

2.1 Definizione dell'oggetto di rilevazione

Gli oggetti di rilevazione del presente flusso sono i seguenti:

- 1) le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, previste dal nomenclatore tariffario regionale, di cui alla D.G.R. n. 229 del 3/3/97, e successive integrazioni e modificazioni.
- 2) gli emocomponenti somministrati in ambito di prestazione trasfusionale, di cui alla D.G.R. 1152/97 e successive modificazioni ed integrazioni;
- 3) le certificazioni di medicina dello sport, di cui alla D.G. R. 667/97 e successive modificazioni ed integrazioni;
- 4) i prodotti somministrati unitamente alle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali il cui costo non è compreso nella tariffa della prestazione. Le prestazioni non comprendenti nella propria tariffa il costo degli eventuali prodotti somministrati sono individuate nell'ambito del nomenclatore tariffario regionale, di cui alla D.G.R. n. 229 del 3/3/97, e successive integrazioni e modificazioni.
- 5) le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, non previste dal nomenclatore tariffario regionale, erogate dalle Aziende Sanitarie.

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

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

2.2 Rilevazione Aziendale dei dati

I dati che l'Azienda sanitaria di competenza deve acquisire comprendono sia i dati relativi alle prestazioni erogate dai presidi direttamente gestiti dalla Azienda sia alle prestazioni fornite dai presidi non direttamente gestiti. Il debito informativo delle Aziende sanitarie consiste nella trasmissione, secondo i tracciati record previsti, delle prestazioni oggetto della rilevazione. Per quanto riguarda l'attività dai presidi non direttamente gestiti, l'Azienda sanitaria di riferimento definisce con tali strutture modalità e tempi tali da garantire la piena rispondenza alle caratteristiche strutturali, di contenuto e temporali, previste dal presente manuale.

Relativamente alle prestazioni specialistiche e diagnostiche individuate dai codici previsti dal nomenclatore tariffario regionale, di cui alla D.G.R. n. 229 del 3/3/97, e successive integrazioni e modificazioni, si puntualizza che deve essere trasmessa in Regione Toscana, tutta l'attività erogata da strutture pubbliche e private e dai professionisti accreditati, ivi compresa quella che non genera effetti finanziari a carico del servizio sanitario nazionale.

2.3 Organizzazione del flusso

L'Azienda trasmette i dati alla Regione con la cadenza, le modalità e i tracciati presentati nel paragrafo **2.10 Tracciati record**.

Tale trasmissione deve avvenire tramite una struttura di riferimento che l'Azienda deve esplicitamente indicare e che diventa - fino a variazione - l'unica interlocutrice della Regione rispetto al flusso e quindi Referente del flusso.

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

I record di tale archivio vengono chiamati di seguito *record madri*.

Il secondo archivio, SPA2, è l'archivio di dettaglio, contenente le informazioni riguardanti la struttura che eroga la prestazione e le singole prestazioni comprese nell'attività erogata. I record di tale archivio vengono chiamati di seguito *record figli*.

Il collegamento relazionale tra SPA1 e SPA2 avviene grazie alla presenza, in entrambi gli archivi, di un campo **Chiave**, di lunghezza pari a 10 caratteri contenente un valore univoco a livello Aziendale: l'univocità deve essere garantita per tutto l'anno di riferimento. Al fine di garantire l'univocità della chiave a livello regionale, il valore contenuto nel campo **Chiave** viene unito al codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati. I record *figli* dell'archivio SPA2 insieme al record *madre* dell'archivio SPA1, a cui sono collegati relazionalmente, vengono chiamati di seguito *gruppo famiglia*.

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

La Regione Toscana verifica la corretta compilazione dei campi trasmessi mediante l'applicazione di una procedura regionale e restituisce alle Aziende gli archivi ricevuti con l'aggiunta delle segnalazione della correttezza o dell'eventuale errore di ogni singolo campo presente nel tracciato. L'Azienda può trasmettere negli invii successivi le correzioni all'archivio. Per correzioni si intendono le modificazioni o le cancellazioni di record già inviati. Il campo **opera** è il campo contenuto nello SPA1 che deve essere utilizzato per segnalare il motivo dell'invio di ciascun record.

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

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

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

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

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

2.3.2 Modalità e tempi di trasmissione elettronica del flusso

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

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

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

2.3.3 La restituzione dei dati da Regione ad Aziende sanitarie.

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

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

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

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

- Codice Azienda sanitaria inviante i record **codusl**,
- Codice della Regione di residenza dell'utente **regpag**,
- Codice dell'Azienda sanitaria di residenza dell'utente **uslpag**.

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

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

Si precisa che i record segnalati con codice 9 nel campo errore totale (flagtot), non vengono immessi nel sistema di cooperazione applicativa; tali record vengono restituiti per il tramite degli stessi NAL solo alle Aziende che li hanno immessi sul loro NAL, ovvero alla sola Azienda erogatrice.

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

Per i criteri di segnalazione degli errori ed i relativi algoritmi di controllo dei singoli campi del flusso oggetto di rilevazione si rimanda alle sezioni relative ai tracciati e ai relativi controlli.

2.5 Tipologia degli errori

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

Errore “0”: assenza di errori nel campo.

Errore “1”: segnala l’esistenza di un errore rilevante per le valutazioni gestionali tipiche del livello Aziendale. Gli errori nei campi che presentano tale codice non incidono né sulla compensazione né sulle valutazioni relative all’attività svolta.

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

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

Errore “9”: segnala lo scarto dell’intero gruppo ricetta, si precisa che il codice **Errore “9”** è segnalato solo nel campo errore totale (**flagtot**). Se alcuni campi di particolare importanza risultano errati o non compilati o mancano le condizioni necessarie affinché il record o l’intero gruppo ricetta possa essere accettato.

2.6 Modalità di scarto dei record dei flussi

Nel sistema di cooperazione applicativa, lo scarto determina la non trasmissione della famiglia.

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

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

2.6.1 Fase di controllo della coerenza interna dell'archivio.

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

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

- Per ciascun record dell'archivio dettaglio si considera il valore contenuto nel campo **chiave** per verificare l'esistenza di un solo record nell'archivio principale contenente nel campo **chiave** lo stesso valore. Se ciò non accade viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo chiave e un errore di tipo 9 nel campo **flagtot**, determinando lo scarto del record dell'archivio dettaglio.
- Verifica dell'esatta compilazione del campo relativo all'Azienda erogatrice: il valore contenuto in tale campo deve corrispondere al codice ministeriale dell'Azienda inviante i dati incapsulato nel NAL di riferimento dell'Azienda inviante, altrimenti si segnala l'errore nel campo errore relativo all'Azienda erogatrice, e un errore di tipo 9 nel campo **flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta contenente tale record.
- Verifica della esatta compilazione del campo **datafine**: la data di fine prestazione deve avere un valore data ammesso e non superiore alla data di invio, se ciò non accade viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo **datafine** e un errore di tipo 9 nel campo **flagtot** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta contenente tale record.
- Verifica dell'univocità del record nell'archivio di dettaglio: se il valore contenuto nel campo **chiavespa2** dell'archivio SPA2, risulta essere ripetuto all'interno dell'archivio per lo stesso valore del campo **chiave**, viene segnalato un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo **chiavespa2** e un errore di tipo 9 nel campo **flagtot** determinando lo scarto di tutti i gruppi ricetta contraddistinti da tale chiave.

2.6.2 Fase di confronto con i dati già inviati

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

- Se il campo **opera** è 1, si verifica che nei dati inviati precedentemente non esista un record con la stessa chiave; se esiste un record con la stessa chiave si segnala un errore di tipo 2 nel campo errore relativo al campo **opera** ed un errore di tipo 9 nel campo **flagtot** determinando lo scarto dell'intera famiglia.
- Se il valore contenuto nel campo **opera** è 3 (modificazione di un record e famiglia già inviato) si verifica che nei dati già trasmessi esista un record con la stessa chiave, se ciò accade si sostituisce il record precedentemente inviato, altrimenti si segnala l'errore nel campo errore relativo al campo **opera** ed un errore di tipo 9 nel campo **flagtot** determinando lo scarto dell'intera famiglia con **opera** = 3.
- Se il valore è 4 (cancellazione di un record e famiglia già inviato) si verifica che nei dati già trasmessi esista un record con la stessa chiave, se ciò accade si elimina il record precedentemente inviato, altrimenti si segnala l'errore nel campo errore relativo al campo **opera** ed un errore di tipo 9 nel campo **flagtot** determinando lo scarto dell'intera famiglia con **opera**= 4. Si ricorda che per la cancellazione del gruppo ricetta è sufficiente inviare solo il record dell'archivio principale con il campo **opera** contenente valore 4 ed i campi che costituiscono la chiave del record correttamente compilati.

2.7 Archivi di supporto

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

Il sistema, ovviamente, non è abilitato ad apportare modificazioni alle regole previste nei provvedimenti deliberativi afferenti al sistema dei flussi D.O.C., ma esclusivamente a fornire una metodologia di consultazione e di trasferimento di informazioni aggiuntiva a quella tipica degli atti deliberativi, né costituisce uno strumento alternativo alle procedure di comunicazione degli atti amministrativi (comunicazione della copia del provvedimento, pubblicazione sul BURT o altro).

2.8 Elementi significativi del tracciato

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

2.8.1 Campi eliminati

Ricetta stampata elettronicamente da altro controllo (AltrVerStmpElet), campo 39 dell'archivio SPA1.

Patologia motivo dell'accesso al pronto soccorso (PatolPs), campo 41 dell'archivio SPA1.

Patologia acuta (MotAcutPs), campo 42 dell'archivio SPA1.

Costo prodotti somministrati (costo), campo 25 dell'archivio SPA2.

2.8.2 Campi nuovi

Scelta dell'utente, (ScelUte), campo 39 dell'archivio SPA2: in analogia al flusso inerente al monitoraggio dei tempi di attesa, per una corretta analisi dei tempi di attesa ex post, si è ritenuto importante inserire la rilevazione dell'informazione inerente un'eventuale scelta dell'utente in merito alla data che viene prenotata per l'erogazione della prestazione.

La compilazione è obbligatoria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (**tipopr=1**), medicina dello sport (**tipopr=5**) e di specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale (**tipopr=8**) ed i valori ammessi sono: "0" = il sistema non è in grado di rilevare questa informazione; "1" = l'utente non ha effettuato nessuna scelta; "2" = l'utente ha scelto una data diversa dalla prima disponibilità; "3" = nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione. Nel caso in cui nel campo **tipopr** dell'archivio SPA2 sia compilato con valori diversi da 1, 5 o 8 unico valore ammesso: "9"

Data prenotabile o 1^a disponibilità, (Dataprenotabile), campo 40 dell'archivio SPA2: è la prima data che il sistema di prenotazione rende disponibile, nell'ambito territoriale previsto. Si fa riferimento alla prima data che viene messa a disposizione dal sistema per la erogazione della prestazione. La definizione è essenziale per qualificare i casi in cui l'utente, per una sua specifica determinazione, decide di non scegliere la data messa a disposizione dal sistema (appunto la data prenotabile o 1^a disponibilità), ma sceglie un'altra data (la cosiddetta data prenotata). Il campo deve essere compilato per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (**tipopr**=1), medicina dello sport (**tipopr**=5) e di specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale (**tipopr**=8); deve contenere una data valida e superiore o uguale alla data di contatto (**contatto**) e inferiore o uguale alle date di erogazione (**dataini e datafine**). Nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione la data coincide con la data di erogazione. Se **tipopr** ha valore 2 o 4 o 7 deve essere inserito il valore 00000000 (otto zeri).

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

Tipo operazione (Opera), campo 2 dell'archivio SPA1: indica il motivo dell'invio di ciascun record e precisamente: "1" = invio del record per la prima volta; "3" = sostituzione del record già trasmesso; "4" = eliminazione del record già trasmesso. E' stato eliminato il valore "2" = integrazione. Si sottolinea che se l'Azienda sanitaria intende correggere l'errore che ha determinato un codice 2 nel campo **flagtot** dovrà ritrasmettere l'intero gruppo ricetta con valore 3 (sostituzione) nel campo opera. Se invece intende correggere l'errore che ha determinato un codice 9 nel campo **flagtot** (scarto del gruppo ricetta) dovrà ritrasmettere tale gruppo con valore 1 (invio per la prima volta) nel campo opera.

Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato (tipopr), campo 18 dell'archivio SPA2: in questo campo deve essere indicata la tipologia di prestazione erogata. I valori ammessi sono "1" = Prestazione specialistica ambulatoriale, "2" = Prestazione specialistica ambulatoriale aggiuntiva non prevista su ricetta SSN, "4" = Emocomponenti, "5" = Prestazione per la medicina dello sport, e "8" = Prestazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale. Le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali previste dal nomenclatore tariffario regionale, di cui alla deliberazione G.R. n. 229 del 3/3/97, e successive integrazioni e modificazioni devono essere registrate con il codice "1" o "2".

E' stato eliminato il valore "7" = prodotti somministrati e non compresi nella tariffa della prestazione. I suddetti farmaci, che non hanno mai intercorso nel calcolo del ticket, vengono più correttamente rilevati nel flusso informativo FED attraverso il quale avviene il meccanismo delle compensazioni.

L'art. 50 della Legge 326/2003 e l'accordo Stato-Regioni in corso di definizione prevedono, ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa ex post, l'obbligatorietà della trasmissione dei campi **tipocontatto e priorit** verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze; a tale scopo le informazioni riportate devono essere complete e di buona qualità (errore 2).

Tipologia del contatto, (tipocontatto), campo 10 dell'archivio SPA2: in questo campo deve essere indicato se, per la prestazione in esame, si tratta di un primo contatto o contatti successivi, in termini di primo accesso rispetto a successivi controlli.

Sono previste due tipologie di contatto:

2. Prestazioni Ambulatoriali

- primo contatto: l'utente entra per la prima volta in contatto con il servizio sanitario rispetto ad uno specifico quesito diagnostico;
- contatto successivo al primo: l'utente ha già avuto un inquadramento clinico da parte dello specialista che ha erogato una prestazione di primo contatto e deve accedere ad ulteriori prestazioni proposte dallo stesso specialista in relazione al bisogno clinico dell'utente; tali ulteriori prestazioni devono essere gestite direttamente dallo specialista che ha erogato la prestazione di primo contatto e fanno parte del percorso assistenziale dell'utente per quello specifico quesito diagnostico. Rientrano in tale fattispecie, ad esempio, le seconde visite o visite di controllo, oppure, le prestazioni quali le ecografie ostetriche, che devono essere prenotate con una specifica periodicità, oppure i cicli di riabilitazione.

Codice priorità di accesso alla prestazione, (priorita), campo 13 dell'archivio SPA2: il campo è previsto per la rilevazione delle classi di priorità della prestazione erogata. Attualmente i valori ammessi sono: "0" = prestazione non urgente; "1" = prestazione urgente; "2" = prestazione di emergenza. La prestazione si definisce urgente se la prescrizione del medico proponente è caratterizzata dalla dicitura "urgente". Tale prestazione deve essere erogata entro 72 ore a partire dalla data di primo contatto. La prestazione di emergenza presuppone un accesso tramite pronto soccorso, pertanto se la prestazione è stata classificata come prestazione di emergenza (codice 2) si controlla che il campo modalità di accesso alla prestazione (**accesso**) contenga il codice "04" (Pronto soccorso a cui non consegue il ricovero). Il campo potrà subire variazioni nelle modalità di compilazione in relazione alle possibili revisioni del modello regionale delle classi di priorità.

2.8.4 Campi di particolare attenzione

Tipologia del codice individuale (tipoindu), campo 4 dell'archivio SPA1: il campo prevede le seguenti modalità: **1 = soggetto munito di codice fiscale** (deve essere acquisito dalla Tessera Sanitaria oppure accedendo all'anagrafe che contiene i codici fiscali certificati e validati dal Ministero dell'economia e delle finanze); **3 = soggetto straniero temporaneamente presente in Italia (STP)**; **4 = Anonimo**; **5= Cittadino dell'unione europea con tessera sanitaria europea o documento equipollente** (questo valore comporta la compilazione del campo 35 **CodIdeUteEurop**); **6= altra tipologia di identificazione per soggetti non appartenenti alle categorie sopra individuate**.

Si evidenzia come questo modello di classificazione dei codici identificativi personali tende a qualificare il contenuto che si trova nel campo **codindu**, in modo da poter effettuare delle validazioni di tali codici in coerenza con la caratterizzazione del codice fornito dal campo **tipoindu**

Codice individuale dell'utente (codindu), campo 5 dell'archivio SPA1: come stabilito da D.G.R. 916/2008 che acquisisce il disciplinare tecnico di cui all'allegato 1 del DM 17 marzo 2008, per l'individuazione degli utenti deve essere utilizzato il **codice fiscale** dell'utente rilevato attraverso la Tessera Sanitaria rilasciata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Di conseguenza nel campo **tipoindu** (Tipologia del codice individuale) contenuto nell'archivio SPA1, deve essere presente il valore 1. Per gli utenti **stranieri temporaneamente presenti con dichiarazione di indigenza** identificabili mediante il codice STP come stabilito dal D.M. 380 del 27/10/2000, l'Azienda deve inserire nel campo **codindu** il codice STP. In questo caso nel campo **tipoindu** (Tipologia del codice individuale) deve essere presente il valore 3. Per gli utenti che per legge sono coperti dall'anonimato, e per i quali quindi l'Azienda non può effettuare la relativa comunicazione dei dati identificativi, l'Azienda deve inserire nel campo **codindu** 16 zeri. In questo caso nel campo **tipoindu** (Tipologia del codice individuale) deve essere presente il valore 4. Per gli utenti dell'unione europea il campo **codindu** deve essere riempito con 16 zeri.

Per tutti gli altri utenti si rimanda alle diverse regole eventualmente esistenti o desumibili dalla documentazione presentata dagli utenti stessi per registrare o generare un codice ovviamente compatibile con la dimensione del campo pari a 16 posizioni. Nel caso in cui il codice da inserire sia di misura inferiore alle 16 posizioni allineare i valori a sinistra e lasciare le posizioni non utilizzate vuote.

Codice identificativo dell'utente europeo (CodIdeUteEurop), campo 35 dell'archivio SPA1: in questo campo, per i soggetti appartenenti agli stati dell'unione europea, deve essere riportato il codice identificativo dell'utente rilasciato dall'istituzione estera che ne garantisce l'assistenza sanitaria; la dimensione di questo campo è pari a 20, ma non è detto che tutte le diverse istituzioni europea utilizzino integralmente questo campo; infatti ad esempio l'Italia ne utilizza solo 16 posizioni. In tali casi trattandosi di campo carattere va allineato a sinistra lasciando le posizioni non utilizzate a destra vuote. Ovviamente tale campo va riempito solo per i soggetti appartenenti agli stati dell'unione europea. Nel caso in cui per uno di tali soggetti non è presente il codice identificativo dell'utente europeo, il campo deve essere riempito con 20 zeri; per tutti gli altri soggetti invece lasciare il campo vuoto.

Modalità di accesso alla prestazione (accesso), campo 16 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere indicata l'effettiva modalità con cui è avvenuto l'accesso alla prestazione. Si sottolinea che i codici 01 (Prescrizione sul ricettario SSN), 02 (Altre prescrizioni su ricettario diverso da SSN), 05 (Pre-ricovero), 07 (Post-ricovero) e 10 (pronto soccorso a cui non consegue ricovero con prescrizione su ricettario del SSN) individuano modalità di accesso che prevedono la richiesta da parte di un medico, mentre gli altri codici previsti per accedere alla prestazione non è necessaria la richiesta da parte di un medico.

Data di primo contatto per la richiesta della prestazione, (contatto), campo 11 dell'archivio SPA2: il campo deve essere compilato per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (**tipopr**=1), medicina dello sport (**tipopr**=5) e di specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale (**tipopr**=8). Il valore riportato deve essere la data in cui l'utente ha richiesto la prestazione e quindi non superiore alle date di erogazione (**dataini e datafine**). Nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione la data coincide con la data di erogazione.

Finalità della prestazione (finalità), campo 17 dell'archivio SPA1: valori ammessi "10", "20", "30", "40", "50" e "00".

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

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

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

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

Codice della ricetta (ricetta), campo 18 dell'archivio SAP1: si ricorda che ai sensi dell'art. 50 del d.l. 30/9/2003 n. 269 e successive modificazioni ed integrazioni la rilevazione del codice ricetta è obbligatoria. Nella trasmissione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze il codice della

ricetta è un campo chiave pertanto la mancata rilevazione del codice della ricetta e/o la presenza di codici ricetta duplicati genera la non accettazione del record da parte del Ministero. Si ricorda inoltre come tra gli indicatori per gli adempimenti LEA sia previsto il numero di prestazioni a cui è possibile associare il medico prescrittore. Il percorso per l'associazione al medico prescrittore parte dal codice ricetta della prestazione erogata, passa per la verifica della consegna del ricettario ad un medico (flusso RIC) fino all'esistenza del medico nella banca dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze (flusso SAM).

Si evidenzia come la rilevazione del codice della ricetta possa essere effettuata mediante la lettura ottica del relativo codice a barre.

Importo totale netto relativo alle prestazioni erogate e soggette a compensazione (imprest), campo 27 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere riportato l'importo netto relativo alle prestazioni erogate e soggetti a compensazione.

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

Totale ticket dovuto dall'utente (Imptick), campo 28 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere riportato l'importo totale dovuto dall'utente in merito a prestazioni erogate (comprese quelle non a carico del SSN). Il valore riportato deve essere coerente con i campi di SPA1 **accesso** e **NumPrestEff**, quindi l'errore in uno dei suddetti campi si ripercuote anche in **Imptick**. Per le prestazioni ordinarie (ovvero non in libera professione, campo di SPA2 **libprof** = 1), a carico del SSN (campo di SPA2 **onere**=0), con accesso alle prestazioni tramite ricettario SSN (campo di SPA1 **accesso** = 01 o 10) e posizione dell'utente rispetto al ticket diversa da "pagante tariffa intera" (campo di SPA2 **ticket** diverso da 40), viene effettuato un "controllo di massima" sull'importo dovuto dall'utente ovvero il campo **imptick** dovrà essere **minore o uguale** ad un importo SOGLIA. La SOGLIA dipende dal numero di ricette virtuali in cui dovrebbe essere scomposta la ricetta originaria per essere conforme al limite delle prescrizioni. Infatti da D.G.R. 493/2004, Allegato A, in materia di "assistenza sanitaria in regime ambulatoriale e modalità di partecipazione alla spesa", la ricetta può contenere un numero massimo di 8 prestazioni appartenenti alla stessa branca (o branche omologhe secondo il nomenclatore regionale). Il calcolo della SOGLIA si basa quindi sul campo di SPA1 **NumPrestEff** (Numero delle prestazioni effettivamente contenute nella ricetta, ovvero numero record di SPA2) per determinare il numero di ricette virtuali rispetto alla limitazione sul numero di prestazioni e alla branca delle stesse.

In dettaglio:

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

Esempio: Per una ricetta che erroneamente contiene 10 prestazioni, appartenenti alla stessa branca, dato che la parte intera superiore della divisione fra 10 e 8 è 2, la SOGLIA risulta essere $37 * 2$ ovvero **imptick** $\leq 37 * 2$.

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 $(37 * \text{Parte Intera superiore}(\text{Num Prestazioni GB1} / 8)) + (37 * \text{Parte Intera superiore}(\text{Num Prestazioni GB2} / 8))$ ovvero **imptick** $\leq (37 * 1 + 37 * 2)$.

Verifica del codice fiscale (vericf), campo 33 dell'archivio SPA1: le disposizioni dell'art. 50 del d.l. 30/9/2003 n. 269 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare i decreti attuativi per la trasmissione dei dati verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze prevedono che sia effettuata una verifica rispetto alla conformità tra il codice fiscale riportato sulla ricetta ed il codice fiscale presente sulla tessera sanitaria, nel caso in cui esista difformità, questa deve essere segnalata mediante uno specifico codice nel flusso informativo da inviare al ministero dell'economia e delle finanze.

Questa prescrizione prevede che l'eventuale difformità sia registrata nei dati che devono essere trasmessi al MEF. Sulla ricetta del SSN attualmente vigente, non è prevista nessuna specifica posizione in cui segnalare formalmente tale evento. La necessità di prevedere una segnalazione sulla ricetta è infatti correlata al diverso modo in cui può essere generata la rilevazione dei dati. E' evidente che la conformità tra il codice fiscale della tessera sanitaria (TS) ed il codice fiscale riportato sulla ricetta può essere effettuata solo in presenza dell'utente; se la rilevazione dei dati necessari avviene da parte di un operatore che è dotato di un sistema informatico di registrazione, è all'interno dello stesso sistema informatico che viene prevista la possibilità di segnalare la esistenza della conformità tra codice fiscale della ricetta e quello della tessera sanitaria. In tutti i casi in cui questa circostanza non si verifica (quando cioè la rilevazione dai dati della ricetta avviene in una fase successiva da quella del contatto tra utente ed un operatore), ovviamente l'indicazione dell'avvenuto riscontro deve essere effettuata mediante l'apposizione di un marcatore convenzionale sulla ricetta stessa.

La verificabilità della conformità tra codice fiscale della TS e codice fiscale riportato sulla ricetta, presenta un assetto variegato in relazione alle diverse modalità di accesso ai servizi ed anche ai soggetti presso i quali gli utenti si presentano per fruire dell'erogazione delle prestazioni. Per quanto riguarda le modalità di accesso si fa riferimento alle seguenti:

- a) accesso mediante un sistema CUP con presentazione personale
- b) accesso mediante un sistema CUP senza presentazione personale (per telefono o per mezzo di prenotazione via Internet)
- c) accesso diretto alle prestazioni, ovviamente si fa riferimento ai casi di accesso diretto nei quali sia comunque necessaria la prescrizione, ma per i quali il sistema non ha attivato la modalità di accesso mediante sistema CUP, in quanto la fruizione della prestazione viene garantita senza preventiva prenotazione ma, appunto con la presentazione diretta dell'utente: si pensi alle analisi di laboratorio, ecc.

In tutti i casi in cui l'utente accede ai servizi senza prescrizione su ricettario nazionale (il cosiddetto accesso diretto proprio), ovviamente non è possibile effettuare il riscontro in mancanza appunto della prescrizione sul ricettario nazionale, ma deve comunque essere effettuata la identificazione del soggetto in base alla tessera sanitaria rilasciata dal ministero dell'economia e delle finanze.

Per quanto riguarda invece le tipologie di soggetti erogatori si fa sostanzialmente riferimento alla distinzione tra pubblico e privato accreditato.

Preliminarmente va evidenziato come l'atto che deve essere svolto attiene ad una valutazione esclusivamente formale che non comporta assolutamente valutazioni di carattere sanitario, la verifica può quindi essere effettuata da un qualunque soggetto che è titolato a rilevare i dati dell'utente.

In caso di prenotazione mediante sistema CUP pubblico quindi è lo stesso operatore CUP che può effettuare la verifica in questione. Ovviamente tale verifica, nel caso in cui la prenotazione sia stata effettuata senza il contatto diretto tra utente ed operatore CUP (ad esempio per telefono o mediante internet), dovrà essere effettuata da un soggetto che opera nella strutture che provvede alla effettiva erogazione della prestazione, ivi incluso il personale sanitario. Sarà ovviamente lo stesso soggetto che provvede alla erogazione in caso di prestazioni effettuate senza prenotazione attraverso il CUP o per le prestazioni ad accesso diretto.

In caso di accesso ad una struttura privata accreditata, senza prenotazione per mezzo di un CUP pubblico sarà ovviamente la struttura privata accreditata che individuerà i soggetti della propria organizzazione tenuti ad effettuare la verifica in esame.

Questa specifica informazione, per gli adempimenti previsti dall'art. 50 deve quindi essere rilevata nei flussi DOC.

Si rende quindi necessario individuare una modalità omogenea di segnalazione sulla ricetta tenendo presente che tale segnalazione sembra essere necessaria per poter attestare ufficialmente la mancanza di conformità tra codice fiscale presente sulla ricetta e codice della tessera sanitaria nei casi sopra indicati in cui non esista una procedura informatica che rileva la conformità oppure se esiste, i relativi dati non sono utilizzati per effettuare la trasmissione verso il livello centrale.

Per le attività ambulatoriali considerando che per quanto sopra detto la verifica di conformità può avvenire anche da parte di soggetti diversi dal personale sanitario, si ritiene plausibile che tali soggetti in presenza di una disposizione specifica in tal senso emanata dal livello regionale, possano essere abilitati ad apportare segnalazioni direttamente sulla ricetta.

Si può quindi stabilire una modalità convenzionale prevedendo che in caso di difformità tra il codice fiscale riportato sulla ricetta ed il codice fiscale della tessera sanitaria, la segnalazione sia effettuata sulla ricetta stessa mediante l'apposizione di un segno di spunta, ovvero una X, nello spazio indicato come “campo a disposizione delle regioni” (vedi figura1-modello ricetta, posizione 30)

Quindi la mancata segnalazione con lo specifico segno di spunta equivale a corrispondenza tra codice fiscale riportato sulla ricetta e codice fiscale della tessera sanitaria.

La difformità si determina anche quando:

- a) manca il codice fiscale sulla ricetta
- b) il cittadino non presenta la tessera sanitaria

In diretta relazione con tale adempimento è evidente che nelle prescrizioni su ricettario del servizio sanitario nazionale deve essere utilizzato solo il codice fiscale dell'utente. Ovviamente la verifica in oggetto può essere operata solo per i soggetti che devono essere muniti di codice fiscale in base alle disposizioni vigenti in materia.

2. Prestazioni Ambulatoriali

13

Ricetta suggerita (ricsug), campo 43 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere indicato, ove segnalato sulla ricetta cartacea, se la ricetta è stata suggerita al medico prescrittore. Sebbene la valutazione complessiva di questa informazione possa essere estremamente critica, in quanto l'apposizione dell'indicazione suggerita è un atto unilaterale del medico prescrittore, tuttavia questa informazione, oltre ad offrire delle importanti indicazioni, è richiesta nelle specifiche attuative dell'art. 50 del d.l. 30/9/2003 n. 269 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare dei decreti attuativi per la trasmissione dei dati verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Tipologia assistenza (tipoassist), campo 44 dell'archivio SPA1: l'art. 50 decreto legge 30 settembre 2003 n. 269 convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003 n. 326 e dei relativi decreti attuativi, prevede informazioni che non sono direttamente afferenti alla individuazione dell'utente, ma fanno ad essa riferimento.

I valori ammessi per questo campo sono:

01= assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno

02= assistiti SASN con visita ambulatoriale

03= assistiti SASN con visita domiciliare

04= assistiti da istituzioni estere

05= assistito SASN extraeuropeo

99= altra tipologia di assistenza

Il valore 99= altra tipologia di assistenza, deve essere utilizzato in tutti i casi in cui non ricorrono le situazioni indicate dai precedenti valori.

Numero delle prestazioni effettivamente contenute nella ricetta (numpresteff), campo 45 dell'archivio SPA1: in questo campo deve essere indicato il numero di prestazioni effettivamente erogate, ovvero il numero di record di SPA2 legate alla ricetta. Si precisa che in questo campo non deve essere riportato il valore determinato dalla sommatoria dei valori presenti nel campo **numacc**, numero degli accessi alla prestazione/ somministrazione prodotto della SPA2. A titolo esemplificativo in caso di una prestazione a cicli, il valore da riportare è uno e non il numero dei relativi cicli. Si evidenzia inoltre che questo campo deve essere compilato solo per le prestazioni prescritte su ricetta del SSN, per quelle non prescritte su ricettario del SSN il campo deve essere lasciato vuoto. Si evidenzia come questo valore possa essere superiore anche al limite di prestazioni prescrivibili su una singola ricetta e proprio per consentire di generare i calcoli relativi ad eventuali pagamenti di ulteriori quote ricetta o quote ticket; infatti ove è presente un valore superiore ad 8 le procedure di validazione che operano sui NAL ammettono che l'importo del ticket sia superiore a quello massimo previsto dalla vigenti disposizioni normative. Si rinvia al calcolo dell'importo ticket per ulteriori informazioni.

Codice catalogo (codcatalogo), campo 37 dell'archivio SPA2: In questo campo deve essere inserito il codice della prestazione erogata secondo il catalogo unico regionale delle prestazioni. L'individuazione della prestazione mediante codice catalogo è fondamentale nell'ottica di condivisione delle informazioni sanitarie e di un processo unitario regionale (la prescrizione, la prenotazione della prestazione, la refertazione, fino alla messa a disposizione delle informazioni attraverso la carta sanitaria elettronica).

2.8.5 Criteri per la determinazione delle quote informative attribuite dalla Regione

Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati (codusl), campo 94 dell'archivio SPA1: I valori contenuti in questo campo sono attribuiti dalle procedure regionali e desunti dai codici ministeriali delle Aziende che hanno effettivamente inviato i dati. Se il valore contenuto nel campo **Azienda** non corrisponde al codice ministeriale dell'Azienda inviante i dati e registrato nel campo **codusl** determinando lo scarto dell'intero gruppo ricetta contenente tale record.

Codice della Regione di residenza dell'utente (regpag) e codice dell'Azienda USL di residenza dell'utente (uslpag), campi 95 e 96 dell'archivio SPA1.

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

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

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

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

In particolare l'attribuzione della residenza dell'utente è effettuata gerarchicamente in base ai seguenti criteri:

- Codice ISTAT del Comune (campi **Provincia di residenza dell'utente e Comune di residenza dell'utente**) esistente nella tabella dei codici dei Comuni
 - i record che hanno, nei campi **Provincia di residenza dell'utente + Comune di residenza dell'utente**, un codice ISTAT riconducibile ad un comune toscano, sono attribuiti all'Azienda USL nella quale è compreso il comune segnalato, e pertanto i campi **regpag** e **uslpag** riporteranno i seguenti valori:
 - regpag** in tale campo è riportato il codice 090
 - uslpag** in tale campo è riportato il codice dell'Azienda USL toscana (101-112) nella quale è compreso il Comune segnalato;
 - i record che hanno, nei campi **Provincia di residenza dell'utente + Comune di residenza dell'utente**, un codice ISTAT riconducibile ad un comune non toscano, sono attribuiti alla Regione nell'ambito della quale è compreso il Comune segnalato, pertanto i campi **regpag** e **uslpag** riporteranno i seguenti valori:
 - regpag** in tale campo è riportato il codice della Regione ricavato dalla tabella dei codici dei Comuni italiani
 - uslpag** in tale campo è riportato il codice 000 (3 zeri);
- per i record che hanno nei campi **Provincia di residenza dell'utente + Comune di residenza dell'utente** un codice riconducibile ad uno Stato straniero, i campi **regpag** e **uslpag** riporteranno i seguenti valori:

regpag in tale campo è riportato il codice 999

uslpag in tale campo è riportato il codice 999

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

2.9 Tipologia dei campi

2.9.1 Tipologia dei campi del tracciato degli archivi

Per ciascuno dei flussi la struttura dei tracciati record da trasmettere alla Regione Toscana (vedi figura 1) tale Manuale fornisce per ciascun campo una serie di informazioni che di seguito presentiamo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La colonna, denominata **Errori**, non è presente nel seguente tracciato

2.10 Tracciati record

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

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

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
1	Record	Tipologia del record	C	999-999	1	Valore ammesso: 1 = record appartenente all'archivio principale Segnalazione errore Campo 48 (flag1).	2 (Flagtot= 9)	
2	Opera	Tipo operazione	C	2-2	1	Valori ammessi: 1 = <i>invio</i> del record 3 = <i>sostituzione</i> 4 = <i>eliminazione</i> Si precisa che: - per i record inviati per la prima volta, unico valore ammesso 1 - per i record inviati in sostituzione di record già presenti nel consolidato regionale, unico valore ammesso 3, per i record inviati in cancellazione di record già presenti nel consolidato regionale, unico valore ammesso 4.	2 (Flagtot= 9)	Eliminat o codice 2
3	Chiave	Chiave	C	3-12	10	Deve essere inserito un valore univoco a livello Aziendale che permette il collegamento del record dell'archivio principale (Tipologia del record = 1) con i corrispondenti record dell'archivio dettaglio (Tipologia del record = 2), pertanto in corrispondenza di un record di SPA1 deve corrispondere almeno un record di SPA2 con un valore identico nel campo 2.	2 (Flagtot= 9)	
4	Tipoindu	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	13-13	1	Valori ammessi: 1 = soggetto munito di codice fiscale (deve essere acquisito da documentazione ufficiale oppure accedendo all'anagrafe che contiene i codici fiscali certificati e validati dal Ministero dell'economia e delle finanze) 3 = soggetto straniero temporaneamente presente in Italia (STP) 4 = Anonimo 5= Cittadino dell'unione europea con tessera sanitaria europea o documento equipollente; questo valore comporta la compilazione del campo 35 CodIdeUteEurop 6= altra tipologia di identificazione per soggetti non appartenenti alle categorie sopra individuate Se il valore è 1 si verifica la presenza, nel campo codindu , del codice fiscale dell'utente. Se il valore è 3 si verifica che il valore del campo regresu sia pari a "999" e che nel campo codindu sia riportato il codice STP Se il valore è 4 si verifica che il codindu , sia riempito con 16 zeri Se il valore è 5 si verifica che il valore del campo regresu sia pari a "999" e che il campo codindu dell'archivio SPA1 sia riempito con 16 zeri. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti in codindu . Segnalazione errore Campo 51 (flag4)	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
5	codindu	Codice individuale dell'utente	C	14-29	16	Valori ammessi: Se tipoindu = 1, inserire il codice fiscale dell'utente, in questo caso si verifica che il contenuto del campo codindu abbia le seguenti caratteristiche: primi 6 caratteri alfabetici, settimo e ottavo numerici, nono alfabetico, decimo ed undicesimo numerici, dodicesimo e sedicesimo alfabetici. Se tipoindu = 3, inserire il codice STP. Se tipoindu = 4 o 5, riempire il campo con 16 zeri. Se tipoindu = 6 utilizzare una forma di codifica compatibile con la dimensione del presente campo. Il valore del campo deve essere corretto e coerente con i valori contenuti nel campo tipoindu . Segnalazione errore Campo 52 (flag5).	2	
6	Sexu	Sesso dell'utente	C	30-30	1	Valori ammessi: 1 = maschio 2 = femmina Segnalazione errore Campo 53 (flag6).	1	
7	datanasc	Data di nascita dell'utente	D	31-38	8	Valori ammessi: ggmmaaaa La data inserita deve essere tale che l'età dell'utente, calcolata in anni compiuti e ottenuta dalla differenza tra la data di erogazione della prestazione e la data di nascita, non sia superiore a 124 anni. La data riportata deve essere minore rispetto alla data riportata in dataini e alla data riportata in datafine Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi Segnalazione errore Campo 54 (flag7).	2	
8	Cittu	Cittadinanza dell'utente	C	39-41	3	Valori ammessi: 100 = italiana Nel caso di utenti con <i>cittadinanza straniera</i> inserire il codice ISTAT dello Stato straniero di appartenenza (tabella stati messa a disposizione sui NAL) 999 = apolide Segnalazione errore Campo 55 (flag8)	1	
9	Regresu	Regione di residenza dell'utente	C	42-44	3	Valori ammessi: Nel caso di utenti <i>residenti in Italia</i> , utilizzare il codice ministeriale delle Regioni italiane, come da tabella messa a disposizione sui NAL 999 = utenti <i>non residenti in Italia</i> Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi proresu , comresu e uslresu Segnalazione errore Campo 56 (flag9).	2	
10	Proresu	Provincia di residenza dell'utente	C	45-47	3	Valori ammessi: Nel caso di utenti <i>residenti in Italia</i> , inserire il codice ISTAT delle Province italiane, come da tabella messa a disposizione sui NAL 999 = utenti <i>non residenti in Italia</i> Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
						contenuti nei campi regresu , comresu e uslresu Segnalazione errore Campo 57 (flag10).		
11	Comresu	Comune di residenza dell'utente	C	48-50	3	Valori ammessi: Nel caso di utenti <i>residenti in Italia</i> , inserire il codice ISTAT dei Comuni italiani, come da tabella messa a disposizione sui NAL Nel caso di utenti <i>non residenti in Italia</i> inserire il codice ISTAT dello Stato straniero di residenza, come da tabella messa a disposizione sui NAL 999 = apolide Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi regresu , proresu e uslresu dell'archivio SPA1 Segnalazione errore Campo 58 (flag11).	2	
12	Uslresu	Usl di residenza dell'utente	C	51-53	3	Valori ammessi: Nel caso di utenti <i>residenti in Italia</i> , inserire il codice ministeriale delle USL italiane, come da tabella messa a disposizione sui NAL Nel caso di utenti <i>non residenti in Italia</i> inserire il codice ISTAT dello Stato straniero di residenza, come da tabella messa a disposizione sui NAL 999 = apolide Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi regresu , proresu e comresu Segnalazione errore Campo 59 (flag12).	2	
13	Zonresu	Zona sanitaria di residenza dell'utente	C	54-54	1	Valori ammessi: Nel caso di utenti <i>residenti in Toscana</i> , inserire il codice delle zone sanitarie toscane, come da tabella messa a disposizione sui NAL Nel caso di utenti <i>non residenti in Toscana</i> inserire il codice 0 Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi regresu , proresu , comresu e uslresu Segnalazione errore Campo 60 (flag13).	1	
14	Regiscu	Regione di iscrizione sanitaria dell'utente	C	55-57	3	Valori ammessi: Nel caso di utenti <i>assistiti in Italia</i> , inserire il codice ministeriale delle Regioni Italiane, come da tabella messa a disposizione sui NAL 999 = utenti <i>non assistiti in Italia</i> Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo usliscu Segnalazione errore Campo 61 (flag14).	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
15	Usliscu	Usl di iscrizione sanitaria dell'utente	C	58-60	3	Valori ammessi: Nel caso di utenti <i>assistiti in Italia</i> , inserire il codice ministeriale delle Usl italiane, come da tabella messa a disposizione sui NAL Nel caso di utenti <i>non assistiti in Italia</i> inserire il codice ISTAT dello Stato straniero di residenza 999 = apolide Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo regiscu . Segnalazione errore Campo 62 (flag15).	1	
16	Accesso	Modalità di accesso alla prestazione	C	61-62	2	Valori ammessi: 01 = Prescrizione sul ricettario SSN 02 = Altre prescrizioni su ricettario diverso da SSN 03 = Accesso diretto in senso proprio cioè senza prescrizione sul ricettario SSN 04 = Pronto Soccorso a cui non consegue il ricovero senza prescrizione su ricettario SSN 05 = Pre - Ricovero 07 = Post - Ricovero 08 = Chiamata per iniziativa Aziendale 09 = Richiesta di altre Aziende/Enti 10= pronto soccorso a cui non consegue il ricovero con prescrizione sul ricettario SSN Segnalazione errore Campo 63 (flag16)	2	
17	Finalita	Finalità della prestazione	C	63-64	2	Valori ammessi: 10 = prestazioni di screening oncologico 20 = prestazioni per donazione 30 = prestazioni di screening odontoiatrico 40 = prestazioni di procreazione medicalmente assistita 50 = prestazioni afferenti al percorso CORD 00 = altro Se è inserito il valore 10 si verifica che nel campo accesso sia inserito il valore 08 Segnalazione errore Campo 64 (flag17).	1	
18	Ricetta	Codice della ricetta	C	65-80	16	Si evidenzia come la rilevazione del codice della ricetta risponda ad un preciso adempimento delle disposizioni contenute nell'art. 50 del d.l. 30/9/2003 n. 269 e successive integrazioni, oltre ovviamente a consentire la identificazione certa del medico prescrittore. Valori ammessi: se accesso = 01 o 10 , unico valore ammesso codice della ricetta SSN, se accesso = 05 o 07 <u>con prescrizione su ricettario SSN</u> , unico valore ammesso codice della ricetta SSN, negli altri casi unico valore ammesso 0000000000000000 (16 zeri). Il valore del campo deve essere corretto e coerente con il valore contenuto nel campo accesso Segnalazione errore Campo 65 (flag18).	2	
19	codfimp	Codice fiscale del medico proponente	C	81-96	16	Valori ammessi: Se accesso = 01 o 02 o 10 inserire il codice fiscale del medico proponente, in questo caso si verifica che il contenuto del campo abbia le seguenti caratteristiche: primi 6 caratteri	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
						alfabetici, settimo ed ottavo numerici, nono alfabetico, decimo ed undicesimo numerici, dodicesimo e sedicesimo alfabetici Se accesso <> 01 o 02 o 10 inserire 16 zeri Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo accesso , Segnalazione errore Campo 66 (flag19).		
20	Regmp	Regione ove opera il medico proponente	C	97-99	3	Valori ammessi: Se accesso = 01 o 02 o 10 inserire il codice ministeriale delle Regioni italiane, Se accesso <> 01 o 02 o 10 inserire 000 Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo Uslmp Segnalazione errore Campo 67 (flag20).	1	
21	Uslmp	Usl ove opera il medico proponente	C	100-102	3	Valori ammessi: se accesso = 01 o 02 o 10 inserire il codice ministeriale delle Usl italiane Se accesso <> 01 o 02 o 10 inserire 000 Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo regmp Segnalazione errore Campo 68 (flag21).	1	
22	Zonmp	Zona sanitaria ove opera il medico proponente	C	103-103	1	Valori ammessi: Nel caso di <i>medici operanti in Toscana</i> inserire il codice delle zone sanitarie toscane e se accesso = 01 o 02 o 10 inserire il codice delle zone sanitarie toscane, come da tabella messa a disposizione sui NAL, altrimenti inserire il valore 0. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi uslmp e regmp Segnalazione errore Campo 69 (flag22).	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
23	Tipomp	Tipologia del medico proponente	C	104-105	2	Se accesso = 01 o 02 o 10 i valori ammessi sono: 01 = medico di base convenzionato 02 = medico pediatra convenzionato 03 = medico specialista dipendente 04 = guardia turistica 05 = guardia medica 06 = medico INPS 07 = medico INAIL 08 = medico specialista interno 09 = medico specialista esterno 10 = medico di emergenza sanitaria territoriale 11 = medico medicina dei servizi 12 = Medico dipendente universitario di ruolo sanitario operante in convenzione secondo i protocolli regione/università/Azienda 13 = Medico libero professionista di ruolo sanitario con contratto legato a progetti a tempo determinato 99 = altro Se accesso <> 01 o 02 o 10 unico valore ammesso 00 Segnalazione errore Campo 70 (flag23).	1	
24	Regalie	Regione di appartenenza dell'Azienda sanitaria Erogatrice	C	106-108	3	Valori ammessi: 090 = Toscana Segnalazione errore Campo 71 (flag24)	2 (Flagtot= 9)	
25	Azienda	Azienda sanitaria Erogatrice	C	109-111	3	Valori ammessi: Codice ministeriale dell'Azienda Sanitaria toscana Segnalazione errore Campo 72 (flag25)	2 (Flagtot= 9)	
26	totprest	Numero totale delle prestazioni Erogate	N	112-114	3	Valori ammessi: Inserire il valore ottenuto dalla somma dei valori contenuti campo numacc dell'archivio SPA2 relativo alle prestazioni collegate relazionalmente al record dell'archivio principale Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo numacc . Segnalazione errore Campo 73 (flag26).	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
27	imprest	Importo totale netto delle prestazioni erogate a soggette a compensazione	N	115-122	8	Valori ammessi: Importo in euro. In tale campo deve essere inserito, <u>solo per i record di SPA2 collegati relazionalmente e con compensa = 1</u> , l'importo ottenuto dalla differenza tra la somma dei valori contenuti nel campo lordo dell'archivio SPA2 ed il valore contenuto in imptick dell'archivio SPA1. Se la differenza risultasse negativa inserire 8 zeri. <u>Si ricorda che in questo campo non vanno computati i valori presenti nei campi quoric quota ricetta e quotACPS quota accesso al pronto soccorso</u> Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi compensa e lordo di SPA2 e con il valore contenuto nel campo imptick di SPA1 Segnalazione errore Campo 74 (flag27).	2	
28	imptick	Totale ticket dovuto dall'utente	N	123-130	8	Valore ammesso: Importo in euro Se accesso = 01 o 10 e libprof = 1 e onere = 0 e ticket <> 40, allora si controlla che il valore indicato sia minore o uguale a un valore SOGLIA, descritto al paragrafo 2.8.4, dipendente dal campo NumPrestEff SPA1 e dalle branche di appartenenza delle prestazioni erogate. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore di campo accesso e del campo NumPrestEff di SPA1. Segnalazione errore Campo 75 (flag28).	2	
29	Quoric	Quota ricetta	N	131-138	8	Inserire l'importo in euro della quota fissa sulla ricetta secondo la normativa vigente al momento dell'accettazione dell'utente. Se l'importo non è dovuto lasciare vuoto. Segnalazione errore Campo 76 (flag29).	2	
30	quotAcPS	Quota accesso al pronto soccorso	N	139-146	8	Importo in euro pari al valore dovuto dall'utente per l'accesso al pronto soccorso in base alle disposizioni vigenti. Se l'importo non è dovuto lasciare vuoto Se l' accesso alla <> 04 o 10 il campo deve essere lasciato vuoto. Segnalazione errore Campo 77 (flag30).	2	
31	DataPres	Data di prescrizione della ricetta	D	147-154	8	Deve essere inserita la data nella quale il medico prescrittore compila la ricetta con la prescrizione della prestazione. Se accesso = 01 o 10 valori ammessi ggmmaaaa, la data riportata dovrà essere minore rispetto alla data contenuta in dataini e i datafine dell'archivio SPA2 Se accesso = 01 o 10 in caso di data mancante sulla ricetta riportare 8 zeri. Se accesso <> 01 o 10 il campo non deve essere compilato (vuoto) Segnalazione errore Campo 78 (flag31).	1	
32	DataSped	Data di spedizione della ricetta	C	155-162	8	Si intende la data nella quale la ricetta viene consegnata dall'utente ad una struttura per attivare il processo di accesso al servizio richiesto: Se accesso = 01 o 10, valori ammessi ggmmaaaa, la data riportata deve essere maggiore di quella contenuta in DataPres minore rispetto alla data contenuta in dataini e i datafine dell'archivio SPA2.	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
						Se accesso <> 01 o 10 il campo non deve essere compilato (vuoto) Segnalazione errore Campo 79 (flag32).		
33	vericf	Verifica del codice fiscale	C	163-164	2	Contiene la segnalazione dell'avvenuta verifica della congruenza tra il codice fiscale riportato sulla ricetta ed il codice fiscale presente sulla tessera sanitaria. Tale verifica è operabile solo in presenza di una prescrizione su ricettario del SSN. Si prevedono due modalità di segnalazione: a) semplificata nel caso di acquisizione dei dati della ricetta su una procedura informatica successivamente al contatto tra l'utente e la struttura che riceve la ricetta; in tal caso è possibile desumere l'esito del controllo esclusivamente da una specifica segnalazione riportata sulla ricetta e quindi è possibile solo identificare la difformità mediante l'apposizione di un apposito segno sulla ricetta stessa, valori ammessi: 01= codice fiscale della tessera difforme da codice fiscale della ricetta; quando è presente l'apposito segno sulla ricetta stessa; 02= codice fiscale della tessera conforme al codice fiscale della ricetta il valore 01 comprende tutte le tipologie di difformità possibili ivi incluse quelle determinate dalla mancata esibizione della tessera o dalla mancanza del codice fiscale sulla ricetta. b) estesa nel caso in cui l'acquisizione dei dati della ricetta su una procedura informatica avvenga contestualmente al contatto tra l'utente e la struttura che riceve la ricetta e dove è quindi possibile effettuare una distinzione maggiore rispetto alla conformità o meno del codice fiscale della tessera sanitaria rispetto a quello sulla ricetta. Se accesso = 01 o 10 valori ammessi: 10= verifica effettuata e positiva (CF su ricetta uguale a CF della tessera sanitaria) 11= verifica effettuata e negativa (CF su ricetta diverso da CF su tessera sanitaria) 12= verifica non effettuata per mancata esibizione delle tessera sanitaria 13= verifica non effettuata per mancata registrazione del codice fiscale dell'utente sulla ricetta 14= verifica effettuata mediante riscontro con anagrafe regionale e positiva (si intende che la verifica è validamente operata se il codice fiscale riscontrato in anagrafe regionale è validato dalla procedura del ministero dell'economia e delle finanze) 15= verifica effettuata mediante riscontro con anagrafe regionale e negativa (si intende che la verifica è validamente eseguita se viene effettuata tenendo conto dei codici fiscali in anagrafe regionale validati dalla procedura del ministero dell'economia e delle finanze) 16= verifica non effettuata c) prestazioni erogate senza prescrizione sul ricettario del SSN inserire: 00 (zero, zero)= non esiste la prescrizione sul ricettario del SSN Se accesso <> 01 o 10 unico valore ammesso 00 Segnalazione errore Campo 80 (flag33).	2	
34	IstiCompEurop	Istituzione competente Europea	C	165-192	28	Codice della istituzione competente che garantisce la copertura sanitaria dell'utente. Il campo deve essere compilato in caso di pazienti che sono coperti da una copertura sanitaria in ambito dei paesi dell'Unione Europea. L'informazione è ricavabile dal retro della tessera sanitaria e dovrebbe essere riportata sul retro della ricetta del SSN; non tutti i soggetti assistiti da una istituzione dell'unione	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
						europea sono in possesso della tessera sanitaria nella forma in cui è stata distribuita in Italia, ma possono essere dotati di documentazione sostitutiva o equipollente che comunque dovrebbe contenere tale codice. In caso di irreperibilità dell'informazione apporre 28 zeri. Se tipoindu = 5 e regresu = 999 riportare correttamente l'informazione, Altrimenti lasciare il campo non compilato (vuoto). Segnalazione errore Campo 81 (flag34).		
35	CodIdeUteEurop	Codice identificativo dell'utente europeo	C	193-212	20	Codice identificativo dell'utente assicurato da una istituzione della Unione Europea. Si evidenzia che questo codice è per l'Italia rappresentato dal codice fiscale, ma questa non rappresenta una regola per gli altri paesi della UE. In caso di utente assicurato da istituzione dell'Unione Europea privo della idonea documentazione apporre 20 zeri Se tipoindu = 5 e regresu = 999 riportare correttamente l'informazione, Altrimenti lasciare il campo non compilato (vuoto). Segnalazione errore Campo 82 (flag35).	1	
36	CodIdeDocuEurop	Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	213-232	20	Codice identificativo della tessera europea di assicurazione malattia. Si sottolinea come tale informazione possa essere rappresentata anche su documenti molto diversi dalla tessera sanitaria distribuita in Italia dal ministero dell'economia e delle finanze; non è inoltre da escludere che tale codice identificativo sia assente. In caso di irreperibilità apporre 20 zeri 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 lasciare il campo vuoto Se tipoindu = 5 e regresu = 999 riportare correttamente l'informazione, Altrimenti lasciare il campo non compilato (vuoto). Segnalazione errore Campo 83 (flag36).	1	
37	CodStatDocuEurop	Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	233-235	3	Codice ISTAT dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce la copertura dell'assistenza sanitaria Se tipoindu = 5 e regresu = 999 riportare correttamente l'informazione, Altrimenti lasciare il campo non compilato (vuoto). Segnalazione errore Campo 84 (flag37).	1	
38	BiffaStmplet	Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	236-236	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 l'accesso = 01 o 10 i valori ammessi sono: 0= assenza della biffatura nell'apposito spazio (ricetta manuale) 1= Ricetta informatizzata con biffatura campo "Stampa PC" e codice fiscale in barcode 2= Ricetta informatizzata con la sola biffatura del campo "Stampa PC" Da rilevare quando il valore del campo 16 "accesso" è pari a 01 o 10 In tutti gli altri casi lasciare il campo vuoto Se l'accesso <> 01 o 10 non compilare (vuoto) Segnalazione errore Campo 85 (flag38).	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
39	VUOTO		C	237-237	1		1	eliminato
40	triagePs	Codice colore del triage al pronto soccorso	C	238-239	2	Questa informazione deve essere rilevata quando l'utente accede al pronto soccorso Se accesso = 04 o 10 i valori ammessi sono: 01= bianco 02= azzurro 03= verde 04= giallo 05= rosso 06= nero 99= non rilevato Se l' accesso <> 04 o 10 non compilare (vuoto) Segnalazione errore Campo 87 (flag40).	1	
41	VUOTO		C	240-244	5		1	eliminato
42	VUOTO		C	245-246	2		1	eliminato
43	RicSug	Ricetta suggerita	C	247-248	2	Indicare se la ricetta è stata suggerita al prescrittore. Se l' accesso = 01 i valori ammessi sono: 01= suggerita 02= altro 03= non rilevato Se l' accesso <> 01 non compilare (vuoto) Segnalazione errore Campo 90 (flag43).	1	
44	tipoassist	Tipologia di assistenza	C	249-250	2	01= assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno 02= assistiti SASN con visita ambulatoriale 03= assistiti SASN con visita domiciliare 04= assistiti da istituzioni estere 05= assistito SASN extraeuropeo 99= altra tipologia di assistenza Segnalazione errore Campo 91 (flag44).	1	
45	NumPrestEff	Numero delle prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	N	251-252	2	Riportare il numero di record di spa2. Per le prestazioni senza ricetta porre il campo a vuoto. Se l' accesso = 01 o 10 indicare il numero di record di SPA2 Se l' accesso <> 01 o 10 non compilare (vuoto) Si ricorda che le prestazioni a ciclo in questo campo vanno considerate come unica prestazione, senza considerare i diversi cicli in cui si articolano. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore di campo accesso Segnalazione errore Campo 92 (flag45).	2	
46	DataScadDocuEurop	Data di scadenza della tessera	D	253-260	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	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
		di europea assicurazione malattia dell'assistito				finanze o per quelli diversi da quelli assistiti da una istituzione europea o in caso di irreperibilità lasciare il campo vuoto Se accesso = 01 o 10, inserire ggmmaaaa Se accesso <> 01 o 10 si verifica che il campo sia VUOTO Segnalazione errore Campo 93 (flag46).		

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

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	Novità
1	record	Tipologia del record	C	1-1	1	Valori ammessi: 2 = record appartenente all'archivio dettaglio	2 (Flagtot=9)	
2	chiave	Chiave	C	2-11	10	Valore univoco a livello Aziendale che permette il collegamento del record dell'archivio principale (tipo record = 1) con i corrispondenti record dell'archivio dettaglio (tipo record = 2) Il valore del campo deve essere univoco, a livello Aziendale e deve esistere almeno un valore identico nel campo 3 dell'archivio SPA1 Segnalazione errore Campo 43 (flag2).	2 (Flagtot=9)	
3	tipopres	Tipologia del presidio erogatore	C	12-13	2	In questo campo deve essere indicata la tipologia del presidio erogatore. La lettura congiunta delle informazioni riportate in questo campo con quelle indicate campo presidio consente di definire ed individuare le caratteristiche funzionali del presidio che ha erogato la struttura. Valori ammessi: 01 = territoriale 02 = interno all'ospedale 03 = privato accreditato 04 = domicilio 05 = altro Segnalazione errore Campo 44 (flag3).	2	
4	prostrut	Provincia di appartenenza del presidio erogatore	C	14-16	3	Per identificare l'esatta ubicazione del presidio oggetto di rilevazione devono essere compilati i campi relativi alla provincia e al comune di appartenenza del presidio stesso. Valori ammessi: codice ISTAT delle Province toscane, come da tabella messa a disposizione sui NAL. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti in comstrut e presidio . Segnalazione errore Campo 45 (flag4).	2	
5	comstrut	Comune di appartenenza del presidio erogatore	C	17-19	3	Per identificare l'esatta ubicazione del presidio oggetto di rilevazione devono essere compilati i campi relativi alla provincia e al comune di appartenenza del presidio stesso. Valori ammessi: codice ISTAT dei Comuni toscani, come da tabella messa a disposizione sui NAL. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi prostrut e presidio dell'archivio SPA2.	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
						Segnalazione errore Campo 46 (flag5).		
6	presidio	Codice del presidio Erogatore	C	20-25	6	Valori ammessi: Se tipopres = 01 o 02 o 03 o 05, deve essere inserito il codice STS.11 relativo al presidio che provvede alla erogazione della prestazione, come da tabella messa a disposizione sui NAL. Se tipopres = 04, deve essere inserito il codice STS.11 del presidio che è funzionalmente responsabile dell'erogazione della prestazione domiciliare, come da tabella messa a disposizione sui NAL. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi prostrut e comstrut . Segnalazione errore Campo 47 (flag6).	2	
7	speciali	Codice della specialità della struttura organizzativa di erogazione	C	26-28	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: codici previsti dalla apposita tabella di appoggio, denominata "specialità" a disposizione sui NAL. Segnalazione errore Campo 48 (flag7).	1	
8	reparto	Codice del reparto di erogazione della prestazione	C	29-30	2	Tale campo permette di rilevare l'attività erogata nelle strutture ospedaliere in regime ambulatoriale in relazione al reparto ospedaliero di riferimento. Valori ammessi: se l'ambulatorio non è interno ad un presidio ospedaliero, unico valore ammesso 00 (2 zeri) altrimenti inserire il codice del reparto ospedaliero così come indicato nei flussi ministeriali. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo presidio , l'individuazione dell'ubicazione dell'ambulatorio all'interno dell'istituto di ricovero avviene infatti tramite le informazioni desunte dal codice STS.11 utilizzato per individuare il presidio erogatore. Segnalazione errore Campo 49 (flag8).	1	
9	disciplina	Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	31-33	3	Valori ammessi: In tale campo deve essere inserito il codice della disciplina che qualifica la prestazione erogata. I codici da utilizzare sono quelli individuati nell'apposita tabella di appoggio, denominata "specialità" a disposizione sui NAL. Segnalazione errore Campo 50 (flag9).	1	
10	tipocontatto	Tipologia del contatto	C	34-34	1	Valori ammessi: Se tipopr = 1 o 5 o 8 i valori ammessi sono: 1 = primo contatto (primo accesso) 2 = contatto successivo al primo (accesso successivo) Altrimenti valore 0 Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo tipopr , Segnalazione errore Campo 51 (flag10).	2	Valore Errore 1->2 per art.50
11	contatto	Data di primo contatto per la richiesta della	D	35-42	8	Il campo deve essere compilato per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (tipopr =1), medicina dello sport (tipopr =5) e di specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale (tipopr =8). Il valore riportato deve essere la data in cui l'utente ha	2	Specificato meglio

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
		prestazione				richiesto la prestazione e quindi non superiore alle date di erogazione (dataini e datafine). Nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione la data coincide con la data di erogazione. Valori ammessi: ggmmaaaa Se tipopr ha valore 2 o 4 deve essere inserito il valore 00000000 (otto zeri) Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi tipopr, dataini e datafine . Segnalazione errore Campo 52 (flag11).		
12	CUP	Prenotazione della prestazione	C	43-43	1	Questo campo permette di rilevare se la prestazione è stata o non è stata prenotata tramite sistema pubblico CUP. I valori ammessi per tale campo sono i seguenti: 0 = Prestazione prenotata tramite CUP 1 = Prestazione non prenotata tramite CUP Si precisa che nel codice 1 rientrano le prestazioni ad accesso diretto in senso stretto, cioè quelle prestazioni alle quali l'utente accede senza ricetta medica, e le prestazioni per le quali è necessaria la ricetta medica, ma per le quali L'Azienda non richiede la prestazione in quanto la prestazione viene erogata all'utente al momento della sua presentazione presso il Presidio che eroga la prestazione. Segnalazione errore Campo 53 (flag12).	1	
13	priorita	Codice priorità di accesso alla prestazione	C	44-44	1	Il campo è previsto per la rilevazione delle classi di priorità della prestazione erogata. Attualmente i valori ammessi: 0 = prestazione non urgente 1 = prestazione urgente 2 = prestazione di emergenza La prestazione si definisce urgente se la prescrizione del medico proponente è caratterizzata dalla dicitura " urgente ". Tale prestazione deve essere erogata entro 72 ore a partire dalla data di primo contatto. La prestazione di emergenza presuppone un accesso tramite pronto soccorso, pertanto se la prestazione è stata classificata come prestazione di emergenza (codice 2) si controlla che il campo accesso sia uguale a "04" (Pronto soccorso a cui non consegue il ricovero). Il campo potrà subire variazioni nelle modalità di compilazione in relazione alle possibili revisioni del modello regionale delle classi di priorità. Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo accesso Segnalazione errore Campo 54 (flag13).	2	Valore Errore 1->2
14	dataini	Data di INIZIO erogazione della prestazione/ Somministrazione prodotto	D	45-52	8	Regole di compilazione: Se tipopr = 1 o 2 e la <u>prestazione specialistica non è articolata in cicli</u> deve essere inserita la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo datafine . Nel caso <u>di prestazione specialistiche articolate in cicli</u> , così come individuate nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, l'invio deve essere effettuato nel mese in cui viene erogata l'ultima	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
						prestazione del ciclo. Pertanto nel campo dataini deve essere registrata la data effettiva di erogazione della prima prestazione del ciclo, mentre nel campo datafine la data dell'ultima prestazione erogata, data che quindi coincide con la chiusura del ciclo e che deve essere compresa nel mese di riferimento, mentre la data indicata nel campo dataini, può non essere ricompresa nel mese di riferimento. Se tipopr = 8 deve essere inserita la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo datafine. Se tipopr = 5 (prestazioni di medicina sportiva) deve essere inserita la data di rilascio della certificazione medico sportiva. e questa deve coincidere con la data presente nel campo datafine. Se tipopr = 4 (Emocomponenti), nel campo dataini deve essere inserita la data della prima prestazione erogata nel mese di riferimento, mentre nel campo datafine deve essere inserita la data dell'ultima erogazione. Quindi, anche per le prestazioni caratterizzate da accessi continui e destinati a protrarsi oltre il mese di riferimento quali la somministrazione di emocomponenti in ambito di prestazioni trasfusionali a livello ambulatoriale, l'invio in Regione deve essere effettuato in relazione alla data in cui viene effettuata l'ultima prestazione. Valore ammessi: ggmmaaaa Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo datafine Segnalazione errore Campo 55 (flag14).		
15	datafine	Data di erogazione della prestazione/ Somministrazione prodotto	D	53-60	8	Se tipopr = 1 o 2 (prestazioni di specialistica ambulatoriale e prestazioni di specialistica ambulatoriale aggiuntiva non prevista su ricetta SSN) , e la <u>prestazione specialistica non è articolata in cicli</u> , deve essere inserita la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo dataini Nel caso di <u>prestazione specialistiche articolate in cicli</u> , così come individuate nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, l'invio deve essere effettuato nel mese in cui viene erogata l'ultima prestazione del ciclo. Pertanto nel campo dataini deve essere registrata la data effettiva di erogazione della prima prestazione del ciclo, mentre nel campo datafine la data dell'ultima prestazione erogata, data che quindi coincide con la chiusura del ciclo e che deve essere compresa nel mese di riferimento. In tal senso la data indicata nel campo dataini, può non essere ricompresa nel mese di riferimento. Se tipopr = 8 deve essere inserita la data effettiva di erogazione della prestazione e questa deve coincidere con la data presente nel campo dataini. Se tipopr = 5 (prestazioni di medicina sportiva) deve essere inserita la data di rilascio della certificazione medico sportiva. Se tipopr = 4 (Emocomponenti), nel campo dataini deve essere inserita la data della prima prestazione erogata nel mese di riferimento, mentre nel campo datafine deve essere inserita la data dell'ultima erogazione. Quindi, anche per le prestazioni caratterizzate da accessi continui e destinati a protrarsi oltre il mese di riferimento quali la somministrazione di emocomponenti in ambito di prestazioni trasfusionali a livello ambulatoriale, l'invio in Regione deve essere effettuato in relazione alla data in cui viene effettuata l'ultima	2 (Flagtot=9)	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
						prestazione. Valore ammessi: ggmmaaaa. Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo dataini Segnalazione errore Campo 56 (flag15).		
16	patpres	Codice della patologia presunta	C	61-65	5	Patologia dell'utente, per la quale è stata richiesta la prestazione; in particolare si rileva sia la patologia presunta e che accertata segnalata in ricetta Valori ammessi: Codice ICD9 tabella messa a disposizione sui NAL 00000 = non rilevato Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi , Segnalazione errore Campo 57 (flag16).	1	
17	ICD9	Codice della patologia accertata		66-70	5	Valori ammessi: Codice ICD9 99999 = nessuna patologia accertata 00000 = non rilevato Segnalazione errore Campo 58 (flag17).	1	
18	tipopr	Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	71-71	1	In questo campo deve essere indicata la tipologia di prestazione erogata. Le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, previste dal nomenclatore tariffario regionale, di cui alla deliberazione G.R. n. 229 del 3/3/97, e successive integrazioni e modificazioni devono essere registrate con il codice "1" o "2", in questi casi in codpres devono essere inseriti i codici previsti dal nomenclatore tariffario regionale. Valori ammessi: 1 = Prestazione specialistica ambulatoriale 2 = Prestazione specialistica ambulatoriale aggiuntiva non prevista su ricetta SSN 4 = Emocomponenti 5 = Prestazione per la medicina dello sport 8 = Prestazione specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo codpres . Segnalazione errore Campo 59 (flag18).	2	Eliminato valore 7

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
19	codpres	Codice della prestazione erogata/ prodotto somministrato	C	72-81	10	In questo campo devono essere inseriti i codici delle prestazione erogata in conformità con quanto dichiarato nel campo tipopres e secondo quanto previsto nella tabella “prestazioni” messa a disposizione sui NAL. Ed in particolare: se tipopr = 1 o 2: inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale del nomenclatore (delibera G.R. 229 del 3/3/97 allegato A, e successive modifiche ed integrazioni); se tipopr = 4: inserire il codice dell'emocomponente (delibera G.R. n. 1152 del 13/10/97 allegato C) somministrato all'utente; se tipopr = 5, inserire il codice della certificazione medico sportiva (delibera G.R. n. 667 del 16/6/97); se tipopr = 8: inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale non prevista nel nomenclatore regionale. Valori ammessi: tabella “prestazioni” messa a disposizione sui NAL. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo tipopr . Segnalazione errore Campo 60 (flag19).	2	
20	branca	Codice della branca della prestazione erogata	C	82-82	1	Valori ammessi: se tipopr = 1 o 2: inserire il codice della effettiva branca di erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale I valori ammessi sono quelli individuati nel Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, di cui alla deliberazione G.R. n. 229/97 e successive integrazioni e modificazioni. Si specifica che deve essere utilizzato il carattere maiuscolo per l'individuazione del singolo codice da adottare. Per le prestazioni, indicate nel Nomenclatore tariffario regionale come appartenenti a più branche specialistiche (cosiddetta prestazione multibranca/branche omologhe), l'Azienda erogatrice deve specificare la branca di effettiva erogazione della prestazione, desumibile anche dal codice presente nel campo specialità di erogazione della prestazione. se tipopr <> 1 o 2: unico valore ammesso 0 (zero). Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi tipopr e codpres . Segnalazione errore Campo 61 (flag20).	1	
21	numacc	Numero degli accessi alla Prestazione/ somministrazione prodotto	N	83-85	3	Valori ammessi: se tipopr = 1 o 2 e la prestazione erogata <u>non</u> è una prestazione a ciclo unico valore ammesso 001 se tipopr = 5 o 8, unico valore ammesso 001. se tipopr = 1 o 2 e la prestazione erogata è una prestazione a ciclo, deve essere inserito il numero di accessi effettivamente registrati all'interno del ciclo terapeutico: tale valore non deve superare il numero massimo di prestazioni previsto per il relativo ciclo terapeutico. se tipopr = 4, deve essere inserito il numero totale degli accessi effettuati dall'utente presso il presidio erogatore della prestazione. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo tipopr . Segnalazione errore Campo 62 (flag21).	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
22	quantuni	Numero di prestazioni effettivamente erogate/ quantità unitarie di prodotto somministrato	N	86-91	6	Valori ammessi: se tipopr = 1 o 2 e la prestazione erogata non è una prestazione a ciclo, deve essere inserito il valore 001,00 se tipopr =5 o 8, deve essere inserito il valore 001,00. se tipopr = 1 o 2 e la prestazione erogata è una prestazione a ciclo, deve essere inserito il numero di prestazioni effettivamente erogate, pertanto il valore ammesso deve avere nelle prime tre cifre la quantità totale di prestazioni erogate, la quarta corrisponde alla virgola decimale e le ultime due contengono 2 zeri. Tale valore non deve superare il numero massimo di prestazioni previste per il relativo ciclo terapeutico. se tipopr = 4, deve essere inserita la quantità totale di prodotto somministrato al paziente, pertanto il valore ammesso deve avere nelle prime tre cifre la quantità totale di prodotto somministrato, la quarta corrisponde alla virgola decimale e le ultime due contengono 2 zeri. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo tipopr . Segnalazione errore Campo 63 (flag22).	2	
23	tariffa	Tariffa della prestazione erogata/ costo unitario del prodotto somministrato	N	92-99	8	Tariffa in euro della prestazione o del prodotto codificati nel campo codpres dell'archivio SPA2, il valore riportato deve essere inferiore o uguale a quanto previsto dalla tabella messa a disposizione sui NAL Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi tipopr e codpres . Segnalazione errore Campo 64 (flag23).	2	
24	lordo	Importo lordo della prestazione erogata/ prodotto somministrato	N	100-107	8	Valori ammessi: deve essere inserito l'importo lordo in euro che si ottiene dalla moltiplicazione del valore contenuto nel campo quantuni per il valore contenuto nel campo tariffa . Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi quantuni e tariffa . Segnalazione errore Campo 65 (flag24).	2	
25	VUOTO		N	108-115	8		2	eliminato
26	ticket	Posizione dell'utente rispetto al ticket	C	116-117	2	I valori ammessi sono riportati nella tabella " posizione_ticket " messa a disposizione sui NAL Segnalazione errore Campo 67 (flag26)	2	
27	esentick	Tipologia dell'esenzione dal pagamento del ticket	C	118-119	2	I valori ammessi sono riportati nella tabella " esentick_spa " messa a disposizione sui NAL Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo ticket . Segnalazione errore Campo 68 (flag27).	2	
28	codese	Codice esenzione	C	120-130	11	Nel caso in cui nel campo esentick dell'archivio SPA2 sia inserito il codice 10, 99 o 00 inserire il valore 0000000000 (11 zeri) altrimenti i valori ammessi sono riportati nel campo stampa della tabella " esenzioni " messa a disposizione sui NAL. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
						contenuto nel campo esentick . Segnalazione errore Campo 69 (flag28).		
29	onere	Onere della prestazione	C	131-131	1	0 = prestazione a carico del SSN 1 = prestazione non a carico del SSN Se tipopr =8 unico valore ammesso 1. Se compensa =1 unico valore ammesso 0 Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi tipopr e compensa dell'archivio SPA2, Segnalazione errore Campo 70 (flag29).	2	
30	dirindi	Prestazione erogata in forma diretta/indiretta	C	132-132	1	Valori ammessi: 0 = erogata in forma indiretta 1 = erogata in forma diretta Se compensa = 0, unico valore ammesso 0 Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo compensa dell'archivio SPA2 Segnalazione errore Campo 71 (flag30).	2	
31	codfisma	Codice fiscale del medico prescrivente della prestazione aggiuntiva	C	133-148	16	Se tipopr = 2, inserire il codice fiscale del medico; Se tipopr <> 2, inserire 0000000000000000 (16 zeri) Il valore del campo deve essere corretto e coerente con il valore contenuto nel campo tipopr . Segnalazione errore Campo 72 (flag31).	1	
32	tipoma	Tipologia del medico prescrivente della prestazione aggiuntiva	C	149-150	2	Se tipopr = 2, i valori ammessi sono: 03 = medico specialista dipendente 08 = medico specialista interno 09 = medico specialista esterno 00 = non rilevato Se tipopr <> 2, inserire 00 Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi, e coerente con il valore contenuto tipopr . Segnalazione errore Campo 73 (flag32).	1	
33	libprof	Prestazione in regime libero professionale	C	151-151	1	Valori ammessi: 0 = prestazione erogata in regime libero professionale 1 = prestazione erogata non in regime libero professionale Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo compensa dell'archivio SPA2 Se libprof = 0, il campo 36 compensa dell'archivio SPA2 deve essere pari a 0. Segnalazione errore Campo 74 (flag33).	2	
34	tipoerog	Tipologia del medico erogatore della prestazione in regime libero professionale	C	152-153	2	Valori ammessi: 03 = prestazione erogata da medico specialista dipendente 08 = prestazione erogata da medico specialista convenzionato interno 99 = altro 00 = prestazione non in regime libero professionale	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
						Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nel campo libprof . Segnalazione errore Campo 75 (flag34).		
35	convenzione	Prestazione soggetta a convenzione	C	154-154	1	Valori ammessi: 0 = prestazione non soggetta a rapporto convenzionale 1 = prestazione soggetta a rapporto convenzionale 2 = prestazione erogata a utenti ricoverati in strutture non ubicate nel territorio della USL che invia i dati Il valore deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nei campi compensa di SPA2 e del campo Accesso di SPA1. Se convenzione = 2, il campo 16 accesso dell'archivio SPA1 deve essere uguale a 09. Se convenzione = 1 o 2 , il campo 36 compensa dell'archivio SPA2 deve essere uguale a 0. Segnalazione errore Campo 76 (flag35).	2	
36	compensa	Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	155-155	1	Lo scopo del campo è quello di identificare le prestazioni per le quali deve essere attivata la procedura di compensazione a livello regionale, da quelle che, non devono essere assoggettate a tale procedura Si ricorda che per la prestazione che risulta non soggetta a compensazione deve essere inserito il valore "0" (zero) nel suddetto campo. Ad esempio e tipologie di prestazione che prevedono tale codifica sono le prestazioni: non a carico del SSN, erogate in forma indiretta, in libera professione, erogate ad utenti residenti all'estero, soggette a scambio di documentazione contabile tra i diretti interessati, erogate in regime di pre-ricovero o post-ricovero, erogate per finalità di donazione. Valori ammessi: 0= non soggetto a compensazione 1 = soggetto a compensazione In particolare: se tipopr = 8 unico valore ammesso 0, se onere = 1 unico valore ammesso 0, se dirindi = 0 unico valore ammesso 0, se libprof = 0 unico valore ammesso 0, se convenzione = 1 o 2 unico valore ammesso 0, se regresu (archivio spa1) = 999 unico valore ammesso 0, se accesso (archivio spa1) = 05 o 07 unico valore ammesso 0, se finalità (archivio spa1) = 20 unico valore ammesso 0. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con il valore contenuto nei campi tipopr , onere , dirindi , libprof e convenzione dell'archivio SPA2, e con i valori contenuti nei campi regresu , accesso e finalità dell'archivio SPA1 Segnalazione errore Campo 77 (flag36).	2	
37	codcatalogo	Codice della prestazione erogata secondo catalogo unico regionale delle prestazioni	C	156-165	10	Valori ammessi: Se tipopr = 1 o 2, inserire il codice della prestazione specialistica ambulatoriale del catalogo unico regionale Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo se tipopr e codpres Segnalazione errore Campo 78 (flag37).	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Note	Errore	Novità
38	Chiavespa2	Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	166-175	10	Campo chiave per l'archivio di dettaglio, consente l'individuazione univoca del record di spa2 all'interno dello stesso gruppo ricetta. Il valore del campo deve essere univoco, a livello Aziendale e di campo 2 di SPA2 Segnalazione errore Campo 79 (flag38).	2 (Flagtot=9)	
39	ScelUte	Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	176-176	1	In questo campo deve essere rilevata l'informazione inerente la scelta dell'utente rispetto alla prima data disponibile proposta alla prenotazione. Nel caso in cui nel campo 18 dell'archivio SPA2 (tipopr) sia indicato il valore 1, 5 o 8 i valori ammessi sono: "0" = il sistema non è in grado di rilevare questa informazione "1" = l'utente non ha effettuato nessuna scelta "2" = l'utente ha scelto una data diversa dalla prima disponibilità. "3" = nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione Nel caso in cui nel campo 18 dell'archivio SPA2 (tipopr) sia compilato con valori diversi da 1, 5 o 8 unico valore ammesso: 9. Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nel campo 18 dell'archivio SPA2 (tipopr), Segnalazione errore Campo 80 (flag39).	2	Campo nuovo Art. 50
40	Dataprenotabile	Data prenotabile o di prima disponibilità	D	177-184	8	Il campo deve essere compilato per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (tipopr =1), medicina dello sport (tipopr =5) e di specialistica ambulatoriale non compresa nel nomenclatore regionale (tipopr =8); deve contenere una data valida e superiore o uguale alla data di contatto (contatto) e inferiore o uguale alle date di erogazione (dataini e datafine). Nel caso in cui la prestazione non necessiti di prenotazione la data coincide con la data di erogazione. Valori ammessi: ggmmaaaa Se tipopr ha valore 2 o 4 deve essere inserito il valore 00000000 (otto zeri) Il valore del campo deve essere compreso tra i valori ammessi e coerente con i valori contenuti nei campi tipopr , contatto , dataini e datafine . Segnalazione errore Campo 81 (flag40).	1	Campo nuovo Art. 50

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

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

CAMPO	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Controlli
1	record	Tipologia del record	C	1-1	1	Vedi tracciato §2.10.1
2	opera	Tipo operazione	C	2-2	1	Vedi tracciato §2.10.1
3	chiave	Chiave	C	3-12	10	Vedi tracciato §2.10.1
4	tipoindu	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	13-13	1	Vedi tracciato §2.10.1
5	Codindu	Codice individuale dell'utente	C	14-29	16	Vedi tracciato §2.10.1
6	Sexu	Sesso dell'utente	C	30-30	1	Vedi tracciato §2.10.1
7	datanasc	Data di nascita dell'utente	D	31-38	8	Vedi tracciato §2.10.1
8	Cittu	Cittadinanza dell'utente	C	39-41	3	Vedi tracciato §2.10.1
9	Regresu	Regione di residenza dell'utente	C	42-44	3	Vedi tracciato §2.10.1
10	Proresu	Provincia di residenza dell'utente	C	45-47	3	Vedi tracciato §2.10.1
11	comresu	Comune di residenza dell'utente	C	48-50	3	Vedi tracciato §2.10.1
12	Uslresu	Usl di residenza dell'utente	C	51-53	3	Vedi tracciato §2.10.1
13	Zonresu	Zona sanitaria di residenza dell'utente	C	54-54	1	Vedi tracciato §2.10.1
14	regiscu	Regione di iscrizione sanitaria dell'utente	C	55-57	3	Vedi tracciato §2.10.1
15	usliscu	Usl di iscrizione sanitaria dell'utente	C	58-60	3	Vedi tracciato §2.10.1
16	accesso	Modalità di accesso alla prestazione	C	61-62	2	Vedi tracciato §2.10.1
17	finalita	Finalità della prestazione	C	63-64	2	Vedi tracciato §2.10.1
18	ricetta	Codice della ricetta	C	65-80	16	Vedi tracciato §2.10.1
19	codfisp	Codice fiscale del medico proponente	C	81-96	16	Vedi tracciato §2.10.1
20	regmp	Regione ove opera il medico proponente	C	97-99	3	Vedi tracciato §2.10.1
21	uslmp	Usl ove opera il medico proponente	C	100-102	3	Vedi tracciato §2.10.1
22	zonmp	Zona sanitaria ove opera il medico proponente	C	103-103	1	Vedi tracciato §2.10.1
23	tipomp	Tipologia del medico proponente	C	104-105	2	Vedi tracciato §2.10.1
24	regazie	Regione di appartenenza dell'Azienda sanitaria erogatrice	C	106-108	3	Vedi tracciato §2.10.1
25	Azienda	Azienda sanitaria erogatrice	C	109-111	3	Vedi tracciato §2.10.1
26	totprest	Numero totale delle prestazioni erogate	N	112-114	3	Vedi tracciato §2.10.1
27	imprest	Importo totale netto delle prestazioni erogate soggette a compensazione	N	115-122	8	Vedi tracciato §2.10.1
28	imptick	Importo dovuto dall'utente per il ticket	N	123-130	8	Vedi tracciato §2.10.1
29	quoric	Quota ricetta	N	131-138	8	Vedi tracciato §2.10.1
30	quotAcPS	Quota accesso al pronto soccorso	N	139-146	8	Vedi tracciato §2.10.1
31	DataPres	Data di prescrizione della ricetta	D	147-154	8	Vedi tracciato §2.10.1
32	DataSped	Data di spedizione della ricetta	C	155-162	8	Vedi tracciato §2.10.1

CAMPO	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Controlli
33	vericf	Verifica del codice fiscale	C	163-164	2	Vedi tracciato §2.10.1
34	IstiCompEurop	Istituzione competente Europea	C	165-192	28	Vedi tracciato §2.10.1
35	CodIdeUteEurop	Codice identificativo dell'utente europeo	C	193-212	20	Vedi tracciato §2.10.1
36	CodIdeDocuEurop	Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	213-232	20	Vedi tracciato §2.10.1
37	CodStatDocuEurop	Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	233-235	3	Vedi tracciato §2.10.1
38	BiffaStmpElet	Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	236-236	1	Vedi tracciato §2.10.1
39	vuoto	vuoto	C	237-237	1	
40	triagePs	Codice colore del triage al pronto soccorso	C	238-239	2	Vedi tracciato §2.10.1
41	Vuoto	Vuoto	C	240-244	5	
42	vuoto	Vuoto	C	245-246	2	
43	RicSug	Ricetta suggerita	C	247-248	2	Vedi tracciato §2.10.1
44	tipoassist	Tipologia di assistenza	C	249-250	2	Vedi tracciato §2.10.1
45	NumPrestEff	Numero della prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	C	251-252	2	Vedi tracciato §2.10.1
46	DataScadDocuEurop	Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	D	253-260	8	Vedi tracciato §2.10.1
47	flagtot	Campo errore totale	C	261-261	1	Contiene il valore più alto del tipo di errore riscontrato nel gruppo ricetta.
48	flag1	Campo errore della tipologia del record	C	262-262	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
49	flag2	Campo errore del tipo operazione	C	263-263	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
50	flag3	Campo errore della chiave	C	264-264	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
51	flag4	Campo errore della tipologia del codice individuale dell'utente	C	265-265	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
52	flag5	Campo errore del codice individuale dell'utente	C	266-266	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
53	flag6	Campo errore del sesso dell'utente	C	267-267	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
54	flag7	Campo errore del data di nascita dell'utente	C	268-268	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
55	flag8	Campo errore della cittadinanza dell'utente	C	269-269	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
56	flag9	Campo errore della Regione di residenza dell'utente	C	270-270	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
57	flag10	Campo errore della Provincia di residenza dell'utente	C	271-271	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
58	flag11	Campo errore del Comune di residenza dell'utente	C	272-272	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
59	flag12	Campo errore del l'Usl di residenza dell'utente	C	273-273	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
60	flag13	Campo errore della zona sanitaria di residenza dell'utente	C	274-274	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
61	flag14	Campo errore della Regione di iscrizione sanitaria dell'utente	C	275-275	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
62	flag15	Campo errore dell'Usl di iscrizione sanitaria dell'utente	C	276-276	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1

CAMPO	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Controlli
63	flag16	Campo errore della modalità di accesso alla prestazione	C	277-277	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
64	flag17	Campo errore della finalità della prestazione	C	278-278	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
65	flag18	Campo errore del codice della ricetta	C	279-279	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
66	flag19	Campo errore del codice fiscale del medico proponente	C	280-280	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
67	flag20	Campo errore della Regione ove opera il medico proponente	C	281-281	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
68	flag21	Campo errore dell'Usl ove opera il medico proponente	C	282-282	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
69	flag22	Campo errore della zona sanitaria ove opera il medico proponente	C	283-283	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
70	flag23	Campo errore della tipologia del medico proponente	C	284-284	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
71	flag24	Campo errore della Regione di appartenenza dell'Azienda sanitaria erogatrice	C	285-285	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
72	flag25	Campo errore della Azienda sanitaria erogatrice	C	286-286	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
73	flag26	Campo errore del numero totale delle prestazioni erogate	C	287-287	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
74	flag27	Campo errore dell'importo totale netto delle prestazioni erogate soggette a compensazione	C	288-288	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
75	flag28	Campo errore del totale ticket dovuto dall'utente	C	289-289	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
76	flag29	Campo errore di Quota Ricetta	C	290-290	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
77	flag30	Campo errore di Quota accesso al pronto soccorso	C	291-291	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
78	flag31	Campo errore di Data di prescrizione della ricetta	C	292-292	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
79	flag32	Campo errore di Data di spedizione della ricetta	C	293-293	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
80	flag33	Campo errore della Verifica del codice fiscale	C	294-294	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
81	flag34	Campo errore di Istituzione competente Europea	C	295-295	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
82	flag35	Campo errore di Codice identificativo dell'utente europeo	C	296-296	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
83	flag36	Campo errore di Codice identificativo del documento di assicurazione europea	C	297-297	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
84	flag37	Campo errore di Codice dello stato estero a cui appartiene l'ente che garantisce l'assicurazione	C	298-298	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
85	flag38	Campo errore di Ricetta stampata elettronicamente da biffatura	C	299-299	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
86	flag39	Vuoto	C	300-300	1	vuoto
87	flag40	Campo errore di Codice colore del triage al pronto soccorso	C	301-301	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
88	flag41	Vuoto	C	302-302	1	vuoto
89	flag42	vuoto	C	303-303	1	vuoto
90	flag43	Campo errore di Ricetta suggerita	C	304-304	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
91	flag44	Campo errore di Tipologia di assistenza	C	305-305	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
92	flag45	Campo errore di Numero della prestazioni effettivamente contenute nella ricetta	C	306-306	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1

CAMPO	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Controlli
93	flag46	Campo errore della Data di scadenza della tessera europea di assicurazione malattia dell'assistito	C	307-307	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
94	codusl	Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati	C	308-310	3	Codice ministeriale dell'Azienda sanitaria inviante i dati attribuito dalle procedure regionali
95	regpag	Codice della Regione di residenza dell'utente	C	311-313	3	Codice della Regione di residenza dell'utente attribuito dalle procedure regionali
96	uslpag	Codice dell'Azienda usl di residenza dell'utente	C	314-316	3	Codice dell'Azienda usl di residenza dell'utente attribuito dalle procedure regionali

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

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Controlli
1	record	Tipologia del record	C	1-1	1	Vedi tracciato §2.10.1
2	chiave	Chiave	C	2-11	10	Vedi tracciato §2.10.1
3	tipopres	Tipologia del presidio erogatore	C	12-13	2	Vedi tracciato §2.10.1
4	prostrut	Provincia di appartenenza del presidio erogatore	C	14-16	3	Vedi tracciato §2.10.1
5	comstrut	Comune di appartenenza del presidio erogatore	C	17-19	3	Vedi tracciato §2.10.1
6	presidio	Codice del presidio erogatore	C	20-25	6	Vedi tracciato §2.10.1
7	speciali	Codice della specialità della struttura organizzativa di erogazione	C	26-28	3	Vedi tracciato §2.10.1
8	reparto	Codice del reparto di erogazione della prestazione	C	29-30	2	Vedi tracciato §2.10.1
9	disciplina	Codice della disciplina che qualifica la prestazione ambulatoriale	C	31-33	3	Vedi tracciato §2.10.1
10	tipocontatto	Tipologia del contatto	C	34-34	1	Vedi tracciato §2.10.1
11	contatto	Data di primo contatto per la prenotazione della prestazione	D	35-42	8	Vedi tracciato §2.10.1
12	CUP	Prenotazione della prestazione	C	43-43	1	Vedi tracciato §2.10.1
13	priorita	Codice priorità di accesso alla prestazione	C	44-44	1	Vedi tracciato §2.10.1
14	dataini	Data di INIZIO erogazione della prestazione/ somministrazione prodotto	D	45-52	8	Vedi tracciato §2.10.1
15	datafine	Data di FINE erogazione della prestazione/ somministrazione prodotto	D	53-60	8	Vedi tracciato §2.10.1
16	patpres	Codice della patologia presunta	C	61-65	5	Vedi tracciato §2.10.1
17	ICD9	Codice della patologia presunta o accertata	C	66-70	5	Vedi tracciato §2.10.1
18	tipopr	Tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	71-71	1	Vedi tracciato §2.10.1
19	codpres	Codice della prestazione erogata/ prodotto somministrato	C	72-81	10	Vedi tracciato §2.10.1
20	branca	Codice della branca della prestazione erogata	C	82-82	1	Vedi tracciato §2.10.1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Controlli
21	numacc	Numero degli accessi alla prestazione/ somministrazione prodotto	N	83-85	3	Vedi tracciato §2.10.1
22	quantuni	Numero di prestazioni effettivamente erogate/ quantità unitarie di prodotto somministrato	N	86-91	6	Vedi tracciato §2.10.1
23	tariffa	Tariffa della prestazione erogata/costo unitario del prodotto somministrato	N	92-99	8	Vedi tracciato §2.10.1
24	lordo	Importo lordo della prestazione erogata/ prodotto somministrato	N	100-107	8	Vedi tracciato §2.10.1
25	VUOTO		N	108-115	8	
26	ticket	Posizione dell'utente rispetto al ticket	C	116-117	2	Vedi tracciato §2.10.1
27	esentick	Tipologia dell'esenzione dal pagamento del ticket	C	118-119	2	Vedi tracciato §2.10.1
28	codese	Codice esenzione	C	120-130	11	Vedi tracciato §2.10.1
29	onere	Onere della prestazione	C	131-131	1	Vedi tracciato §2.10.1
30	dirindi	Prestazione erogata in forma diretta/indiretta	C	132-132	1	Vedi tracciato §2.10.1
31	codfisma	Codice fiscale del medico prescrivitore della prestazione aggiuntiva	C	133-148	16	Vedi tracciato §2.10.1
32	tipoma	Tipologia del medico prescrivitore della prestazione aggiuntiva	C	149-150	2	Vedi tracciato §2.10.1
33	libprof	Prestazione in regime libero professionale	C	151-151	1	Vedi tracciato §2.10.1
34	tipoerog	Tipologia del medico erogatore	C	152-153	2	Vedi tracciato §2.10.1
35	convenzione	Prestazione soggetta a convenzione	C	154-154	1	Vedi tracciato §2.10.1
36	compensa	Posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	155-155	1	Vedi tracciato §2.10.1
37	Codcatalogo	Codice catalogo	C	156-165	10	Vedi tracciato §2.10.1
38	Chiavespa2	Campo alfanumerico di identificazione univoca record di spa2	C	166-175	10	Vedi tracciato §2.10.1
39	ScelUte	Scelta dell'utente rispetto alla prenotazione	C	176-176	1	Vedi tracciato §2.10.1
40	Dataprenotabili	Data prenotabile o di prima disponibilità	D	177-184	8	Vedi tracciato §2.10.1
41	flagtot	Campo errore totale	C	185-185	1	Contiene il valore più alto del tipo di errore riscontrato nel gruppo ricetta
42	flag1	Campo errore della tipologia del record	C	186-186	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
43	flag2	Campo errore della chiave	C	187-187	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
44	flag3	Campo errore della tipologia del presidio erogatore	C	188-188	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
45	flag4	Campo errore della Provincia di appartenenza del presidio erogatore	C		1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
46	flag5	Campo errore del Comune di appartenenza del presidio erogatore	C	189-189	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
47	flag6	Campo errore del codice del presidio erogatore	C	190-190	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Controlli
48	flag7	Campo errore della Specialità della prestazione ambulatoriale	C	191-191	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
49	flag8	Campo errore del Reparto di erogazione	C	192-192	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
50	flag9	Campo errore del Codice della Disciplina	C	193-193	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
51	flag10	Campo errore della Tipologia del contatto	C	194-194	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
52	flag11	Campo errore della data di primo contatto per la prenotazione della prestazione	C	195-195	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
53	flag12	Campo errore della Prenotazione della prestazione	C	196-196	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
54	flag13	Campo errore del campo Codice priorità di accesso alla prestazione	C	197-197	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
55	flag14	Campo errore della data di INIZIO erogazione della prestazione/ somministrazione prodotto	C	198-198	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
56	flag15	Campo errore della data di FINE erogazione della prestazione/somministrazione prodotto	C	199-199	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
57	flag16	Campo errore del Codice della patologia presunta	C	200-200	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
58	flag17	Campo errore del codice ICD9	C	201-201	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
59	flag18	Campo errore della tipologia della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	202-202	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
60	flag19	Campo errore del codice della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	203-203	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
61	flag20	Campo errore della Branchia della prestazione erogata	C	204-204	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
62	flag21	Campo errore del numero degli accessi alla prestazione/somministrazione prodotto	C	205-205	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
63	flag22	Campo errore del numero di prestazioni effettivamente erogate/quantità unitarie di prodotto somministrato	C	206-206	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
64	flag23	Campo errore della tariffa della prestazione erogata/costo unitario del prodotto somministrato	C	207-207	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
65	flag24	Campo errore dell'importo lordo della prestazione erogata/prodotto somministrato	C	208-208	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
66	flag25	vuoto	C	209-209	1	vuoto
67	flag26	Campo errore della posizione dell'utente rispetto al ticket	C	210-210	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
68	flag27	Campo errore della tipologia dell'esenzione dal pagamento del ticket	C	211-211	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
69	flag28	Campo errore del Codice esenzione	C	212-212	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
70	flag29	Campo errore dell'Onere della prestazione	C	213-213	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
71	flag30	Campo errore della prestazione erogata in forma diretta/indiretta	C	214-214	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
72	flag31	Campo errore del codice fiscale del medico prescrittore della prestazione aggiuntiva	C	215-215	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
73	flag32	Campo errore del tipologia del medico prescrittore della	C	216-216	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos	Lung.	Controlli
		prestazione aggiuntiva				
74	flag33	Campo errore della prestazione in regime libero professionale	C	217-217	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
75	flag34	Campo errore della tipologia del medico erogatore	C	218-218	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
76	flag35	Campo errore del campo convenzione della prestazione	C	219-219	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
77	flag36	Campo errore della posizione della prestazione rispetto alla compensazione	C	220-220	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
78	flag37	Campo errore prestazioni codice catalogo	C	221-221	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
79	flag38	Campo errore della chiave di spa2	C	222-222	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
80	flag39	Campo errore scelta utente rispetto alla prenotazione	C	223-223	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
81	flag40	Campo errore data prenotabile o prima disponibilità	C	224-224	1	0 = campo corretto, Codice ERRORE, tracciato §2.10.1
82	codusl	Codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati	C	225-227	3	Codice ministeriale dell'Azienda sanitaria inviante i dati attribuito dalle procedure regionali
83	regpag	Codice della Regione di residenza dell'utente	C	228-230	3	Codice della Regione di residenza dell'utente attribuito dalle procedure regionali
84	uslpag	Codice dell'Azienda usl di residenza dell'utente	C	231-233	3	Codice dell'Azienda usl di residenza dell'utente attribuito dalle procedure regionali

APPENDICE

Esempi di compilazione dei record per:

- **Tipopr=1 o 2 (prestazione di specialistica ambulatoriale o prestazione di specialistica ambulatoriale aggiuntiva non prevista nella ricetta SSN)**

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	costo
01012001	01012001	1	04.07.1	S	001	001,00	00099000	00099000	00000000

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	costo
01012001	01012001	1	06.11.1	*	001	001,00	00084000	00084000	00000000

* 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	costo
01012001	01102001	1	86.30.4	F	005	005,00	00080000	00400000	00000000

- **Tipopr=4 (emocomponenti)**

(es: UNITA' DI PLASMA DA PLASMAFERESI)

Dataini	datafine	tipopr	codpres	Branca	numacc	Quantuni	tariffa	lordo	costo
01012001	01122001	4	339600	0	010	007,30	00171000	01248300	00000000

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

(es: SCI ALPINO – BOB - SLITTINO)

Dataini	datafine	tipopr	codpres	Branca	numacc	Quantuni	tariffa	lordo	costo
01012001	01012001	5	G04	0	001	001,00	00124000	00124000	00000000

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

Dataini	datafine	tipopr	Codpres	Branca	numacc	Quantuni	tariffa	lordo	costo
01012001	01012001	5	*	0	001	001,00	**	**	00000000

* codice Aziendale della prestazione

** Tariffa Aziendale della prestazione