è avvenuta la prescrizione e non a quando è stata erogata la prestazione. In questo campo deve essere inserita la data nella quale il medico prescrittore compila la ricetta. Se **accesso=01** → **dataPres** < **dataini**, se **accesso** <> 01 → non compilare (vuoto).
- **Usl del presidio erogatore prestazione (usl\_strutt\_erog)** di SPA2: in questo campo deve essere indicata la usl del presidio che eroga effettivamente la prestazione. Si precisa che nell'ambito della prestazione individuata dalla DGR 741/2014 (test HPV) è attivo il monitoraggio della corretta compilazione di questo campo.
- **Importo totale netto (imprest):** nel caso di rilevazione di pacchetti PAS (almeno un record collegato di SPA2 sia di **tipopr=S**) se la somma dei lordi di SPA2 è maggiore della tariffa massima prevista per il pacchetto, a causa dell'arrotondamento effettuato sulla tariffa delle singole sedute, in SPA1 dovrà essere considerato l'importo massimo del pacchetto da tabella PACCHETTI\_PAS. Quindi se l'utente non ha effettuato compartecipazione alla spesa **imprest** sarà la tariffa massima da tabella PACCHETTI\_PAS altrimenti sarà la tariffa massima da tabella PACCHETTI\_PAS – **imptick**.
- **Codice del pacchetto (pacchetto):** in questo campo viene rilevato il codice di aggregazione assegnato all'insieme di più prestazioni erogate in un'unica soluzione. Il pacchetto ambulatoriale è costituito da prestazioni del Catalogo Regionale delle Prestazioni Ambulatoriali come da DD 5456 del 2018 e successive modificazioni ed integrazioni e i valori ammessi sono presenti nella tabella **CATALOGO\_UNICO\_PACCHETTI** colonna **cod\_pacchetto**. Il percorso assistenziale specialistico (PAS) è costituito da prestazioni erogate nell'ambito dei percorsi assistenziali specialistici di medicina fisica in regime ambulatoriale previsti dalla DGR n. 595 del 30/05/2005 e successive integrazioni e modificazioni, i valori ammessi sono presenti nella tabella **PACCHETTI\_PAS** colonne **ICD9CM**. La prestazione ambulatoriale complessa è costituita da una prestazione principale più eventuali altre prestazioni (Nomenclatore Regionale), i valori ammessi sono presenti nella tabella **PRESTAZIONI** la colonna **cod\_prestazione** e con colonna **classificazione=1 oppure 2**.

- **Flag luogo di erogazione (domicilio):** in questo campo viene rilevato il luogo di erogazione della prestazione e i valori ammessi sono 0=non erogata a domicilio e 1=erogata a domicilio. Per le sole prestazioni di televisita, individuabili dal catalogo unico regionale tramite i codici che riportano nella colonna C1 il valore TLV, i valori ammessi sono 2=televisita erogata tramite piattaforma unica regionale e 3=televisita erogata tramite altra piattaforma.

## 2.8.2 Criteri per la determinazione delle quote informative attribuite dalla Regione

### Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati (codusl)

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

### Codice della Regione di residenza (regpag) e codice dell'Azienda USL di residenza (uslpag) dell'utente

Se **f\_comresu=0** e **f\_regresu=0** e **f\_uslresu=0** → se **regresu=999** o **090** → **regpag= regresu** e **uslpag=uslresu**  
altrimenti se **regresu<>090** → **regpag=regresu** e **uslpag=000** (3 zeri);

altrimenti se **f\_comresu=0** e **f\_regresu=0** → **regpag=regresu**

se **regresu=999** → e **uslpag=999**

altrimenti se **regresu=090** → **uslpag=codice della Az. USL del comune**

altrimenti **regresu<>090** → **uslpag =000** (3 zeri)

altrimenti se **f\_comresu=0** e **comresu** contiene la codifica di uno stato estero → **regpag=999** e **uslpag=999**

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

se **regresu=999** → **regpag=regresu** e **uslpag=999**

altrimenti se **regresu=090**

se **f\_uslresu=0** → **regpag=regresu** e **uslpag=uslresu**

altrimenti **f\_uslresu<>0** → **regpag=regresu** e **uslpag=888**

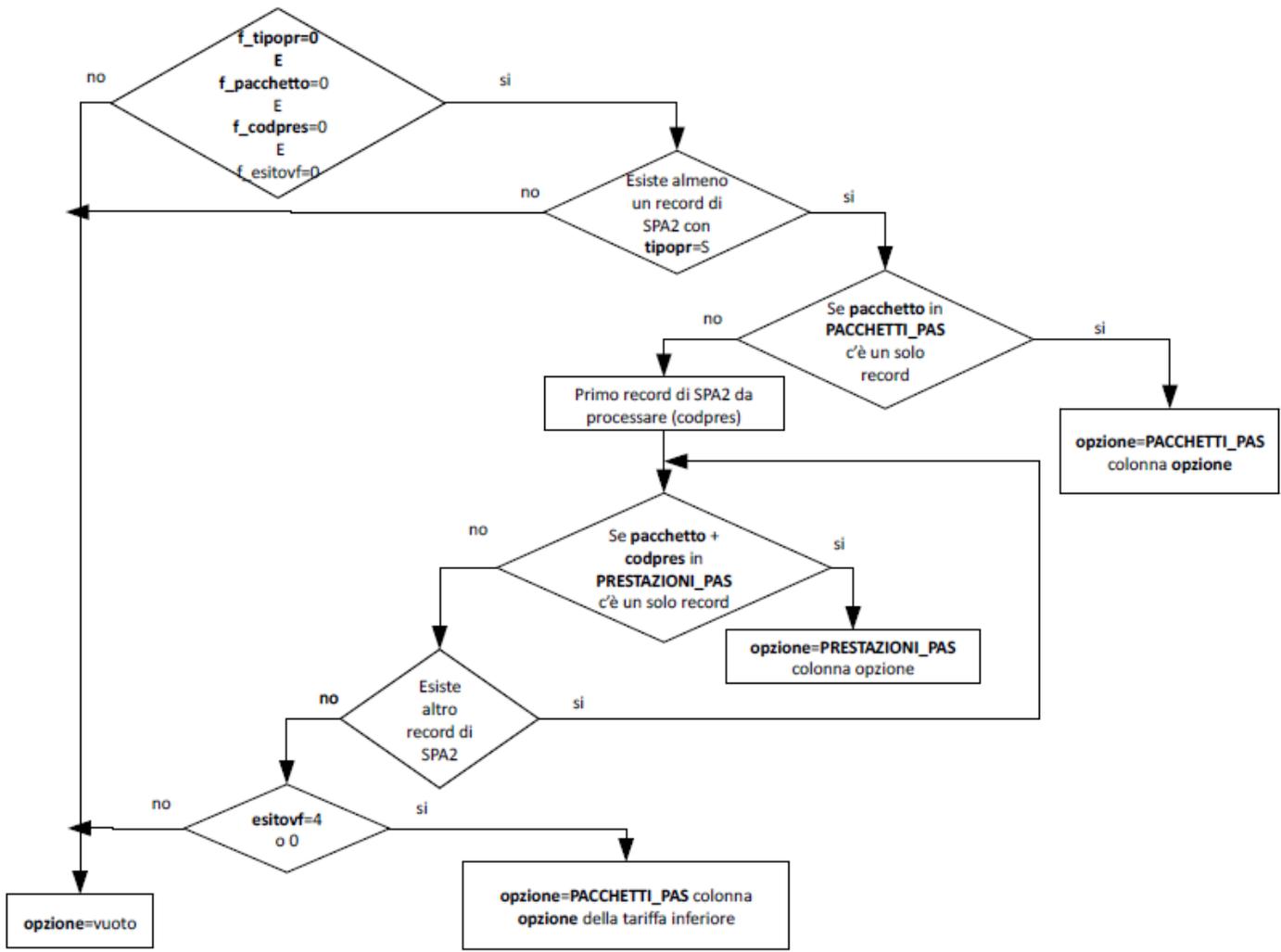
altrimenti se **f\_regresu=0** → **regpag=regresu** e **uslpag=000**

altrimenti se **f\_comresu<>0** e **f\_regresu<>0** e **f\_uslresu<>0** → **regpag=uslpag=888**

La logica sottostante a tale algoritmo è finalizzata a ridurre al minimo l'indeterminatezza della residenza dell'utente pertanto il dato fornito alle Aziende USL relativo ai residenti che hanno fruito di prestazioni tende quindi a configurarsi come quello massimo teorico.

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

**Sottocodice del pacchetto erogato (opzione)** di SPA1: il campo è valorizzato solo per i percorsi assistenziali specialistici di medicina fisica erogati in regime ambulatoriale e il suo valore è determinato dal seguente algoritmo:



## **2.9 Tipologia dei campi**

### *2.9.1 Tipologia dei campi del tracciato degli archivi*

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

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:

- C si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a sinistra con eventuali blank a destra
- N si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a destra con eventuali zeri non significativi a sinistra
- D si indicano i campi data che devono rispettare il formato ggmmaaaa
- E si indicano i campi euro che devono rispettare il formato euro con eventuali zeri non significativi a sinistra: eeeee,ee
- T=campi orario che devono rispettare il formato HH:mm o null

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

Nella colonna **Note** sono indicate le modalità di compilazione di ciascun campo ed i controlli effettuati dal validatore.

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

Nella colonna **flagtot** si indicano i campi che se errati determinano **flagtot=9**

Nella colonna **Modifiche** si indica il tipo di modifiche effettuate rispetto alla precedente versione:0=assenza di modifiche; **1**=valori ammessi; **2**=eliminato; **3**=nuovo; **4**=modalità compilazione; **5**=validazione; **6**=lunghezza

Nella colonna **DEMA** si indicano le informazioni che saranno acquisite dal ciclo prescrittivo: **X**=informazioni sostituite; **C**=informazioni calcolate.

Nella colonna **SistemaTS** con X sono indicate le informazioni che costituiscono un debito informativo verso il sistema TS. Si precisa che al sistemaTS vengono inviate tutte le ricette con **accesso** pari a 01-02-03 e tipologia della prestazione (**tipopr**) diversa in tutti i record di SPA2 da emocomponenti, prestazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale, prestazioni per la medicina dello sport.

Nella colonna **Codifica Ministero/Note** per i campi che costituiscono un debito informativo verso il sistema TS, la definizione del tracciato nazionale e l'eventuale mappatura tra codici regionali e ministeriali e/o altri algoritmi per definire l'informazione secondo quanto previsto dal livello centrale.

2.10 Tracciati record in vigore dal 01/10/2022

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	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note	
1	<b>record</b>	Tipologia del record	C	1	Valore ammesso: 1=record appartenente all’archivio principale	2	9					
2	<b>opera</b>	Tipo operazione	C	1	Valori ammessi: 1=invio; 3=sostituzione; 4=eliminazione	2	9					
3	<b>chiave</b>	Chiave	C	10	<i>Campo chiave SPA1</i> Valore univoco a livello Aziendale che permetta il collegamento del record di SPA1 ( <b>record</b> =1) con i corrispondenti record di SPA2 ( <b>record</b> =2), pertanto per ogni record di SPA1 deve corrispondere almeno un record di SPA2 con stesso valore.	2	9					
4	<b>tipoindu</b>	Tipologia del codice individuale dell’utente	C	1	Valori ammessi come da tabella <b>SPA_TIPOINDU</b> colonna <b>cod_tipoindu</b> . Viene verificata anche la coerenza tra <b>tipoindu</b> e lo scenario di censimento in anagrafe regionale collegato all’ <b>IDutente</b> utilizzato.	2				X		
5	<b>IDutente</b>	Identificativo Univoco dell’utente	C	24	Identificativo univoco del soggetto composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana. Nel caso di soggetti non presenti nel DB anagrafico regionale, il soggetto deve essere censito tramite la RFC 85. Se l’utente ha codice fiscale il valore immesso deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere, per i soggetti di età superiore a 30gg, ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell’Economia e delle Finanze. Le regole di compilazione di questo campo in relazione alle varie modalità di compilazione di <b>tipoindu</b> sono esplicitate nella tabella <b>SPA_TIPOINDU</b> colonna <b>compilazione_IDutente</b> .  <b>Inoltre nel caso in cui:</b> - il campo non è compilato con un IDuniversale il gruppo ricetta <b>viene scartato. (flagtot=9) (*)</b>	2	2 0 9*	X		X		( <b>CodiceAss</b> Codice Fiscale ovvero codice STP. In caso di discordanza tra il codice fiscale presente nella tessera e quello trascritto nella ricetta, ovvero in assenza di tessera sanitaria, nel campo previsto per il Codice Assistito dovrà essere aggiunto alla sequenza dei caratteri del codice fiscale rilevato o acquisito il carattere “D”.)

Specifiche funzionali versione 1.4

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					- se <b>tipoindu</b> è 3 (STP) o F (ENI) e il contenuto di <b>regresu</b> è riferibile ad un codice di regione italiana o <b>cittu</b> =100 il record viene segnalato errato ( <b>flagtot</b> =2)						
6	<b>sexu</b>	Sesso dell'utente	C	1	Valori ammessi: 1=maschio; 2=femmina	1					
7	<b>datanasc</b>	Data di nascita dell'utente	D	8	Validazione: $0 \leq (\text{dataini} - \text{datanasc}) < 124$ anni.	2				X	<p><b>(DataNascitaEstero</b> Data di nascita del soggetto assicurato da istituzione estera. Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri (Campo obbligatorio nei casi in cui sia presente in ricetta, al fine di attribuire la spesa all'istituzione estera del soggetto)</p> <p>Se <b>regpag</b>=999 e <b>flag7</b> &lt; 2 compilato con <b>datanasc</b> , altrimenti vuoto</p>
8	<b>cittu</b>	Cittadinanza dell'utente	C	3	Inserire la cittadinanza dell'utente (codifica ISTAT) Valori ammessi: tabella <b>STATI</b> colonna <b>cod_stato</b> ; <u>Non rilevato</u> → 000.	1					
9	<b>regresu</b>	Regione di residenza dell'utente	C	3	La regione di residenza identifica la regione di appartenenza del comune in cui risiede l'utente. Sistema di codifica ISTAT. Valori ammessi: <u>se utenti residenti in Italia</u> → codice delle regioni italiane, tabella <b>AZIENDE_COMUNI</b> colonna <b>cod_regione</b> . <u>se utenti non residenti in Italia</u> , compreso STP ed ENI → 999. Validazione: verifica di congruenza con <b>comresu</b> . e <b>uslresu</b>	2					
10	<b>comresu</b>	Comune di residenza dell'utente	C	6	Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo stato, presso il quale l'utente risulta legalmente residente. Sistema di codifica ISTAT. <u>Se residente in Italia</u> → codice del comune di residenza, tabella <b>COMUNI</b> colonna <b>cod_comune</b> ; <u>se STP o ENI</u> → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nazionalità del soggetto rilevabile dal tesserino STP o ENI, tabella <b>STATO</b> colonna <b>cod_stato</b> (≠100); <u>se residente in altro stato</u> → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di residenza, tabella <b>STATI</b> colonna <b>cod_stato</b> (≠100).	2				X	<p><b>(StatoEstero</b> Sigla dello Stato estero di appartenenza dell'assistito. Valori ammessi: come da tabella Stati Esteri (Campo Obbligatorio nei casi in cui sia presente in ricetta, al fine di attribuire la spesa all'istituzione estera del soggetto)</p> <p>se <b>uslpag</b>=999 e <b>regpag</b>=999 → codice stato presente in <b>comresu</b>, altrimenti "IT"</p>

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					<p>se apolide →999999</p> <p>Viene effettuata la validazione del campo anche nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato (<b>tipoindu</b> compilato con un codice riferibile ad anonimo).</p> <p>Validazione: verifica di congruenza con <b>regresu</b> e <b>uslresu</b>.</p>						
11	<b>uslresu</b>	USL di residenza dell'utente	C	3	<p>Indicare la USL di residenza a cui appartiene il comune presso il quale l'utente risulta legalmente residente.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>se utenti residenti in Italia → codice ministeriale della USL di residenza (DM 05/12/2006 e successive modifiche e/o integrazioni), tabella <b>AZIENDE_COMUNI</b> colonna <b>cod_azienda</b></p> <p>se utenti non residenti in Italia, compresi STP e ENI → codice ISTAT dello stato di residenza, tabella <b>STATI</b> colonna <b>cod_stato</b> (≠100).</p> <p>Validazione: verifica di congruenza con <b>comres</b> e <b>regresu</b>.</p>	2				X	<p>(ASLAssistito Contiene l'indicazione della ASL di residenza dell'assistito)</p> <p>Se il <b>comresu</b> è presente nella tabella AZIENDE_COMUNI_DEBITI viene inviata la Az.USL presente in questa tabella altrimenti <b>uslresu</b></p>
12	<b>azienda</b>	Azienda sanitaria Erogatrice	C	3	<p><i>Campo chiave SPA1</i></p> <p>Valori ammessi: tabella <b>AZIENDE_SANITARIE</b> colonna <b>cod_azienda</b></p>	2	9			X	<p>(CodAslRic Codice ASL o Azienda Ospedaliera della struttura specialistica ha erogato la prestazione)</p>
13	<b>tipologia_erog</b>	Tipologia erogatore	C	1	<p>In questo campo deve essere indicata la tipologia dell'erogatore della prestazione.</p> <p>Sulla base di questa informazione nella predisposizione dei report per le compensazioni vengono distinte le matrici per il pubblico e per il privato.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1=pubblico; 2=privato</p>	2					
14	<b>accesso</b>	Modalità di accesso alla prestazione	C	2	<p>Valori ammessi: tabella SPA_ACCESSO colonna <b>cod_accesso</b></p> <p>02 deve essere utilizzato per le prescrizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- su ricettari previsti da atti regionali come ad esempio il ricettario regionale per la gravidanza fisiologica</li> <li>- su ricette bianche,</li> <li>- su ricettario interno di prestazioni pre o post ricovero se non prescritte in dema o ricetta rossa</li> </ul> <p>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>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.,</p>	2		X	1	X	<p>(<b>TipoErogazione</b> Tipologia di erogazione delle prestazioni. Valori ammessi: A="Accesso Diretto", P="Pronto Soccorso", D="Ricetta specialistica interna")</p> <p>Se accesso=01 → null Se accesso=02 → D (Ricetta specialistica interna) Se accesso=03 → A (Accesso Diretto)</p>

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					<p>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=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>						
15	finalita	Finalità della prestazione	C	2	<p>Valori ammessi:                      10=prestazioni di screening oncologico                      20=prestazioni per donazione                      40=prestazioni di procreazione medicalmente assistita                      50=prestazioni afferenti al percorso CORD                      60=prestazioni per follow up oncologico DGRT n. 1096/2017 e successive modifiche ed integrazioni                      00=altro                      Se è inserito il valore 10→accesso=08.</p>	1					
16	priorità	Codice di priorità di accesso	C	1	<p>Le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali di <i>primo contatto</i>, specificate nella DGR 604/2019 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 (PNGLA) 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 <i>non</i> di <i>primo contatto</i> oppure <i>non</i> specificate nella DGR 604/2019 e successive modifiche ed integrazioni i valori ammessi sono: U, B, D, P (descritti sopra) oppure 0.</p>	2	X	X			<p><b>(ClassePriorità</b>                      Priorità della prestazione erogata.                      Valori ammessi:                      U=" Nel più breve tempo possibile, comunque, se differibile, entro 72 ore",                      B="Entro 10 giorni",                      D="Entro 30 (visite), entro 60 giorni (visite strumentali)",                      P="Senza priorità")</p> <p><b>Se priorità&lt;&gt;U, B, D, P →null</b></p>

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					Controllo: - se il campo <b>tipocontatto</b> =1 e <b>codpres</b> (SPA2) contiene uno dei codici presenti nella tabella <b>PRESTAZIONI_PNGLA</b> → U, B, D e P altrimenti → U; B; D; P e 0.						
17	<b>tipocontatto</b>	Tipologia del contatto	C	1	Per le prestazioni ambulatoriali specificate nella DGR493/2011 e successive modifiche ed integrazioni deve essere indicato se si tratta di un primo contatto o di un contatto successivo. - se il campo <b>codpres</b> (SPA2) contiene uno dei codici presenti nella tabella <b>PRESTAZIONI_PNGLA</b> → 1=primo contatto (primo accesso) 2=contatto successivo al primo (accesso successivo) - altrimenti → 1, 2 e 0.	2		X		X	( <b>TipoAccesso</b> : Indica se la prestazione viene effettuata come primo accesso o meno. Valore ammesso:0=Altro accesso; 1= Primo accesso)  Se <b>tipocontatto</b> =1 → 1, Se <b>tipocontatto</b> =2 → 0 altrimenti null
18	<b>ricetta</b>	Codice della ricetta	C	16	Si evidenzia come la rilevazione del codice della ricetta risponda ad un preciso adempimento delle disposizioni contenute nell'art. 50 del dl 269/2003 e successive modifiche ed integrazioni, oltre ovviamente a consentire la identificazione del medico prescrittore. Se <b>accesso</b> =01 → codice della ricetta SSN: pos.1-3 codice regione o ente SASN; pos.4-5 anno di produzione: tra 03 e l'anno di erogazione pos.6-12 progressivo ricettario; pos. 13-14 progressivo ricetta; pos.6-15 devono essere presenti numeri la cui somma deve essere diversa da 0 pos.16 blank altrimenti unico valore ammesso 0000000000000000 (16 zeri).  Inoltre se <b>accesso</b> =01, viene verificata l'univocità ovvero che non siano presenti nell'insieme delle ricette inviate dall'Azienda altri record con <b>accesso</b> =01 e medesimo codice ricetta. In caso di ricette duplicate viene accolta solo la prima inviata in ordine 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 sanitarie, RT accoglie tutti i record. - <u>Per gestire al meglio le procedure che controllano l'univocità del codice ricetta, nel caso in cui vi sia la necessità di apportare variazioni al codice ricetta è necessario inviare con <b>opera</b>=4 il record di SPA1</u>	2	9			X	Se <b>accesso</b> =01 → ricetta Se <b>accesso</b> =01 e <b>ricetta</b> =vuoto o zeri → <b>NRE</b> [1,3]+ <b>NRE</b> [4,2]+ <b>NRE</b> [7,9] + <b>NRE</b> [6,1] Se <b>accesso</b> =02 o 03 → 999+anno di erogazione+progressivo di 9 caratteri+9

**Specifiche funzionali versione 1.4**

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					<u>con stessa chiave e stessa ricetta e successivamente rinviarlo con opera=1 con stessa chiave e campo ricetta modificato.</u>						
19	<b>dataPres</b>	Data di prescrizione della ricetta	D	8	Deve essere inserita la data nella quale il medico prescrittore compila la ricetta. Se <b>accesso=01</b> → <b>dataPres ≤ dataini</b> se <b>accesso &lt;&gt; 01</b> → non compilare (vuoto).	2		X		X	<b>DataCompilazione</b> Data compilazione del medico. Valori ammessi: formato Data XML (aaaa-mm-gg)  Se <b>datapres</b> valorizzata e <b>datapres</b> compresa tra <b>annorif -3</b> e <b>annorif -&gt; datapres</b> <b>datapres</b> Altrimenti vuoto
20	<b>dataSped</b>	Data di spedizione della ricetta	D	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 <b>accesso=01, dataPres ≤ dataSped ≤ dataini</b> Se <b>accesso &lt;&gt; 01</b> → non compilare (vuoto).	1		X		X	<b>(DataSpedizione)</b> Data di pagamento del ticket o di riconoscimento dell'esenzione dell'assistito. Valori ammessi: formato Data XML (aaaa-mm-gg) La data viene presa in considerazione in fase di valorizzazione della ricetta, per applicare il prezzo delle prestazioni ed eventuali regole economiche vigenti in quel momento)  opzionale (non si valorizza)
21	<b>ricSug</b>	Ricetta suggerita	C	2	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 <b>offrire delle importanti indicazioni, è richiesta nelle specifiche attuative dell'art. 50 del dl 269/2003</b> e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare dei decreti attuativi per la trasmissione dei dati verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Se <b>accesso=01</b> → 00= non suggerita; 01= suggerita se <b>accesso &lt;&gt; 01</b> → non compilare (vuoto).	1		X		X	<b>(Suggerita)</b> Indica l'informazione di ricetta suggerita Valore ammesso: S= Suggerita)  Se 01 → S, altrimenti vuoto
22	<b>tipomp</b>	Tipologia del medico proponente	C	2	Se <b>accesso=01,02</b> → tabella <b>TIPO_SPECIALIZZAZIONE</b> colonna <b>cod_tipo_specializzazione</b> altrimenti → 00.	1					
23	<b>totprest</b>	Numero totale delle prestazioni	N	3	Valori ammessi: <b>Σ numacc</b> (SPA2) secondo le indicazioni contenute nella tabella	2		X			

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note	
		erogate			<b>SPA_TIOPR</b> campo <b>totprest=si</b>							
24	<b>numPrestEff</b>	Numero delle prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	N	2	<p>Compilato solo se <b>accesso=01</b> altrimenti deve essere vuoto.                      NON si accetta il vuoto per <b>accesso=01</b>.                      Se <b>accesso=01</b>→ Conteggia il numero di righe di SPA2 in cui al <b>tipopr</b> corrisponde nel campo NUMPRESTEFF della tabella <b>SPA_TIOPR</b> il valore SI.                      Se <b>accesso=01</b> e almeno una prestazione con <b>tipopr=S</b> →01;                      Se <b>accesso &lt;&gt;01</b> →non compilare (vuoto).</p>	2		X				
25	<b>imprest</b>	Importo totale netto	E	8	<p>Valori ammessi: importo in euro.                      In tale campo deve essere inserito, solo per i record di SPA2 con <b>compensa=1</b>, il valore:                      (<math>\Sigma</math> lordo (SPA2))-<b>imptick</b> (SPA1).                      Se la differenza risultasse negativa→8 zeri.                      Si ricorda che in questo campo non vanno computati i valori presenti nei campi <b>quoric</b> (quota ricetta) e <b>quotACPS</b> (quota accesso al pronto soccorso).                      Se almeno un record collegato di SPA2 è di <b>tipopr=S</b> e (<math>\Sigma</math> lordo (SPA2) &gt; tariffa massima prevista per il pacchetto da tabella PACCHETTI_PAS allora <b>imprest</b> sarà la tariffa massima da tabella PACCHETTI_PAS – <b>imptick</b></p>	2		C				
26	<b>imptick</b>	Totale ticket dovuto dall'utente	E	8	<p>Si precisa che in questo campo deve essere inserito, l'<b>importo dovuto dall'utente</b> e non l'importo incassato.                      Se <b>accesso=02, 11 o 12</b>→intero importo dovuto dall'utente (<b>imptick</b>&gt;= 0);                      se <b>accesso=04</b> e <b>codese=000000</b>→importo dovuto dall'utente che eccede la quota di accesso al pronto soccorso (<b>quotAcPS</b> ), secondo normativa vigente (<b>imptick</b> &gt;= 0);                      se <b>accesso =04</b> e <b>codese</b> contiene un codice di esenzione valido e diverso da 000000 allora <b>imptick</b> = 0                      se <b>accesso=01</b> e <b>codese=000000</b> →SOGLIA<sup>1</sup>&gt;<b>imptick</b>&gt;00000,00;                      se <b>accesso=01</b> e <b>codese</b> contiene un codice di esenzione valido →SOGLIA<sup>1</sup>&gt;<b>imptick</b>≥00000,00.                      Se <b>accesso=01</b> e almeno una prestazione di SPA2 ha <b>tipopr=S</b> e <b>esitovf=0</b></p>	2		X		X		<p><b>(FranchigiaCaricoAss</b>                      Franchigia a carico dell'assistito sul costo delle prestazioni.                      Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99".                      (Campo necessario per il riscontro del valore attribuito dalla struttura)</p>

<sup>1</sup> il valore SOGLIA, descritto nei paragrafi precedenti, è dipendente da **numprestEff** (SPA1) e dalle branche di appartenenza delle prestazioni erogate.

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					→imptick = 00000,00						
27	codese	Codice esenzione	C	6	<p>Indicare l'eventuale esenzione dell'utente come da tabella <b>ESENZIONI</b> colonna <b>stampa</b>                      Se non esente inserire 000000 (valore riportato anche nella tabella <b>ESENZIONI</b>)                      Per <b>accesso=01</b> la validità di <b>codese</b> è verificata alla data di prescrizione (data applicativa=<b>datapres</b>), ovvero la data di prescrizione deve essere compresa (anche uguale) tra <b>data_inizio</b> e <b>data_fine</b> della tabella <b>ESENZIONI</b>.                      Per <b>accesso&lt;&gt;01</b> la validità di <b>codese</b> è verificata alla data di erogazione (data applicativa=<b>data_fine</b>), ovvero la data di erogazione deve essere compresa (anche uguale) tra <b>data_inizio</b> e <b>data_fine</b> della tabella <b>ESENZIONI</b></p>	2		X	X		<p><b>(NonEsente)</b>                      Valore assunto dalla casella                      "N – NON ESENTE" presente in ricetta.                      Valori ammessi:                      "null"= Casella "N" non biffata, con significato di prescrizione per soggetto esente;                      1= Casella "N" biffata, con significato di prescrizione per soggetto non esente)                      Se <b>codese=000000</b> oppure vuoto allora si valorizza = '1', altrimenti vuoto  <b>(CodEsenzione)</b>                      Codice esenzione.                      Valori ammessi:                      "null"= campo vuoto in ricetta;                      Codice di esenzione riportato in ricetta come da tabella nazionale ovvero da trascodifiche regionali.                      (Campo obbligatorio se presente in ricetta)                       se il <b>f_codese=0</b> e <b>codese&lt;&gt;(000000</b> e vuoto)→<b>codese</b> altrimenti vuoto   <b>(Reddito)</b>                      Valore assunto dalla casella                      "R – REDDITO" presente in ricetta)                       Se <b>f_codese='0'</b> e il <b>cod_tipo</b> estratto dalla tabella <b>ESENZIONI</b> per <b>stampa = codese</b> ha il valore 'E' si valorizza = '1', altrimenti vuoto</p>
28	vuoto			2					2		
29	quoric	Quota ricetta	E	8	<p>Inserire l'importo in euro del ticket aggiuntivo sulla ricetta <b>dovuto dall'utente</b>, in rispetto della normativa vigente al momento dell'erogazione della prestazione, secondo il formato euro (00000,00). Se l'importo non è dovuto compilare con 00000,00.                      Valori ammessi:</p>	2	2	X	0	X	

Specifiche funzionali versione 1.4

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					se <b>imptick</b> ≤00010,00→00000,00 se <b>imptick</b> >00010,00→ 00000,00 o ≥00010,00						
30	<b>quotAcPS</b>	Quota accesso al pronto soccorso	E	8	Importo in euro pari al valore dovuto dall'utente per l'accesso al pronto soccorso in base alle disposizioni vigenti. Se <b>accesso</b> =04 valori ammessi: 00000,00 o 00025,00 Se <b>accesso</b> <>04 unico valore ammesso 00000,00.	2					
31	<b>istiCompEurop</b>	Istituzione competente Europea	C	28	Il campo deve essere compilato in caso di pazienti che hanno una copertura sanitaria in ambito dei paesi dell'Unione Europea. Valori ammessi: se Cittadino UE (valutato in base al contenuto di <b>tipoindu</b> ) e <b>regresu</b> =999→codice della istituzione competente che garantisce la copertura sanitaria dell'utente; se informazione non reperibile→28 zeri; altrimenti→non compilare (vuoto).	1		X		X	<b>(IstituzCompetente</b> Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzione estera. Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri (Campo Obbligatorio nei casi in cui sia presente in ricetta, al fine di attribuire la spesa all'istituzione estera del soggetto))
32	<b>codIdeUteEurop</b>	Codice identificativo dell'utente europeo	C	20	Il campo deve essere compilato in caso di utente assicurato da istituzione dell'Unione Europea. Valori ammessi: se Cittadino UE (valutato in base al contenuto di <b>tipoindu</b> ) e <b>regresu</b> =999→codice identificativo dell'utente assicurato da una istituzione della Unione Europea se l'utente è privo della idonea documentazione→20 zeri; altrimenti→non compilare (vuoto).	1		X		X	<b>(NumIdentPers</b> Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzione estera. Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri (Campo obbligatorio nei casi in cui sia presente in ricetta, al fine di attribuire la spesa all'istituzione estera del soggetto))
33	<b>codIdeDocuEurop</b>	Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	20	Il campo deve essere compilato in caso di utente assicurato da istituzione dell'Unione Europea. Valori ammessi: se Cittadino UE (valutato in base al contenuto di <b>tipoindu</b> ) e <b>regresu</b> =999→codice identificativo della tessera europea di assicurazione se informazione non reperibile→20 zeri; altrimenti→non compilare (vuoto).	1		X			<b>NumIdentTess</b> Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzione estera. Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri (Campo obbligatorio nei casi in cui sia presente in ricetta, al fine di attribuire la spesa all'istituzione estera del soggetto))
34	<b>codStatDocuEurop</b>	Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	3	Codice ISTAT dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce la copertura dell'assistenza sanitaria Valori ammessi: Cittadino UE (valutato in base al contenuto di <b>tipoindu</b> ) e <b>regresu</b> =999→codice ISTAT dello stato estero a cui appartiene l'ente	1		X			

**Specifiche funzionali versione 1.4**

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					che garantisce la copertura dell'assistenza sanitaria; altrimenti → non compilare (vuoto).						
35	<b>dataScadDocuEurop</b>	Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	D	8	Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia. Per i soggetti che hanno la tessera sanitaria rilasciata dal ministero dell'economia e delle finanze o per quelli diversi da quelli assistiti da una istituzione europea o in caso di irreperibilità lasciare il campo vuoto Se <b>accesso</b> =01, inserire gmmmaaaa Se <b>accesso</b> <> 01 o informazione non reperibile → non compilare (vuoto).	1		X		X	<b>DataScadenzaTessera</b> Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito. Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri nel formato Data XML (aaaa-mm-gg) (Campo obbligatorio nei casi in cui sia presente in ricetta, al fine di attribuire la spesa all'istituzione estera del soggetto)
36	<b>biffaStmpElet</b>	Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	1	Riportare l'informazione alla ricetta stampata mediante un sistema informatico. La ricetta prevede in alto a destra una casella da biffare nel caso in cui la ricetta sia stampata mediante un prodotto informatico. L'apposizione della biffatura in questo apposito spazio è un adempimento posto in carico al medico prescrittore. Se <b>accesso</b> =01 → 0=assenza della biffatura nell'apposito spazio (ricetta manuale) 1=ricetta informatizzata con biffatura campo "Stampa PC" e codice fiscale in barcode 2=ricetta informatizzata con la sola biffatura del campo "Stampa PC" Se <b>accesso</b> <>01 → non compilare (vuoto).	1		C		X	<b>(CodRaggrup)</b> Tipologia di raggruppamento delle ricette informatizzate e non informatizzate. Valori ammessi: 0 = Ricetta manuale 1 = Ricetta informatizzata con biffatura campo "Stampa PC" e codice fiscale in barcode 2 = Ricetta informatizzata con la sola biffatura del campo "Stampa PC"  Se vuoto → 0
37	<b>tipoassist</b>	Tipologia di assistenza	C	2	01=assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno (EE) 02=assistiti SASN con visita ambulatoriale (NA) 03=assistiti SASN con visita domiciliare (ND) 04=assistiti da istituzioni estere 05=assistito SASN extraeuropeo (NX) 99=altra tipologia di assistenza	1		X		X	<b>(TipoRic)</b> Codice identificativo di una prescrizione per soggetti stranieri o naviganti. Valori ammessi: EE = Assicurati extra-europei in temporaneo soggiorno UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale ND = Assistiti SASN con visita domiciliare NE = Assistiti da istituzioni europee NX = Assistiti SASN extraeuropei ST = Stranieri in temporaneo soggiorno  se <b>tipoindu</b> =6 e <b>tipoassist</b> =01 → EE (Assicurati extra-europei in temporaneo soggiorno) se <b>tipoindu</b> <>3 e <b>tipoassist</b> =02 → NA

**Specifiche funzionali versione 1.4**

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
											(Assistiti SASN con visita ambulatoriale) se <b>tipoindu</b> <3 e <b>tipoassist</b> =03→ND (Assistiti SASN con visita domiciliare) se <b>tipoindu</b> =5 e <b>tipoassist</b> = 04→NE (Assicurati europei in temporaneo soggiorno) se <b>tipoindu</b> =6 e <b>tipoassist</b> =05→ NX (ssistiti SASN extraeuropei) se <b>tipoindu</b> 3→ ST (Stranieri in temporaneo soggiorno)
38	<b>dservice</b>	Day_service	C	1	L'informazione riportata ha lo scopo, oltre che di individuare le prestazioni di day service, di ricostruire insieme all'identificativo dell'utente e alla data di prestazione tutte le ricette e quindi le prestazioni afferenti ad un medesimo episodio di day service. Valori ammessi: 0=no day service 1=1° ricetta del percorso day service 2=ricette intermedie del percorso day service 3=ultima ricetta del percorso di day service 4=unica ricetta per prestazione iniziale e finale di day service Il codice 4 è da utilizzare solo nel caso in cui il percorso di day service sia contenuto in un'unica ricetta. Il codice 2 identifica tutte le ricette intermedie del percorso che, a parità di identificativo dell'utente e sulla base della data di erogazione, vengono attribuite ad un unico percorso di day service assieme alla 1° ricetta e ultima ricetta.	2					
39	<b>PACC</b>	Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	C	3	In questo campo viene indicato il PACC (Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) attivato. Valori ammessi: tabella <b>PACC</b> .	2					
40	<b>patpres</b>	Codice della patologia presunta	C	5	Patologia presunta o quesito diagnostico segnalata in ricetta per la quale è stata richiesta la prestazione. Valori ammessi: Codice ICD9CM, tabella <b>DIAGNOSI_ICD9CM</b> non rilevato→00000	1		X		X	<b>CodiceDiagnosi</b> Tabella ICD-9-CM. Codice diagnosi/quesito diagnostico Codice secondo la tabella ICD-9-CM (Campo obbligatorio se presente in ricetta)

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
41	ICD9	Codice della patologia accertata	C	5	Patologia accertata segnalata in ricetta per la quale è stata richiesta la prestazione. Valori ammessi: Codice ICD9CM, tabella <b>DIAGNOSI_ICD9CM</b> nessuna patologia accertata→99999 non rilevato→00000	1					X
42	NRE	Numero di ricetta elettronico	C	15	Questo campo deve essere compilato obbligatoriamente in caso di prescrizione effettuata in modalità elettronica ( <u>presenza</u> di NRE in ricetta SSN) con il Numero di Ricetta Elettronica (NRE) esclusivamente in <b>accesso</b> =01. In caso di ricetta elettronica regionale compilare il campo con il Numero di Ricetta Elettronica Toscana (NRET) in <b>accesso</b> =02 o 03, negli altri casi compilare il campo con 15 zeri.  Inoltre Per <b>accesso</b> =01, nel caso in cui sia compilato <u>solo o anche</u> il campo <b>ricetta</b> (campo 20) il controllo di univocità viene effettuato sul campo <b>ricetta</b> , mentre nel caso in cui il campo <b>ricetta</b> non sia compilato il controllo di univocità viene effettuato sul presente campo. In quest'ultimo caso quindi viene verificato che il contenuto del campo sia univoco ovvero che non siano presenti nell'insieme delle ricette inviate dall'Azienda sanitaria altri record con <b>accesso</b> =01 e medesimo codice NRE. In caso di ricette duplicate viene accolta solo la prima inviata in ordine temporale o, se trasmesse nello stesso invio, ne viene acquisita solo una: la prima riscontrata. Nel caso in cui un medesimo NRE sia inviato da più aziende, RT accoglie tutti i record. <b>Per gestire al meglio le procedure che controllano l'univocità del codice ricetta, nel caso in cui vi sia la necessità di apportare variazioni al codice NRE è necessario inviare con opera =4 il record di SPA1 con stessa chiave e stesso NRE e successivamente rinviarlo con opera=1 con stessa chiave e campo NRE modificato.</b>	2	9				X
43	vuoto			8							
44	dispReg	Campo ricetta a disposizione delle Regioni	C	8	Campo della ricetta a disposizione delle Regioni per provvedimenti specifici	1		X			X
45	IDmp	Identificativo univoco del medico proponente	C	24	Valori ammessi: se <b>accesso</b> =01 o 02→Identificativo univoco del medico proponente	1		X			

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					<p>composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana. Nel caso di soggetti non presenti nel DB anagrafico regionale, il soggetto deve essere censito tramite la RFC 85. Se l'utente ha codice fiscale il valore immesso deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p> <p><b>altrimenti → 24 zeri</b></p>						
46	<b>esitovf</b>	Esito valutazione finale	C	1	<p>Compilare solo per i percorsi assistenziali di medicina fisica.                      Se almeno un record di SPA2 è di <b>tipopr=S</b>, valori ammessi:                      0=percorso non effettuato                      1=risolto                      2=ripetere percorso 2                      3=effettuare percorso 3                      4=ciclo interrotto                      Altrimenti Null</p>	2					
47	<b>domicilio</b>	Flag luogo di erogazione	C	1	<p>Indicare il luogo di erogazione della prestazione.                      Valori ammessi:                      0=non erogata a domicilio                      1=erogata a domicilio                      2=televisita erogata tramite piattaforma unica regionale                      3=televisita erogata tramite altra piattaforma</p>	1		X			

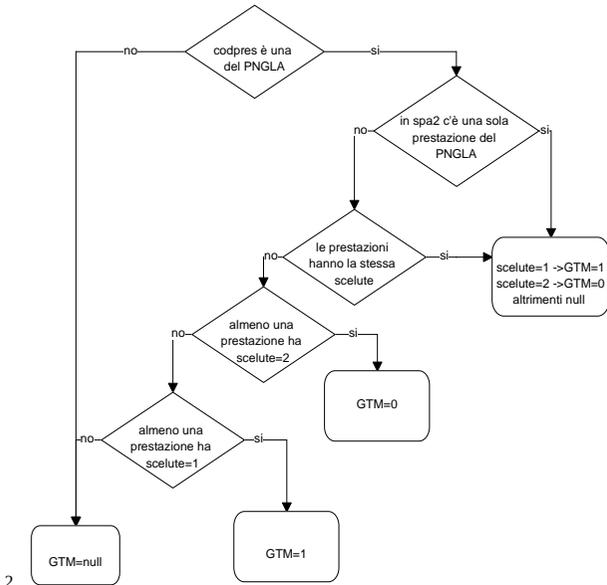
ARCHIVIO SPA2 (Archivio dettaglio: Prestazioni erogate all'utente)

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
1	<b>record</b>	Tipologia del record	C	1	Valori ammessi: 2=record appartenente all'archivio dettaglio	2	9				
2	<b>chiave</b>	Chiave	C	10	<i>Campo chiave SPA2</i> Deve essere inserito un valore univoco a livello Aziendale che permetta il collegamento del record dell'archivio principale ( <b>record=1</b> ) con i corrispondenti record dell'archivio dettaglio ( <b>record=2</b> ), pertanto in corrispondenza di un record di SPA1 deve corrispondere almeno un record di SPA2 con un valore identico nel campo 2.	2	9				
3	<b>usl_strutt_erog</b>	Az. sanitaria del presidio erogatore prestazione	C	3	Codice ministeriale dell'Azienda sanitaria toscana che effettivamente ha erogato la prestazione Valori ammessi: tabella <b>STRUTTURE_OPERATIVE_STS11</b> colonna <b>cod_azienza</b>	2		X			
4	<b>presidio</b>	Codice del presidio Erogatore	C	6	Indicare struttura che provvede effettivamente alla erogazione della prestazione. Valori ammessi: tabella <b>STRUTTURE_OPERATIVE_STS11</b> colonna <b>cod_presidio</b> Si precisa che nel caso di prestazioni erogate a domicilio da parte di personale SSN, deve essere inserito il codice STS.11 del presidio che è funzionalmente responsabile dell'erogazione della prestazione.	2		X	X		<b>CodStrutturaRic</b> Codice della struttura specialistica che ha erogato la prestazione Archivio principale: presidio del primo record di dettaglio per il quale <b>usl_strutt_erog=azienda</b> Altrimenti viene preso comunque il codice presidio del primo record di dettaglio (sarà scartato)  <b>CodicePresidio</b> Codice del presidio erogatore della prestazione
5	<b>speciali</b>	Specialità di erogazione	C	3	In tale campo deve essere inserito il codice della specialità relativo alla struttura organizzativa a cui appartiene l'operatore o il gruppo di erogatori. Valori ammessi: tabella <b>SPECIALITA</b> colonna <b>cod_specialita</b> .	1					
6	<b>reparto</b>	Progressivo della specialità di erogazione	C	2	Tale campo permette di rilevare l'attività erogata nelle strutture ospedaliere in regime ambulatoriale in relazione al reparto ospedaliero di riferimento. Valori ammessi: se l'ambulatorio non è interno ad un presidio ospedaliero → 00 (2 zeri) altrimenti inserire il codice del reparto ospedaliero così come indicato nei flussi ministeriali.	1					

**Specifiche funzionali versione 1.4**

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					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 STS11 utilizzato per individuare il presidio erogatore.						
7	<b>disciplina</b>	Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	2	I codici da utilizzare sono gli ultimi due caratteri dei valori presenti tabella <b>SPECIALITA</b> colonna <b>cod_specialita</b> , che hanno carattere iniziale 0.	1				X	<b>CodReparto</b> Codice del reparto che erogato la prestazione
8	<b>dataini</b>	Data di INIZIO erogazione della prestazione	D	8	Data di erogazione della prestazione in genere <b>dataini=datafine</b> Eccezioni: Se <b>tipopr=4</b> o se <b>tipopr=1</b> e la prestazione specialistica <u>è articolata in cicli</u> , (tabella <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>classificazione=3</b> )→data effettiva di erogazione della prima prestazione.	2		X		X	<b>(DataErogInizio)</b> Data inizio trattamento Valori ammessi: formato Data XML (aaaa-mm-gg) (Campo obbligatorio per prestazioni/somministrazioni cicliche))
9	<b>datafine</b>	Data di FINE erogazione della prestazione	D	8	Data di erogazione della prestazione in genere <b>dataini=datafine</b> Eccezioni: Se <b>tipopr=4</b> o se <b>tipopr=1</b> e la prestazione specialistica <u>è articolata in cicli</u> , (tabella <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>classificazione=3</b> )→data effettiva di erogazione dell'ultima prestazione. L'invio in Regione deve essere effettuato sulla base a questa data	2	9	X		X	<b>(DataERogFine)</b> Data fine trattamento per le prestazioni cicliche. Valori ammessi: formato Date XML (aaaa-mm-gg) (Campo obbligatorio per prestazioni/somministrazioni cicliche)) <b>(DataErogazione)</b> Data erogazione della prestazione, valida anche ai fini dei tempi di attesa. Valori ammessi: formato Date XML (aaaa-mm-gg)  Data minima 2001-01-01 per le cicliche (tabella prestazioni campo classificazione=3 prestazione) per tali prestazioni la data di erogazione è la data di inizio
10	<b>contatto</b>	Data di primo contatto per la richiesta della prestazione	D	8	Inserire la data in cui l'utente ha richiesto la prestazione: <b>contatto≤dataini</b> . Nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione <b>contatto=dataini</b> . Se <b>tipopr =4</b> →00000000 (otto zeri)	2		X		X	<b>(DataPrenotazione)</b> Valori ammessi: formato Data XML (aaaa-mm-gg))
11	<b>scelUte</b>	Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	1	Nel PRGLA 2019-2021 approvato con DGR 604/2019 viene espressa la necessità di rimarcare gli ambiti territoriali ed erogativi di riferimento ai	2		X		X	<b>(GaranziaTempiMassimi)</b> Garanzia dei tempi massimi

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					fini della programmazione e la valutazione dei tempi di attesa, per il rispetto degli standard del Servizio Sanitario Regionale (Zona distretto, AG, ASL, Area Vasta). A tale proposito si precisa che in questo campo deve essere rilevata l'informazione inerente la scelta dell'utente rispetto alla prima disponibilità proposta alla prenotazione. Con il valore 3 si dovranno rilevare sia i casi di scelta di una data diversa sia i casi di scelta di un ambito territoriale diverso da quelli proposti. Se <b>tipopr</b> =1, S, C, N o D → 1=l'utente non ha effettuato nessuna scelta 3=l'utente ha scelto un ambito di garanzia diverso da quello di prima disponibilità. altrimenti →9.						di attesa. Valore ammesso: 1= Utente a cui devono essere garantiti tempi massimi di attesa 0=Utente che non rientra nella categoria precedente)  Archivio principale <sup>2</sup>
12	<b>dataprenotabile</b>	Data prenotabile o di prima disponibilità	D	8	Se <b>tipopr</b> =1 o S o C o N o D → <b>contatto</b> ≤ <b>dataprenotabile</b> ≤ <b>dataini</b> , nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione la data coincide con la data di erogazione;	1		X			



2

2. Prestazioni Ambulatoriali

Specifiche funzionali versione 1.4

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					se <b>tipopr</b> =4→00000000 (otto zeri)						
13	<b>tipopr</b>	Tipologia della prestazione erogata	C	1	In questo campo deve essere indicata la tipologia di prestazione erogata. Valori ammessi tabella <b>SPA_TIPOPR</b> colonna <b>cod_tipopr</b> .  <b>Se tipopr=8 allora accesso&lt;&gt;01</b>	2				X	<b>TipologiaPrestazione</b> Tipologia prestazione: erogazione prestazione ambulatoriale, prestazione domiciliare, ecc. <b>vengono inviate le ricette per le quali il tipopr è presente in SPA_TIPOPR campo FLAG_MEF=1</b> viene popolata con T se il codice catalogo riportato ha C1=TLV (tabella_CATALOGO_UNICO_PRESTAZIONI)  Vengono estratte tutte le SPA1 ad eccezione di quelle con in cui almeno una prestazione è di <b>Tipopr=4 o 5 o 8</b>
14	<b>codpres</b>	Codice della prestazione erogata	C	10	In questo campo devono essere inseriti i codici delle prestazioni erogata in conformità con quanto dichiarato nel campo <b>tipopr</b> Valori ammessi: come da tabella <b>SPA_TIPOPR</b> colonna <b>codpres</b> Il codice riportato deve essere congruente rispetto al campo <b>pacchetto</b> .	2		X		X	<b>CodicePrest</b> Codice nomenclatore Terapeutico Come da tariffario nazionale/regionale
15	<b>codcatalogo</b>	Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni	C	10	Valori ammessi: Se <b>tipopr=1, D, E, S, N o C</b> →inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale del catalogo unico regionale, tabella <b>CATALOGO_UNICO_PRESTAZIONI</b> colonna <b>cod_prestazione_catalogo</b> ,  <b>CONTROLLO DI UNIVOCITA'</b> Se <b>accesso=01</b> e <b>tipopr=1</b> e <b>codcatalogo</b> nella tabella <b>CATALOGO_UNICO_PRESTAZIONI</b> alla colonna <b>codice_ripetibile_in_ricetta=0</b> , si verifica l'univocità del codice all'interno dello stesso <i>gruppo ricetta</i> di SPA2. In tutti i casi si verifica che sia un codice valido e la coerenza con <b>tipopr</b> e <b>codpres</b> . Si accetta NULL, ma non zero.	2		X			
16	<b>branca</b>	Codice della branca della prestazione erogata	C	1	Valori ammessi: se <b>tipopr=1, D, E, C o N</b> → branca effettiva di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale, tabella <b>PRESTAZIONI_BRANCA</b> colonna <b>cod_branca</b> ,	1		X		X	<b>BrancaPrestazione</b> Codice identificativo della branca Valori ammessi: come da codifica regionale (Campo Obbligatorio per il riscontro del valore)

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					<p>l'Azienda erogatrice deve specificare la branca di effettiva erogazione della prestazione, desumibile anche dal codice presente nel campo specialità di erogazione della prestazione.</p> <p>se <b>tipopr=8</b>→branca effettiva di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore.</p> <p>Se <b>tipopr=S</b> o <b>R</b> →Medicina fisica e Riabilitazione - Recupero e Riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi – codice L</p> <p>Altrimenti 0 (zero)</p>						attribuito dalla struttura).
17	<b>numacc</b>	Numero degli accessi alla Prestazione	N	3	<p>Inserire numero di accessi in genere 001.</p> <p>Eccezione: Se <b>tipopr=4</b> o se <b>tipopr=1</b> e la prestazione specialistica <u>è articolata in cicli</u>, (tabella <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>classificazione=3</b>)→deve essere inserito il numero di accessi effettuati: tale valore non deve superare il numero massimo <u>di accessi</u> consentito.</p>	2				X	<p><b>QtaPrest</b> Quantità prestazioni/prodotto somministrato Valori ammessi: numerico compreso tra “1” e “9999”.</p>
18	<b>quantuni</b>	Numero di prestazioni effettivamente erogate	N	6	<p>Valori ammessi: NNN,00</p> <p>se <b>tipopr=1</b> e la prestazione erogata <u>è una prestazione a ciclo</u> (tabella <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>classificazione=3</b>)→ deve essere inserito il numero di prestazioni effettivamente erogate. Tale valore non deve superare il numero massimo di prestazioni previste per il relativo ciclo terapeutico;</p> <p>se <b>tipopr=4</b>, deve essere inserita la quantità totale di prodotto somministrato all'utente.</p> <p>Altrimenti 001,00</p>	2		X			
19	<b>tariffa</b>	Tariffa	E	8	<p>In questo campo deve essere inserita la tariffa della prestazione erogata</p> <p>Tariffa in euro della prestazione o del prodotto codificati nel campo <b>codpres</b> di SPA2→ tabella <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>tariffa</b> (non si controlla per <b>tipopr=8</b>). La tariffa deve essere minore o uguale dell'importo presente in tabella <b>PRESTAZIONI</b> colonna <b>tariffa</b>.</p> <p><b>Se tipopr=S</b> → tariffa per seduta (tabella <b>PACCHETTI_PAS</b> colonna <b>tariffa/colonna sedute</b>). Se il campo <b>opzione</b> è nullo allora <b>f_tariffa=2</b>. La tariffa deve essere maggiore di zero e minore o</p>	2		X		X	<p><b>TariffaPrest</b> Tariffa applicata al cittadino, vigente al momento dell'erogazione. Valori ammessi: numerico compreso tra “0.00” e “99999.99”.</p> <p>(Campo necessario per il riscontro del valore attribuito dalla struttura)</p> <p><b>TariffaPrestLab</b> Tariffa di rimborso applicata a favore della struttura erogatrice, vigente al momento dell'erogazione. Valori ammessi: numerico compreso tra “0.00”</p>

**Specifiche funzionali versione 1.4**

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					uguale al costo per seduta cioè al valore ottenuto dalla divisione dell'importo nella colonna <b>tariffa</b> della tabella <b>PACCHETTI_PAS</b> e il numero nella colonna <b>SEDUTE</b> della tabella <b>PACCHETTI_PAS</b> . Si arrotonda per eccesso alla seconda cifra decimale.  Se <b>tipopr =R</b> →00000,00						e "99999.99". (Campo necessario per il riscontro del valore attribuito dalla struttura)  per tipopr=S la tariffa deve essere calcolata: tariffa*numero sedute (numero SPA2 con tipopr=S dal <u>consolidato regionale</u> – si richiede di prevedere un campo in SPA1 con il numero delle sedute cioè con il numero di righe SPA2 con <b>tipopr=S</b> )
20	<b>lordo</b>	Importo lordo	E	8	In questo campo deve essere inserito l'importo lordo della prestazione erogata o del prodotto somministrato. Se <b>tipopr=E</b> o <b>D</b> → 00000,00 altrimenti <b>lordo=quantuniXtariffa.</b>	2		C		X	<b>Archivio principale TotValoreRicetta</b> Valore totale delle prestazioni come somma dei singoli importi derivati dal nomenclatore Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99".
21	<b>convenzione</b>	Prestazione soggetta a convenzione	C	1	Valori ammessi: 0=prestazione non soggetta a rapporto convenzionale 1=prestazione soggetta a rapporto convenzionale 2=prestazione soggetta a "compensazione centralizzata regionale" Se <b>convenzione=1</b> allora il campo <b>compensa=0</b> .	2					
22	<b>compensa</b>	Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	1	Lo scopo del campo è quello di identificare le prestazioni per le quali deve essere attivata la procedura di compensazione a livello regionale, da quelle che, non devono essere assoggettate a tale procedura. Valori ammessi: 0=non soggetto a compensazione, <b>convenzione=0</b> 1=soggetto a compensazione Le regole di compilazioni seguono le indicazioni riportate nella tabella <b>SPA_COMPENSAZIONE_CONVENZIONE</b>	2					
23	<b>tipoerog</b>	Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	2	Indicare la tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale. Valori ammessi: se <b>accesso&lt;&gt;11</b> →00 se <b>accesso=11</b> →03=prestazione erogata da medico specialista dipendente 08=prestazione erogata da medico specialista	1					

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
					convenzionato interno 99=altro						
24	<b>chiavespa2</b>	Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	10	<i>Chiave SPA2.</i> Campo chiave per l'archivio di dettaglio, consente l'individuazione univoca del record di spa2 all'interno dello stesso gruppo ricetta. Il valore del campo deve essere univoco a livello <b>azienda&amp;chiave</b>	2	9				
25	<b>MRA_erog</b>	MRA_ struttura erogatrice	C	15	Codice della struttura erogatrice secondo il sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza (tripletta). In questo campo dovrà essere inserito il codice della struttura di erogazione secondo il sistema MRA. In attesa degli atti regionali di recepimento dell'emanando Decreto Ministeriale, il campo deve essere lasciato vuoto.	2					
26	<b>pacchetto</b>	Codice del pacchetto	C	10	In questo campo viene rilevato il codice di aggregazione assegnato all'insieme di più prestazioni erogate in un'unica soluzione: <ul style="list-style-type: none"> <li>pacchetto ambulatoriale (<b>tipopr=C e D</b>), è costituito da prestazioni del Catalogo Regionale delle Prestazioni Ambulatoriali come da DD 5456 del 2018 e successive modificazioni ed integrazioni → valori ammessi da tabella <b>CATALOGO_UNICO_PACCHETTI</b> colonna <b>cod_pacchetto</b>;</li> <li>percorso assistenziale specialistico –PAS (<b>tipopr=S e R</b>), il pacchetto è costituito da prestazioni erogate nell'ambito dei percorsi assistenziali specialistici di medicina fisica in regime ambulatoriale previsti dalla DGR n. 595 del 30/05/2005 e successive integrazioni e modificazioni. Valori ammessi da tabella <b>PACCHETTI_PAS</b> colonne <b>ICD9CM</b>.</li> <li>prestazione ambulatoriale complessa (<b>tipopr=E e N</b>), costituita da una prestazione principale più eventuali altre prestazioni (Nomenclatore Regionale). Valori ammessi da tabella <b>PRESTAZIONI</b> la colonna <b>cod_prestazione</b> e con colonna <b>classificazione=1</b> oppure 2 (per <b>tipopr=N</b> solo 2).</li> </ul> <p><b>Se tipopr=1</b> valori ammessi da tabella <b>PRESTAZIONI</b> la colonna <b>cod_prestazione</b> e con colonna <b>classificazione=1</b> oppure NULL  <b>Se tipopr=4, 5, 8</b> → NULL</p>	2					
27	<b>ID_operatore</b>	Identificativo univoco	C	24	Inserire l'ID universale dell'operatore che ha erogato la prestazione.	1					

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	flagtot	DEMA	Modifiche	Sistema TS	Codifica Ministero/Note
		dell'operatore che eroga la prestazione			<p>Se <b>codcatalogo</b> è presente nella tabella <b>CATALOGO_UNICO_PRESTAZIONI</b> e colonna <b>C1=VISITE</b> inserire identificativo univoco regionale composto da 24 caratteri dell'operatore che ha eseguito la visita.</p> <p>Se <b>codcatalogo</b> è presente nella tabella <b>CATALOGO_UNICO_PRESTAZIONI</b> e colonna <b>C1=CHIRURGIA</b> (prestazioni di chirurgia ambulatoriale) inserire identificativo univoco regionale composto da 24 caratteri dell'operatore che ha eseguito l'intervento.</p> <p>Nei casi ove previsto il censimento tramite RFC180 l'identificativo dell'operatore deve essere presente nel DB regionale dell'anagrafe operatori, negli altri casi deve essere un soggetto presente in anagrafe regionale.</p> <p>Nel caso in cui il dato non sia presente valore ammesso NULL.</p>						

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	Lung.	Controlli
1	<b>record</b>	Tipologia del record	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
2	<b>opera</b>	Tipo operazione	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
3	<b>chiave</b>	Chiave	C	10	vedi tracciato § 2.10.1
4	<b>tipoindu</b>	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
5	<b>IDutente</b>	Identificativo Univoco dell'utente	C	24	vedi tracciato § 2.10.1
6	<b>sexu</b>	Sesso dell'utente	C	1	vedi tracciato § 2.10.1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Controlli
7	<b>datanasc</b>	Data di nascita dell'utente	D	8	vedi tracciato § 2.10.1
8	<b>cittu</b>	Cittadinanza dell'utente	C	3	vedi tracciato § 2.10.1
9	<b>regresu</b>	Regione di residenza dell'utente	C	3	vedi tracciato § 2.10.1
10	<b>comresu</b>	Comune di residenza dell'utente	C	6	vedi tracciato § 2.10.1
11	<b>uslresu</b>	USL di residenza dell'utente	C	3	vedi tracciato § 2.10.1
12	<b>azienda</b>	Azienda sanitaria erogatrice	C	3	vedi tracciato § 2.10.1
13	<b>tipologia_erog</b>	Tipologia erogatore	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
14	<b>accesso</b>	Modalità di accesso alla prestazione	C	2	vedi tracciato § 2.10.1
15	<b>finalita</b>	Finalità della prestazione	C	2	vedi tracciato § 2.10.1
16	<b>priorità</b>	Codice di priorità di accesso	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
17	<b>tipocontatto</b>	Tipologia del contatto	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
18	<b>ricetta</b>	Codice della ricetta	C	16	vedi tracciato § 2.10.1
19	<b>dataPres</b>	Data di prescrizione della ricetta	D	8	vedi tracciato § 2.10.1
20	<b>dataSped</b>	Data di spedizione della ricetta	D	8	vedi tracciato § 2.10.1
21	<b>ricSug</b>	Ricetta suggerita	C	2	vedi tracciato § 2.10.1
22	<b>tipomp</b>	Tipologia del medico proponente	C	2	vedi tracciato § 2.10.1
23	<b>totprest</b>	Numero totale delle prestazioni erogate	N	3	vedi tracciato § 2.10.1
24	<b>numPrestEff</b>	Numero delle prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	N	2	vedi tracciato § 2.10.1
25	<b>imprest</b>	Importo totale netto	E	8	vedi tracciato § 2.10.1
26	<b>imptick</b>	Totale ticket dovuto dall'utente	E	8	vedi tracciato § 2.10.1
27	<b>codese</b>	Codice esenzione	C	6	vedi tracciato § 2.10.1
28	<b>vuoto</b>			2	vedi tracciato § 2.10.1
29	<b>quoric</b>	Quota ricetta		8	vedi tracciato § 2.10.1
30	<b>quotAcPS</b>	Quota accesso al pronto soccorso	E	8	vedi tracciato § 2.10.1
31	<b>istiCompEurop</b>	Istituzione competente Europea	C	28	vedi tracciato § 2.10.1
32	<b>codIdeUteEurop</b>	Codice identificativo dell'utente europeo	C	20	vedi tracciato § 2.10.1
33	<b>codIdeDocuEurop</b>	Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	20	vedi tracciato § 2.10.1
34	<b>codStatDocuEurop</b>	Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	3	vedi tracciato § 2.10.1
35	<b>dataScadDocuEurop</b>	Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	D	8	vedi tracciato § 2.10.1
36	<b>biffaStmpElet</b>	Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
37	<b>tipoassist</b>	Tipologia di assistenza	C	2	vedi tracciato § 2.10.1
38	<b>dservice</b>	Day_service	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
39	<b>PACC</b>	Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	C	3	vedi tracciato § 2.10.1
40	<b>patpres</b>	Codice della patologia presunta	C	5	vedi tracciato § 2.10.1
41	<b>ICD9</b>	Codice della patologia accertata	C	5	vedi tracciato § 2.10.1
42	<b>NRE</b>	Numero di ricetta elettronico	C	15	vedi tracciato § 2.10.1
43	<b>vuoto</b>	vuoto		8	vedi tracciato § 2.10.1

**Specifiche funzionali versione 1.4**

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Controlli
44	<b>dispReg</b>	Campo ricetta a disposizione delle Regioni	C	8	vedi tracciato § 2.10.1
45	<b>IDmp</b>	Identificativo univoco del medico proponente	C	24	vedi tracciato § 2.10.1
46	<b>esitovf</b>	Esito valutazione finale	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
47	<b>domicilio</b>	Flag luogo di erogazione	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
48	<b>f_record</b>	flag qualità del campo Tipologia del record	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
49	<b>f_opera</b>	flag qualità del campo Tipo operazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
50	<b>f_chiave</b>	flag qualità del campo Chiave	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
51	<b>f_tipoindu</b>	flag qualità del campo Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
52	<b>f_IDutente</b>	flag qualità del campo Identificativo Univoco dell'utente	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
53	<b>f_sexu</b>	flag qualità del campo Sesso dell'utente	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
54	<b>f_datanasc</b>	flag qualità del campo Data di nascita dell'utente	D	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
55	<b>f_cittu</b>	flag qualità del campo Cittadinanza dell'utente	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
56	<b>f_regresu</b>	flag qualità del campo Regione di residenza dell'utente	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
57	<b>f_comresu</b>	flag qualità del campo Comune di residenza dell'utente	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
58	<b>f_uslresu</b>	flag qualità del campo USL di residenza dell'utente	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
59	<b>f_azienda</b>	flag qualità del campo Azienda sanitaria erogatrice	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
60	<b>f_tipologia_erog</b>	flag qualità del campo Tipologia erogatore	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
61	<b>f_accesso</b>	flag qualità del campo Modalità di accesso alla prestazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
62	<b>f_finalita</b>	flag qualità del campo Finalità della prestazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
63	<b>f_priorità</b>	flag qualità del campo Codice di priorità di accesso	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
64	<b>f_tipocontatto</b>	flag qualità del campo Tipologia del contatto	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
65	<b>f_ricetta</b>	flag qualità del campo Codice della ricetta	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
66	<b>f_dataPres</b>	flag qualità del campo Data di prescrizione della ricetta	D	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
67	<b>f_dataSped</b>	flag qualità del campo Data di spedizione della ricetta	D	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
68	<b>f_ricSug</b>	flag qualità del campo Ricetta suggerita	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
69	<b>f_tipomp</b>	flag qualità del campo Tipologia del medico proponente	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
70	<b>f_totprest</b>	flag qualità del campo Numero totale delle prestazioni erogate	N	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
71	<b>f_numPrestEff</b>	flag qualità del campo Numero della prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	N	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
72	<b>f_imprest</b>	flag qualità del campo Importo totale netto	E	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
73	<b>f_imptick</b>	flag qualità del campo Totale ticket dovuto dall'utente	E	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
74	<b>f_codese</b>	flag qualità del campo Codice esenzione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
75	<b>vuoto</b>		C	1	
76	<b>f_quoric</b>	flag qualità quota ricetta	E	1	
77	<b>f_quotAcPS</b>	flag qualità del campo Quota accesso al pronto soccorso	E	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
78	<b>f_istiCompEurop</b>	flag qualità del campo Istituzione competente Europea	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
79	<b>f_codIdeUteEurop</b>	flag qualità del campo Codice identificativo dell'utente europeo	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1

Specifiche funzionali versione 1.4

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Controlli
80	<b>f_codIdeDocuEurop</b>	flag qualità del campo Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
81	<b>f_codStatDocuEurop</b>	flag qualità del campo Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
82	<b>f_dataScadDocuEurop</b>	flag qualità del campo Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	D	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
83	<b>f_biffaStmpElet</b>	flag qualità del campo Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
84	<b>f_tipoassist</b>	flag qualità del campo Tipologia di assistenza	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
85	<b>f_dservice</b>	flag qualità del campo Day_service	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
86	<b>f_PACC</b>	flag qualità del campo Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
87	<b>f_patpres</b>	flag qualità del campo Codice della patologia presunta	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
88	<b>f_ICD9</b>	flag qualità del campo Codice della patologia accertata	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
89	<b>f_NRE</b>	flag qualità del campo Numero di ricetta elettronica	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
90	<b>vuoto</b>			1	
91	<b>f_dispReg</b>	flag qualità del campo Campo ricetta a disposizione delle Regioni	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
92	<b>f_IDmp</b>	flag qualità del campo Identificativo univoco del medico proponente	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
93	<b>f_esitovf</b>	flag qualità del campo Esito valutazione finale	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
94	<b>f_domicilio</b>	flag qualità del campo Flag luogo di erogazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
95	<b>flagtot</b>	Campo errore totale	C	1	<p>Contiene il valore più alto di errore nel gruppo ricetta (0,1,2,9)</p> <p>Se il contenuto del campo <b>NRE</b> è presente nell'archivio dell'erogazione della ricetta dematerializzata (RFC 231), il campo assumerà i valori 8 e A ed in particolare:</p> <p><b>8</b>: se <b>flagtot</b> sarebbe stato 0 o 1</p> <p><b>A</b>: se <b>flagtot</b> sarebbe stato 2</p> <p>I codici 8 e A indicano che nel nuovo consolidato "compensazioni specialistica", messo a disposizione delle Aziende sanitarie, questi gruppi ricetta saranno di fonte archivio erogazione della ricetta dematerializzata (RFC 231), integrati dagli altri gruppi ricetta di fonte SPA (solo <b>flagtot</b>=0 o 1). Dal 2023 il consolidato "compensazioni specialistica" sarà il consolidato di riferimento per le compensazioni infra ed extraregione.</p>
96	<b>codusl</b>	Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati	C	3	Codice Azienda sanitaria inviante i dati
97	<b>regpag</b>	Codice della Regione di residenza dell'utente	C	3	Codice Regione di residenza dell'utente da procedure regionali (§2.8.2).
98	<b>uslpag</b>	Codice dell'Azienda USL di residenza dell'utente	C	3	Codice Az. USL di residenza dell'utente da procedure regionali (§2.8.2).
99	<b>certMEF</b>	Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze	C	1	Attribuito dalla Regione (§2.8.2):

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Controlli
					0=IDutente da sottoporre al MEF 1=IDutente certificato MEF 2=IDutente non certificato MEF 9=IDutente non presente in anagrafe regionale o non corrispondente a CF.
100	<b>opzione</b>	Sottocodice del pacchetto erogato	C	1	Sottocodice del pacchetto erogato con Tipopr=S attribuito dalle procedure regionali (§2.8.2).
101	<b>scenario_ID</b>	Tipologia di scenario di censimento dell'ID universale in anagrafe regionale	C	1	Attribuito dalla Regione (§2.8.2) Scenario utilizzato per censire il paziente in anagrafe regionale. Ovvero il servizio utilizzato per ottenere l'ID universale del paziente ( <b>IDutente</b> ) 1=scenario di censimento per utente che si presenta con CF 2=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con TEAM 3=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con tessera ENI 4=scenario di censimento per utente di Stato extra UE con tessera STP 5=scenario di censimento per utente di Stato extra UE no STP 9=IDutente non presente in anagrafe regionale.

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

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Controlli
1	<b>record</b>	Tipologia del record	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
2	<b>chiave</b>	Chiave	C	10	vedi tracciato § 2.10.1
3	<b>usl_strutt_erog</b>	Az. sanitaria del presidio erogatore prestazione	C	3	vedi tracciato § 2.10.1
4	<b>presidio</b>	Codice del presidio erogatore	C	6	vedi tracciato § 2.10.1
5	<b>speciali</b>	Specialità di erogazione	C	3	vedi tracciato § 2.10.1
6	<b>reparto</b>	Progressivo della specialità di erogazione	C	2	vedi tracciato § 2.10.1
7	<b>disciplina</b>	Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	2	vedi tracciato § 2.10.1
8	<b>dataini</b>	Data di INIZIO erogazione della prestazione	D	8	vedi tracciato § 2.10.1
9	<b>datafine</b>	Data di FINE erogazione della prestazione	D	8	vedi tracciato § 2.10.1
10	<b>contatto</b>	Data di primo contatto per la richiesta della prestazione	D	8	vedi tracciato § 2.10.1
11	<b>scelUte</b>	Sceita dell'utente rispetto alla prenotazione	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
12	<b>dataprenotabile</b>	Data prenotabile o di prima disponibilità	D	8	vedi tracciato § 2.10.1
13	<b>tipopr</b>	Tipologia della prestazione erogata	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
14	<b>codpres</b>	Codice della prestazione erogata	C	10	vedi tracciato § 2.10.1
15	<b>codcatalogo</b>	Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni	C	10	vedi tracciato § 2.10.1
16	<b>branca</b>	Codice della branca della prestazione erogata	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
17	<b>numacc</b>	Numero degli accessi alla Prestazione	N	3	vedi tracciato § 2.10.1
18	<b>quantuni</b>	Numero di prestazioni effettivamente erogate	N	6	vedi tracciato § 2.10.1
19	<b>tariffa</b>	Tariffa	E	8	vedi tracciato § 2.10.1
20	<b>lordo</b>	Importo lordo	E	8	vedi tracciato § 2.10.1
21	<b>convenzione</b>	Prestazione soggetta a convenzione	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
22	<b>compensa</b>	Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	1	vedi tracciato § 2.10.1
23	<b>tipoerog</b>	Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	2	vedi tracciato § 2.10.1
24	<b>chiavespa2</b>	Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	10	vedi tracciato § 2.10.1
25	<b>MRA_erog</b>	MRA_ struttura erogatrice	C	15	vedi tracciato § 2.10.1
26	<b>pacchetto</b>	Codice del pacchetto	C	10	vedi tracciato § 2.10.1
27	<b>ID_operatore</b>	Identificativo univoco dell'operatore che eroga la prestazione	C	24	vedi tracciato § 2.10.1
28	<b>f_record</b>	flag qualità campo Tipologia del record	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
29	<b>f_chiave</b>	flag qualità del campo Chiave	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
30	<b>f_usl_strutt_erog</b>	flag qualità del campo Az. sanitaria del presidio erogatore prestazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
31	<b>f_presidio</b>	flag qualità del campo Codice del presidio erogatore	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
32	<b>f_speciali</b>	flag qualità del campo Specialità di erogazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
33	<b>f_reparto</b>	flag qualità del campo Progressivo della specialità di erogazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1

**Specifiche funzionali versione 1.4**

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Lung.</b>	<b>Controlli</b>
34	<b>f_disciplina</b>	flag qualità del campo Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
35	<b>f_dataini</b>	flag qualità del campo Data di INIZIO erogazione della prestazione	D	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
36	<b>f_datafine</b>	flag qualità del campo Data di FINE erogazione della prestazione	D	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
37	<b>f_contatto</b>	flag qualità del campo Data di primo contatto per la richiesta della prestazione	D	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
38	<b>f_scelUte</b>	flag qualità del campo Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
39	<b>f_dataprenotabile</b>	flag qualità del campo Data prenotabile o di prima disponibilità	D	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
40	<b>f_tipopr</b>	flag qualità del campo Tipologia della prestazione erogata	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
41	<b>f_codpres</b>	flag qualità del campo Codice della prestazione erogata	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
42	<b>f_codcatalogo</b>	flag qualità del campo Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
43	<b>f_branca</b>	flag qualità del campo Codice della branca della prestazione erogata	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
44	<b>f_numacc</b>	flag qualità del campo Numero degli accessi alla Prestazione	N	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
45	<b>f_quantuni</b>	flag qualità del campo Numero di prestazioni effettivamente erogate	N	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
46	<b>f_tariffa</b>	flag qualità del campo Tariffa	E	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
47	<b>f_lordo</b>	flag qualità del campo Importo lordo	E	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
48	<b>f_convenzione</b>	flag qualità del campo Prestazione soggetta a convenzione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
49	<b>f_compensa</b>	flag qualità del campo Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
50	<b>f_tipoerog</b>	flag qualità del campo Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
51	<b>f_chiavespa2</b>	flag qualità del campo Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
52	<b>f_MRA_erog</b>	flag qualità del campo MRA_ struttura erogatrice	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
53	<b>f_pacchetto</b>	flag qualità del campo Codice del pacchetto	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
54	<b>f_ID_operatore</b>	flag qualità del campo ID_operatore	C	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
55	<b>flagtot</b>	Campo errore totale	C	1	Contiene il valore più alto di errore nel <i>gruppo ricetta</i>
56	<b>codusl</b>	Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati	C	3	Codice Azienda sanitaria inviante i dati
57	<b>regpag</b>	Codice della Regione di residenza dell'utente	C	3	Codice Regione di residenza dell'utente da procedure regionali (§2.8.2).
58	<b>uslpag</b>	Codice dell'Azienda USL di residenza dell'utente	C	3	Codice Az. USL di residenza dell'utente da procedure regionali (§2.8.2).
59	<b>codente</b>	Codice ente in cui l'operatore che eroga la prestazione ha l'incarico	C	3	Codice ente in cui l'operatore che eroga la prestazione ha l'incarico da RFC180
60	<b>posizione</b>	Codice tipologia di incarico dell'operatore che eroga la prestazione	C	4	Codice tipologia di incarico dell'operatore che eroga la prestazione da RFC180 – RCT_ANOP_POSIZIONE

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Controlli
61	<b>profilo professionale</b>	Codice del profilo professionale di inquadramento dell'operatore dirigente che eroga la prestazione	C	4	Codice del profilo professionale di inquadramento dell'operatore dirigente che eroga la prestazione da RFC180 – RCT_ANOP_PROFILO_PROFESSIONALE
62	<b>profilo</b>	Codice del profilo di inquadramento dell'operatore del comparto che eroga la prestazione	C	4	Codice del profilo di inquadramento dell'operatore del comparto che eroga la prestazione da RFC180 - RCT_ANOP_PROFILO

**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	00051,00	00051,00

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
01012017	01012017	1	06.11.1	*	001	001,00	00043,00	00043,00

\* 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
01012017	01102017	1	86.30.4	F	005	005,00	00041,00	00205,00

- Tipopr=4 (emocomponenti)**

(es: PLASMA DA AFERESI)

dataini	datafine	tipopr	codpres	branca	numacc	quantuni	tariffa	lordo
01012017	01122017	4	99738	0	010	007,30	00172,00	01255,60

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

(es: SCI ALPINO – BOB - SLITTINO)

dataini	datafine	tipopr	codpres	branca	numacc	quantuni	tariffa	lordo
01012017	01012017	5	G04	0	001	001,00	00064,04	00064,04

- 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

Esempio di compilazione di record relativi a pacchetti di prestazioni ambulatoriale da catalogo individuati nella tabella **CATALOGO\_UNICO\_PACCHETTI**

- Tipopr=C (pacchetto di prestazione di specialistica ambulatoriale da catalogo) e Tipopr=D (prestazioni di specialistica ambulatoriale che fanno parte del pacchetto del Catalogo Unico Regionale)**

(es: CONSULENZA CARDIOLOGICA 1 VISITA)

dataini	datafine	tipopr	pacchetto	codpres	codcatalogo	numacc	quantuni	tariffa	lordo
17092018	17092018	C	P009	P009	P009	001	001,00	00095,00	00095,00
17092018	17092018	D	P009	89.7	1089	001	001,00	00022,00	00000,00
17092018	17092018	D	P009	89.52	1600	001	001,00	00013,00	00000,00
17092018	17092018	D	P009	88.72.3	2A19	001	001,00	00060,00	00000,00

Esempio di compilazione di record relativi a Percorsi assistenziali di medicina fisica in regime ambulatoriale individuati nella tabella **PACCHETTI\_PAS**

- Tipopr=S (percorsi assistenziali di medicina fisica in regime ambulatoriale) e Tipopr=R (prestazione contenute nei pacchetti per percorsi assistenziali di medicina fisica in regime ambulatoriale)**

(es:LUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA)

dataini	datafine	tipopr	pacchetto	codpres	codcatalogo	numacc	quantuni	tariffa	lordo
13032018	13032018	S	830	830	9040	001	001,00	00023,16	00023,16
13032018	13032018	R	830	93.01.2		001	001,00	00000,00	00000,00
13032018	13032018	R	830	93.11.3		001	001,00	00000,00	00000,00
13032018	13032018	R	830	93.39.4		001	001,00	00000,00	00000,00
20032018	20032018	S	830	830	9040	001	001,00	00023,16	00023,16
20032018	20032018	R	830	93.11.3		001	001,00	00000,00	00000,00
20032018	20032018	R	830	93.17.2		001	001,00	00000,00	00000,00
22032018	22032018	S	830	830	9040	001	001,00	00023,16	00023,16
22032018	22032018	R	830	93.11.3		001	001,00	00000,00	00000,00
22032018	22032018	R	830	93.17.2		001	001,00	00000,00	00000,00

Esempio di compilazione di record relativi a una prestazione pacchetto contenente più prestazioni ambulatoriali individuata nella tabella **PRESTAZIONI** con colonna **classificazione=2**.

- **Tipopr=N (Pacchetto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da nomenclatore) e Tipopr=E (Prestazione specialistica ambulatoriale eventualmente erogata in aggiunta a una prestazione principale di riferimento)**  
(es: CONSULENZA PNEUMOLOGICA - comprende: Visita pneumologica (prima visita, codice 89.7) e spirometria globale (codice 89.37.2))

dataini	datafine	tipopr	pacchetto	codpres	codcatalogo	numacc	quantuni	tariffa	lordo
17092018	17092018	N	P068	P068	2377	001	001,00	00050,00	00050,00
17092018	17092018	E	P068	89.7	1022	001	001,00	00022,00	00000,00
17092018	17092018	E	P068	89.37.2	2168	001	001,00	00037,00	00000,00

Esempio di compilazione di record relativi ad una prestazione ambulatoriale complessa appartenente al nomenclatore regionale individuata nella tabella **PRESTAZIONI** con colonna **classificazione=1**.

- **Tipopr=1 (Prestazioni di specialistica ambulatoriale) e Tipopr=E (Prestazione specialistica ambulatoriale eventualmente erogata in aggiunta a una prestazione principale di riferimento)**  
(es: VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso eventuale ECG.)

dataini	datafine	tipopr	pacchetto	codpres	codcatalogo	numacc	quantuni	tariffa	lordo
17092018	17092018	1	89.01.3	89.01.3	*	001	001,00	00016,20	16,20
17092018	17092018	E	89.01.3	89.52	1600	001	001,00	00013,00	00000,00

\*codice catalogo associato alla prestazione erogata.