Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Il Direttore Generale
Franco Rossi

Protocollo N° ASS/DIR/03/45502

Data 12 dicembre 2003

- Ai Direttori Generali
- Ai Direttori Amministrativi
- Ai Direttori Sanitari
  delle Aziende Sanitarie e dello II.OO.RR.
  della Regione Emilia-Romagna

CIRCOLARE N. 20

- Ai Direttori Sanitari
  delle Case di cura private

- Ai Referenti della mobilità sanitaria
  interregionale ed infraregionale
- Ai responsabili del Bilancio
- Ai Responsabili del Sistema informativo
  delle Aziende Sanitarie e degli II.OO.RR.

- Ai Legali rappresentanti
  delle Case di cura private

- Ai Presidenti dell'AIOP, dell'ARIS e
  dell'ANISAP regionali

L O R O S E D I

Oggetto: integrazioni alla circolare 10 del 6/6/2002 "Regolamentazione della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale"

La Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato, il 19 Giugno 2003, il nuovo "*Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria"* (T.U.) che disciplina la mobilità sanitaria tra Regioni per l'anno 2003[1].

[1] Il documento in versione integrale è scaricabile all'indirizzo web: http://www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis/.

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/6397161-2 Fax 051/6397056
e-mail: dgsan@regione.emilia-romagna.it

Il nuovo T.U. modifica in modo sostanziale la disciplina della mobilità interregionale per l'anno 2003, introducendo numerose novità:

1) il Tariffario Unico Convenzionale (TUC) che stabilisce le tariffe da utilizzare per la compensazione dei dimessi a partire del 1 luglio 2003 (questo tariffario è stato recepito nella delibera che determina le tariffe per i ricoveri ospedalieri 2003[2]);

2) la possibilità di attivare la compensazione anche per:
   - i farmaci contenenti i fattori della coagulazione somministrati in regime di ricovero a pazienti affetti da emofilia;
   - i farmaci consegnati alla dimissione per il proseguimento della cura (art.8, lettera C, legge 405/01);

3) una diversa modalità di compensazione delle prestazioni erogate per ricerca di donatore compatibile e prelievo midollare per trapianto di midollo osseo, in conformità al principio sancito dalla legge 6 marzo 2001, n.52, art. 6 comma uno, in base al quale l'onere delle prestazioni erogate sul donatore deve essere sostenuto dalla "azienda sanitaria locale d'appartenenza del ricevente";

4) la possibilità di compensare le prestazioni di trasporto in autoambulanza anche se seguite da ricovero.

In relazione a quanto disposto dal nuovo Testo Unico, la circolare 10 del 6/06/2002 viene integrata con le seguenti disposizioni:

A. Farmaci contenenti i fattori della coagulazione somministrati a pazienti affetti da emofilia in regime di ricovero

Dal 2003, i farmaci contenenti i fattori della coagulazione sono compensabili sia in ambito interregionale (mobilità interregionale), sia all'interno della Regione (mobilità infraregionale), come unica eccezione alla regola secondo cui nessun rimborso può essere chiesto per i farmaci somministrati in regime di ricovero.

Le Aziende Sanitarie debbono perciò:

- considerare questi farmaci, a tutti gli effetti, come una nuova tipologia di "Farmaci a somministrazione diretta", per i quali può essere attivata la compensazione infra od interregionale (seguendo modalità e tempistica previste dalla circolare 10/2002);
- utilizzare, per documentare le prestazioni effettuate, i tracciati record previsti per il flusso F.

Per consentire di identificare il ricovero cui è collegata la somministrazione di farmaci viene resa obbligatoria la compilazione del campo "Numero ricetta" le cui prime tre cifre dovranno contenere l'acronimo SDO seguito dal numero della scheda di dimissione ospedaliera[3] del paziente cui sono stati somministrati i farmaci.

Se il ricovero di un paziente emofilico ed il conseguente trattamento farmacologico é effettuato da una struttura privata accreditata, questa dovrà addebitare il costo sostenuto per i farmaci contestualmente all'addebito del ricovero, e documentare i dati analitici relativi ai farmaci utilizzando i tracciati record previsti per il flusso F.

L'elenco analitico dei farmaci compensabili, unico per mobilità infra ed interregionale, è riportato nel già citato T.U. e viene, per comodità di consultazione, allegato alla presente (ALL 1).

Il gruppo dei referenti della Mobilità Sanitaria interregionale ha stabilito che, in sede di accordi bilaterali, potranno essere riconosciuti anche i costi per farmaci a base di fattori della coagulazione sostenuti nel 2002. Si invitano quindi le Aziende sanitarie che hanno ricoverato pazienti emofilici nel 2002,

---

[2] Vedi nota del 30 giugno 2003 prot. N° ASS/INS/03/24755 e delibera di Giunta Regionale n. 2169/2003.

[3] Così composto, in base a quanto stabilito dalla Circ. n. 4 del 7/02/2003: otto caratteri con le prime due cifre che identificano l'anno di ricovero e le altre 6 che corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno, indipendentemente dal regime di ricovero.

a far pervenire, al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali, i dati che identificano il ricovero (codice Azienda di ricovero, codice Presidio, subcodice, Anno Scheda Dimissione Ospedaliera, progressivo SDO) e una nota analitica relativa al trattamento farmacologico somministrato che contenga almeno la tipologia di farmaco somministrata e il costo sostenuto.

Da ultimo si ricorda alle Aziende che, come indicato nel piano degli obiettivi 2002[4], la via privilegiata di approvvigionamento di plasmaderivati (quindi anche dei farmaci a base di fattori della coagulazione) deve essere il Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (CRCC), al fine di migliorare i livelli di efficienza complessiva del settore trasfusionale regionale.

B. Farmaci consegnati alla dimissione per il proseguimento della cura (art.8, lettera C, legge 405/01)

In conformità a quanto indicato nelle linee di indirizzo per la programmazione del 2003[5], si specifica che dal 2003 sono compensabili in mobilità interregionale ed infraregionale, i farmaci erogati alla dimissione per il proseguimento della cura a cittadini non residenti.

Le Aziende Sanitarie perciò sono tenute ad organizzare l'erogazione del farmaco per tutti i dimessi:

- considerando questi farmaci, a tutti gli effetti, come una nuova tipologia di "Farmaci a somministrazione diretta", per i quali può essere attivata la compensazione infra od interregionale (seguendo modalità e tempistica previste dalla circolare 10/2002);
- utilizzando i tracciati record previsti per il flusso F, per documentare le prestazioni effettuate.

Per quanto riguarda la mobilità infraregionale valgono, per l'esercizio 2003, le modalità di regolazione previste negli accordi di fornitura (mobilità o fatturazione diretta). Nel caso in cui non siano stati stipulati accordi i farmaci andranno compensati utilizzando il file F.

Per consentire di distinguere in modo immediato l'insieme dei farmaci erogati alla dimissione, dalle altre tipologie di farmaci a somministrazione diretta, si stabilisce che:

- dal 2003 è obbligatorio compilare il campo "Numero ricetta" indicando nelle prime quattro cifre del campo la sigla DIMR, se somministrati in dimissione dal ricovero e DIMS se somministrati dopo visita specialistica.

I tracciati record previsti per il flusso F, completi delle nuove specifiche sulla compilazione del campo numero ricetta, sono riportati in allegato alla presente (ALL. 2) e sostituiscono quelli allegati alla circolare 10/2002.

C. Compensazione delle prestazioni relative all'iscrizione nei registri donatori, alla ricerca di donatore compatibile e prelievo midollare per trapianto di midollo osseo

c-1. Prestazioni relative all'iscrizione nei registri donatori e successive indagini genetiche per approfondire la compatibilità donatore-ricevente

Dal 2003 la compensazione di queste prestazioni viene regolamentata come di seguito specificato:

- le analisi relative all'iscrizione dei cittadini nei Registri regionali donatori sono escluse dalla compensazione interregionale ed infraregionale[6].
  Queste prestazioni sono oggetto di rilevazione del flusso ASA, che costituisce la base dati da cui viene ricavata la mobilità infraregionale ed interregionale; di conseguenza, per evitare

[4] Delibera di Giunta Regionale n.1492/2002.
[5] Delibera di Giunta Regionale n.896/2003.
[6] Sono, infatti, finanziate direttamente all'Azienda sede del Registro regionale donatori (Azienda Ospedaliera di Bologna). Vedi Delibera di Giunta Regionale n. 2593/2002 che prevede un finanziamento a copertura dell'attività che l'Azienda Ospedaliera svolge come banca regionale.

che vengano addebitate alla Azienda Sanitaria di residenza del donatore, è necessario che vengano trasmesse ponendo uguale ad *altro* (codice "99") il campo regime di erogazione[7];

– le successive indagini genetiche, necessarie per approfondire la compatibilità tra donatore e "potenziale" ricevente, debbono essere poste a carico dell'Azienda Sanitaria di residenza del ricevente mediante fatturazione diretta. Questa modalità di addebito deve essere attivata sia nel caso in cui il ricevente risieda in Emilia-Romagna, che nel caso in cui risieda in un'altra Regione italiana.
  L'Azienda sanitaria che effettua le indagini deve fatturarle all'Azienda Sanitaria di residenza del ricevente, valorizzandole in base alle tariffe previste dal nomenclatore regionale. Le informazioni necessarie per effettuare la fatturazione vengono fornite dal Registro Nazionale donatori (IBMDR con sede presso l'Ospedale Galliera di Genova).
  Anche queste prestazioni debbono essere trasmesse nel flusso ASA, per ragioni analoghe a quelle già esposte, ponendo uguale ad "*altro"* (codice 99) il campo regime di erogazione.

c-2. Prestazioni di prelievo di sangue midollare.

c-2.1. Mobilità interregionale

Dal 2003 si applica quanto previsto nel già citato T.U.
La prestazione di prelievo di sangue midollare viene posta a carico dell'Azienda Sanitaria di residenza del paziente attraverso il seguente meccanismo:

– vengono valorizzati ad importo zero (importo_rg=0) tutti i record relativi a ricoveri per prelievo (DRG 467 con diagnosi V593 ed intervento 4191 oppure con diagnosi V5902 ed intervento 9979) di donatori residenti nelle altre Regioni italiane[8];

– tutti i record relativi a ricoveri per trapianto di midollo osseo (DRG 481) di pazienti residenti nelle altre Regioni italiane, vengono incrementati della tariffa del DRG 467 (altri fattori che influenzano lo stato di salute).

c-.2.2.Mobilità infraregionale

In analogia a quanto stabilito per la mobilità interregionale, anche alle Schede di Dimissione relative ai ricoveri per prelievo e trapianto di emiliano-romagnoli verrà applicato il meccanismo sopra descritto.

Nel caso in cui l'Azienda Sanitaria sede del prelievo sia diversa dall'Azienda sede del trapianto, chi ha effettuato il prelievo recupererà il costo sostenuto fatturando alla struttura sede del trapianto, l'importo del DRG 467[9].

[7] Tabella "A" del tracciato ASA vedi circolari n.3/2002 e n.13/2003.

[8] Azzerando l'importo con il meccanismo descritto si evita che il prelievo di midollo osseo, che genera una Scheda di Dimissione Ospedaliera riferita al donatore, sia addebitato all' Azienda di residenza del donatore.

[9] Se il trapiantato risiede fuori regione la tariffa da attribuire ai DRG 467 sarà, a partire dal primo luglio 2003, quella stabilita dal Tariffario Unico Convenzionale (TUC), mentre se si tratta di un cittadino emiliano-romagnolo sarà l'importo stabilito dal tariffario regionale.

D. Compensazione dei trasporti di emergenza con autoambulanza eseguiti per cittadini residenti nelle altre regioni italiane (MOBILITA' INTERREGIONALE).

Dal 2003 le Aziende Sanitarie possono compensare i trasporti di emergenza con autoambulanza eseguiti a favore di cittadini residenti nelle altre Regioni italiane (mobilità interregionale), anche nel caso in cui siano seguiti da ricovero.

Sono da considerarsi trasporti di emergenza, e pertanto da rilevare al fine della mobilità, solo i trasporti che si originano per una chiamata diretta alla Centrale Operativa 118 con intervento di soccorso disposto dalla Centrale stessa.

Nel caso in cui, per il trasporto di un assistito, vengano attivati congiuntamente elisoccorso ed autoambulanza l'Azienda potrà addebitare entrambi i trasporti producendo due record, uno relativo al trasporto in elicottero, l'altro a quello in autoambulanza.

La tariffa per valorizzare i trasporti con autoambulanza è stata determinata con delibera di Giunta[10], sulla base dell'analisi dei dati di contabilità analitica, ed è pari a 205,00 € forfettari.

Lo stesso atto ha rideterminato anche la tariffa del trasporto sanitario con elisoccorso, in € 87,30 al minuto, da applicare sulla base dell'effettivo tempo di volo.

Per documentare le prestazioni effettuate debbono essere utilizzati i tracciati record previsti per il flusso G riportati in allegato alla presente (ALL. 3) che sostituiscono i tracciati riportati in allegato alla circolare 10/2002.

d-1. Debito informativo.

I trasporti di emergenza con autoambulanza (in particolare i dati anagrafici relativi al trasportato) vengono rilevati al momento dell'accesso dei pazienti nei vari Pronto Soccorso presenti sul territorio regionale. I dati utili per la compensazione debbono quindi essere rilevati dalle Aziende sanitarie territoriali e dalle singole Aziende Ospedaliere.

I costi relativi ai servizi di emergenza/urgenza sono però a carico delle sole Aziende sanitarie territoriali, che hanno la titolarità della funzione.

Per fare in modo che gli importi in compensazione vengano attribuiti in mobilità a chi effettivamente sostiene i costi relativi, si dispone quindi che:

- le Aziende Ospedaliere e gli II.OO.RR. trasmettano alle rispettive Aziende territoriali[11] i dati rilevati dai propri servizi di Pronto soccorso, compilando il tracciato record di cui al flusso G, entro il 28 Febbraio dell'anno successivo a quello di effettuazione delle prestazioni;
- le Aziende USL inseriscano in un unico tracciato (G) i dati rilevati dalle rispettive Aziende Ospedaliere e dagli II.OO.RR e quelli rilevati dai loro presidi ospedalieri (per i dati rilevati dalle Aziende Ospedaliere/II.OO.RR l'Azienda USL dovrà inserire il proprio codice nel campo *Az. USL/Az.Osp. inviante* e il codice dell'Azienda Sanitaria che ha trasmesso i dati nel campo *codice struttura erogatrice);*
- le Aziende USL trasmettano il tracciato record di cui al flusso G, completo di tutti i dati, alla Regione entro il 31 Marzo dell'anno successivo a quello di effettuazione delle prestazioni.

[10] Delibera di Giunta Regionale n. 2169/2003

[11] L'Azienda Ospedaliera di Parma dovrà trasmettere i dati alla Azienda USL di Parma, l'Azienda Ospedaliera di Reggio alla Azienda USL di Reggio, l'Azienda Ospedaliera di Modena alla Azienda USL di Modena, l'Azienda Ospedaliera di Ferrara alla Azienda USL di Ferrara, l'Azienda Ospedaliera di Bologna e gli II.OO.RR. dovranno trasmettere i dati all'Azienda USL di Bologna Città.

Le disposizioni nazionali e regionali che riguardano la mobilità sono disponibili sulle pagine WEB del Servizio Sistema Informativo sanità e Politiche sociali all'indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis.

Fiduciosi per la collaborazione ed a disposizione per ogni chiarimento, si inviano i migliori saluti.

Franco Rossi
f.to Franco Rossi

Referenti regionali:

Silvia Facchini
Tel. 051-6397432
sfacchini@regione.emilia-romagna.it

Paola Boschi
Tel. 051-6397430
pboschi@regione.emilia-romagna.it

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche sociali
Viale Aldo Moro, 21
40127 Bologna

– ALL. 1 - Farmaci somministrabili in regime di ricovero ad assistiti emofilici:

Principio attivo	Descrizione Principio attivo	Codice minsan	Nome commerciale
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022719052	BEBULIN TIM 3*600 IV 1FL+SOLV
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022719064	BEBULIN TIM 3*240 IV 1FL+SOLV
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022719076	BEBULIN TIM 3*FL LIOF 600UI+SV
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022719088	BEBULIN TIM 3*EV FL 240UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	022720041	KRYOBULIN*TIM3-I IV FL250UI+FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	022720054	KRYOBULIN*TIM3-I IV FL500UI+FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	022720066	KRYOBULIN*TIM3-I IV FL1000UI+F
B02BD04	fattore IX di coagulazione	022985028	PRECONATIV*IV1FL 500UI+1FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308113	UMAN CRY D I*1FL LIOF 500UI+SO
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308125	UMAN CRY D I*FL LIOF 250UI+SOL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308137	UMAN CRY D I*FL LIOF 100UI+SOL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308149	UMAN CRY D I*FL LIOF 1000UI+SV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308152	UMAN CRY D.I.*IV 500UI+10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308164	UMAN CRY D.I.*IV 250UI+ 5ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308176	UMAN CRY D I*FL IV 100UI
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023308188	UMAN CRY D.I.*IV 1000UI+10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023553047	KOATE HS*250 IV 1FL+1FL 10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023553050	KOATE HS*500 IV 1FL+1FL 20ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023553062	KOATE HS*1000 IV 1FL+FL 40ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023554076	FATT UM ANTIEMOF*IV 20ML 100UI
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023554088	FATT UM ANTIEMOF*IV 20ML 250UI
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023554090	FATT UM ANTIEMOF*IV 20ML 500UI
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023564141	EMOCLOT D I*FL LIOF 100UI+S0LV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023564154	EMOCLOT D.I.*FL 250UI+FL 5ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023564166	EMOCLOT D.I.*FL 500UI+FL10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023564178	EMOCLOT D.I.*FL1000UI+FL10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	023564180	EMOCLOT D I*FL LIOF 3000UI+SV
B02BD03	Inibitore bypassante l'attività del fattore VIII	024744043	FEIBA TIM 3* 500 IV 1 FL+1 F
B02BD03	Inibitore bypassante l'attività del fattore VIII	024744056	FEIBA TIM 3*1000 IV 1 FL+1 F
B02BD05	fattore VII di coagulazione	024748030	PROVERTIN UM TIM 3*200 IV F+SV
B02BD05	fattore VII di coagulazione	024748042	PROVERTIN-UM TIM 3*500 IV1FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	025489028	VUEFFE*IM IV OS 6F 2ML
B02BD04	fattore IX di coagulazione	025841077	AIMAFIX DI*FL 200 UI+FL 5 ML
B02BD04	fattore IX di coagulazione	025841089	AIMAFIX DI*FL 500 UI+FL 10ML
B02BD04	fattore IX di coagulazione	025841091	AIMAFIX D I*1FL 800 UI+ SOLV
B02BD04	fattore IX di coagulazione	025841103	AIMAFIX DI*FL 1000UI+FL 10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026223026	LIO CRIO*IV FL 500UI+FL20 ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600015	HAEMATE P*FL 250UI+F SOLV+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600027	HAEMATE P*FL 500UI+F SOLV+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600039	HAEMATE P*FL 1000UI+F SOLV+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600041	HAEMATE P*IV FL1000UI+FL+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600054	HAEMATE P*IV FL 500UI+FL+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	026600066	HAEMATE P*FL LIOF 250UI+SOLV+S
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	027128014	HEMOFIL M*IV 1FL 1000UI+1 FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	027128026	HEMOFIL M*IV 1FL 500UI+1 FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	027128038	HEMOFIL M*FL 250UI+FL 10 ML
B02BD04	fattore IX di coagulazione	028142014	MONONINE*FLINO 250UI+SOLV2,5ML

B02BD04	fattore IX di coagulazione	028142026	MONONINE*FLINO 500UI+SOLV 5ML
B02BD04	fattore IX di coagulazione	028142038	MONONINE*FLINO 1000UI+SOLV10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	028687010	RECOMBINATE*IV 1 FL 250 UI
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	028687022	RECOMBINATE*IV 1 FL 500 UI
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	028687034	RECOMBINATE*IV 1 FL 1000 UI
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029117013	IMMUNINE STIM PLUS*FL200UI+SET
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029117025	IMMUNINE STIM PLUS*FL 600UI
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029117037	IMMUNINE STIM PLUS*FL 1200 UI+
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029225012	IMMUNATE STIM PLUS*FL250UI+KIT
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029225024	IMMUNATE STIM PLUS*FL500UI+KIT
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029225036	IMMUNATE STIM PLUS*FL 1000UI
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029250014	ALPHANINE*IV 1 FL 1500 UI +F
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029250026	ALPHANINE*SIR DOPPIA 500 UI
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029250038	ALPHANINE*SIR DOPPIA 1000 U.I.
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029250040	ALPHANINE*IV 1 FL 500 UI +F
B02BD04	fattore IX di coagulazione	029250053	ALPHANINE*IV 1 FL 1000 UI +F
B02BD08	eptacog alfa (attivato)	029447012	NOVOSEVEN*FL 60 KUI/1,2MG
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615010	KOGENATE*FL LIOF 250 UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615022	KOGENATE*FL LIOF 500UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615034	KOGENATE*FL LIOF 1000UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615046	KOGENATE*10 FL LIOF 250UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615059	KOGENATE*10 FL LIOF 500UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	029615061	KOGENATE*10FL LIOF 1000UI+SOLV
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	032998015	HELIXATE*FL 250UI+FL 2,5ML+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	032998039	HELIXATE*FL 500UI+FL 5ML+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	032998054	HELIXATE*FL 1000UI+FL 10ML+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077013	ALPHANATE*IV 1FL 250UI+FL5ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077025	ALPHANATE*IV 1FL 500UI+FL5ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077037	ALPHANATE*IV1FL1000UI+FL10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077049	ALPHANATE*IV1FL1500UI+FL10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077052	ALPHANATE*F SIR 250UI/4,6ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077064	ALPHANATE*F SIR 500UI/4,6ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033077076	ALPHANATE*F SIR 1000UI/4,6ML
B02BD09	Nonacog alfa	033535016	BENEFIX*IV FL 250 UI + F 4ML
B02BD09	Nonacog alfa	033535028	BENEFIX*IV FL 500 UI + F 4ML
B02BD09	Nonacog alfa	033535030	BENEFIX*IV FL 1000UI + F 4ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033657014	BERIATE P*FL 250UI+SOLV+TRAN+F
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033657026	BERIATE P*IV 1FL 500UI+F+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033657038	BERIATE P*IV 1FL1000UI+F+SET
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033866017	FANHDI*IV 1F 250UI + F 10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033866029	FANHDI*IV 1F 500UI + F 10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	033866031	FANHDI*IV 1FI1000UI+ F 10ML
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	034421014	REFACTO*IV 1 FL 250 UI + FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	034421026	REFACTO*IV 1 FL 500 UI + FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	034421038	REFACTO*IV 1 FL 1000 UI + FL
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	034955017	KOGENATE BAYER*IV 1FL250UI+F
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	034955029	KOGENATE BAYER*IV 1FL500UI+F
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	034955031	KOGENATE BAYER*IV 1FL1000UIF
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	034956019	HELIXATE NEXGEN*IV FL250UI+F
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	034956021	HELIXATE NEXGEN*IV FL500UI+F
B02BD02	fattore VIII di coagulazione	034956033	HELIXATE NEXGEN*IV FL1000UIF

Gli allegati 2 e 3 riportano i tracciati relativi a FARMACI A SOMMINISTRAZIONE DIRETTA (FLUSSO F) e TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCCORSO (FLUSSO G) che sostituiscono, dal 2003, quelli allegati alla circolare 10/2002.

– ALL. 2 - FARMACI A SOMMINISTRAZIONE DIRETTA (FLUSSO F)

L'addebito da effettuare è costituito dal costo che Azienda sanitaria erogante ha effettivamente sostenuto per acquistare il farmaco[12].
I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.
Per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 (legge sulla privacy) e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:
File F1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.
File F2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.
Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:
codice ASL/Azienda + presidio erogatore + ID + progressivo riga.
L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

Tracciato record File "F"
SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI
FILE F1 - dati prestazioni sanitarie

4Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre = 080	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7-14	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	OBB V
15-30	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31-60	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
61-80	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
81-96	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario dell'utente	OIU V
97-112	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114-121	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	
122-127	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	OBB V
128-130	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
131-132	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBB V
133-152	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave.	OBB V

[12] Le strutture Ospedaliere acquistano i farmaci con uno sconto pari ad almeno il 35% del prezzo di listino, vedi Delibera CIPE dell' 1/02/2001 pubb in G.U. n.72 del 28/03/2001 e Legge finanziaria per l'anno 2003 (l. n.289 del 27/12/2002) pubb. in G.U. n.3050 del 12/2002.

FILE F2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre =080	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7-14	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11	OBB V
15-30	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta). Se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero del registro. Nel caso di farmaci somministrati in regime di ricovero a pazienti emofilici, il campo "Numero ricetta" è obbligatorio e deve contenere, nelle prime 3 cifre, l'acronimo SDO seguito dal numero della scheda di dimissione ospedaliera del paziente cui sono stati somministrati i farmaci. Nel caso di farmaci consegnati alla dimissione per il proseguimento della cura (art. 8 lettera C, legge 405/01): – il campo "Numero ricetta" deve essere compilato indicando nelle prime quattro cifre del campo la sigla DIMR, se somministrati in dimissione dal ricovero e DIMS se somministrati dopo visita specialistica.	OBB
31-32	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data" e "Codice Farmaco". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice farmaco" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
33-40	Data erogazione del farmaco	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
41-50	Codice farmaco	AN	10	Riportare il codice del farmaco ((MINSAN10, 9 caratteri allineati a sinistra oppure sono ammessi i codici 111111112= galenici OSSIGENO LIQUIDO; 1111111113= galenici OSSIGENO GAS; IPO= preparati iposensibilizzanti; GAL= preparati galenici).	OBB V
51-53	Quantità	N	3	Numero pezzi specialità Se codice specialità =OSSIGENO, impostare a 1	OBB V
54-55	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	*Da non compilarsi*	OBB
56-60	Importo ticket: parte intera	N	5	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
61-62	Importo ticket: parte decimale	N	2	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
63-68	Importo totale: parte intera	N	6	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
69-70	Importo totale: parte decimale	N	2	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	OBB V
71	Posizione contabile	AN	1	Sul file con cui si trasmettono alla Regione i dati di mobilità interregionale valorizzare =1 Per la mobilità infraregionale i codici da utilizzare sono i seguenti: ▪ per l'invio delle prestazioni: 1= prestazione appartenente al trimestre di competenza; 2= prestazione recuperata dal trimestre precedente; 3= prestazione inviata in ritardo per storno ad altri (in questo caso deve essere valorizzato il campo Azienda iniziale di addebito) oppure per correggere errori propri rilevati dopo l'invio (il record deve essere già presente nella base dati ricevente); 4= record da cancellare (deve essere già presente nella base dati ricevente). ▪ per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati oppure per un errore nella individuazione dell'Azienda di residenza; 3= si tratta di prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione con posizione contabile C) solo per errore sull'individuazione della Azienda. Con posizione contabile =3 andrà valorizzato il campo 'Regione/Azienda iniziale di addebito'. Un record con posizione contabile 3 può essere inviato, infatti, solo a fronte dell'invio di una controdeduzione con posizione contabile ='C' all'Azienda che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB

72	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
73	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente alla regione/azienda che riceve l'addebito	
74	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice prestazione assente o errato (non esistente su tabella relativa codice MINSAN10 o non rientrante tra le altre codifiche ammesse)	
75	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
76	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga *zn* senza riga 99	
77	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe *zn* meno il ticket della riga '99'	
78	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe *zn*)	
79	ERR08 Errori sulle date	AN	1	0 = nessun errore 1 = data erogazione farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga *zn*	
80	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
81	ERR10 Errore sulle Regione iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice 'regione/azienda iniziale assente o errato	
82-101	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave.	OBB V
102-104	Regione/ Azienda iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la regione/azienda alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito	OBB se Pos. Contab. ='3'

– ALL. 3 - TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCCORSO (FLUSSO G) –utilizzato soltanto per la MOBILITA' INTERREGIONALE.

Il tracciato allegato deve essere utilizzato per trasmettere all'Assessorato alla Sanità tutti i trasporti di emergenza con ambulanza e con elisoccorso (anche nel caso in cui siano seguiti da ricovero) eseguiti a favore di cittadini residenti nelle altre Regioni italiane (mobilità interregionale).
Sono da considerarsi trasporti di emergenza, e pertanto da rilevare per la mobilità, solo i trasporti che si originano per una chiamata diretta alla Centrale Operativa 118 con intervento di soccorso disposto dalla Centrale stessa.
Se il trasporto di un assistito ha richiesto l'utilizzo congiunto di elisoccorso ed autoambulanza si dovranno produrre due record, uno relativo al trasporto in elicottero, l'altro a quello in autoambulanza.
La chiave univoca è costituita da:
codice ASL/Azienda + ID.

Tracciato record File "G"
TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCCORSO

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito Valorizzare sempre =080	OBB
4-6	Az. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell' Azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB
7-14	Codice struttura erogatrice	AN	8	Codice regionale struttura erogatrice	FAC
15-30	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31-60	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
61-80	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
81-96	Codice sanitario individuale	AN	16	Codice sanitario regionale dell'utente	OIU V
97-112	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114-121	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
122-127	Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT a sei cifre del Comune di residenza dell'utente	OBB V
128-130	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
131-146	Numero registro	AN	16	Numero scheda di attestazione della centrale operativa 118 che ha disposto l'invio dell'elisoccorso o dell'autoambulanza o di entrambe le unità di soccorso.	FAC
147-148	Campo vuoto	AN	2	Filler	FAC
149-156	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni.	OBB V
157	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con la lettera k minuscola, corrispondente alla Regione Emilia-Romagna.	OBB V
158-164	Codice prestazione	AN	7	Riportare la sigla ELI per i trasporti con elisoccorso e AMBU per i trasporti con ambulanza.	OBB V
165-167	Quantità	N	3	1 di default.	OBB V
168-169	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Da non compilarsi (	FAC
170-174	Importo ticket: parte intera	N	5	Importo ticket: riportare il l'importo complessivo del ticket	OBB V
175-176	Importo ticket: parte decimale	N	2	Importo ticket: riportare il l'importo complessivo del ticket	OBB V
177-182	Importo totale: parte intera	N	6	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario	OBB V
183-184	Importo totale: parte decimale	N	2	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario.	OBB V
185	Posizione contabile	AN	1	▪ Per la mobilità interregionale valorizzare =1	OBB
186	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
187	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione/azienda che riceve l'addebito	
00188	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio	
189	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
190	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata)	
191	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo totale non valorizzato come numerico. 2 = Importo Ticket non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale ed importo ticket non valorizzati come numerici	
192	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico	

193	ERR08 Errori sulle date	AN	1	0 = nessun errore 1 = data effettuazione prestazione assente o errata o non appartenente all'anno di competenza	
194	ERR09 Riservato usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
195	ERR10 Errore sulle regione/azienda iniziale di addebito	AN	1	Solo per posizione contabile = 3 0 = nessun errore 1 = codice regione/azienda assente o errato	
196-215	ID	AN	20	Identificativo record. Univoco per l'anno di riferimento una volta unito agli altri campi chiave	OBB V
216-218	Regione/azienda iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la regione/azienda alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab. ='3'