

SPECIFICHE FUNZIONALI

Flusso FED – FARMACI A EROGAZIONE DIRETTA

Versione 1.2 del 9/01/2026

SOMMARIO

1	REVISIONI.....	3
2	INTRODUZIONE	4
2.1	Descrizione breve del flusso.....	4
3	OBIETTIVO DEL DOCUMENTO.....	6
3.1	Descrizione dei tracciati.....	6
3.2	Schema relazionale dei tracciati.....	6
4	DEFINIZIONI E FORMATI.....	7
4.1	Formato dei file	7
4.2	Definizione e standard dei campi	7
4.3	Operazione di abbinamento.....	9
5	Tracciati	9
5.1	FILE A – Informazioni Anagrafiche.....	9
5.1.1	FILE A - Diagrammi XSD	11
5.1.2	FILE A – Struttura erogante e anagrafica dell'assistito	12
5.2	FILE B – Dettaglio farmaci.....	35
5.2.1	FILE B - Diagrammi XSD	37
5.2.2	File B – Dettaglio farmaci.....	38
6	CONTROLLI e INDICAZIONI SPECIFICHE	57
6.1	Controlli sul codice struttura in relazione al tipo erogatore.....	57
6.2	Controlli sul campo Codice fiscale del paziente	58
6.3	Anonimato.....	60
6.4	Indicazioni per particolari modalità organizzative	60
6.5	Reparti esterni	62
6.6	Controlli sul codice del Farmaco erogato	62
6.7	Targatura	64
6.8	Codifica dei farmaci esteri	65
6.9	Farmaci fuori commercio	65
6.10	Farmaci revocati	65
6.11	Farmaci con pagamento rateizzato	65
6.12	Distribuzioni di farmaci in ambito di DSA e DH oncologico.	67
6.13	Farmaci innovativi e flag innovatività limitata	69
6.14	Farmaci HIV e PreP.....	70
6.15	Emocomponenti	71
6.16	Attività dei SERDP	72
6.17	Indicazioni per Cannabis Sativa	72
6.18	Somministrazione di farmaci utilizzati nel trattamento intravitale	73
6.19	Indicazioni per NIRSEVIMAB	75
6.20	Farmaci erogati a pazienti COVID	75
6.21	IVG farmacologica	76
7	Tabelle di riferimento	78
7.1	Tabella dei Codici dei messaggi di errore e segnalazione.....	78
8	MODALITA', TEMPI DI TRASMISSIONE E RITORNO INFORMATIVO	79
8.1	Modalità di invio	79
8.2	Tempi di invio.....	79
8.3	Ritorno informativo.....	80

9 REFERENTI REGIONALI 85

1 REVISIONI

Versione	Data Creazione / Ultimo aggiornamento	Stato	Parte tecnica	Redatto e approvato da	Modifiche	Note
1.0	27/02/2025	Prima versione	Engineering Ingegneria Informatica	Sonia Gandolfi		
1.1	16/04/2025	Seconda versione	Almaviva	Sonia Gandolfi	Modificato il paragrafo 6.13 per inserire le indicazioni per rilevare i farmaci con innovatività condizionata. Errata corregge della posizione e della lunghezza di alcuni campi del file B (in particolare dal B001 al B004).	
1.2	9/01/2026	Terza versione	Almaviva	Sonia Gandolfi	Errata corregge: lunghezza del campo A006, corretto codice J0528 in J05AX28 (pag. 21); compilazione del flag pay pack per il farmaco Lutezio 177 Vipivotide Tetraxetan (Pluvicto) - codice ATC V10XX05 (pag. 54). Ritorno informativo: File di autoproduzione per le Aziende Usl. Calendario 2026	

2 INTRODUZIONE

Dal 1° luglio 2006 con la circolare n. 4/2006, è istituito il flusso informativo dei farmaci a erogazione diretta (FED) che nasce a completamento dell'articolato sistema informativo che la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato a supporto delle azioni intraprese per il governo dell'assistenza farmaceutica e che, dal 2002, comprende l'assistenza farmaceutica territoriale (flusso AFT) e l'assistenza farmaceutica ospedaliera (AFO). La documentazione comprensiva di specifiche funzionali, circolari e note disponibili nel sito SISEPS dedicato al flusso, sezione documentazione al seguente link: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/assistenza-farmaceutica/fed>.

2.1 Descrizione breve del flusso

Il flusso ha come oggetto principale l'erogazione diretta al paziente per un consumo al proprio domicilio. Dal 2009 è utilizzato anche ai fini della compensazione della mobilità sanitaria.

Per quanto riguarda l'erogazione diretta dei farmaci il riferimento è la L. 405/2001 e, pertanto, devono essere rilevate le seguenti tipologie:

- i farmaci erogati alla dimissione da ricovero (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura L. 405/2001 art. 8 lettera C);
- i farmaci erogati a seguito di visita specialistica ambulatoriale (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura L. 405/2001 art. 8 lettera C);
- i farmaci erogati direttamente a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico (PHT, piani terapeutici, fibrosi cistica, fattori della coagulazione, ecc.);
- I farmaci erogati direttamente a pazienti affetti da malattie rare attraverso piani terapeutici personalizzati (D.G.R. n. 160/2004).
- i farmaci necessari al trattamento di pazienti seguiti dalle strutture territoriali (Centri di salute mentale, SERT, consultori, ecc.)
- i farmaci distribuiti "per conto" attraverso accordi dell'Azienda USL con le farmacie territoriali Convenzionate (DPC);
- tutti i farmaci erogati ai pazienti in assistenza domiciliare;
- I farmaci forniti nelle **strutture residenziali, semiresidenziali e istituti penitenziari**, quando è disponibile il dato individuale.
- I farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della L. 648/96, forniti in erogazione diretta; la L. 648/96 consente di erogare a carico del SSR specialità innovative la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non in Italia, medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e farmaci da impiegare per indicazioni terapeutiche diverse da quelle già autorizzate (utilizzi off-label). Gli elenchi dei farmaci erogabili vengono periodicamente aggiornati dall'AIFA.

Inoltre, per rispondere alle esigenze della mobilità sanitaria infraregionale e interregionale, il flusso rileva, anche le seguenti tipologie che non costituiscono erogazione diretta:

- i fattori della coagulazione somministrati in regime di ricovero ad emofilici o a pazienti affetti da malattia emorragica congenita e ulteriori farmaci erogati in regime di ricovero rimborsati extra-tariffa;
- i farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco;
Queste due tipologie devono essere rilevate per i pazienti non residenti nell'ambito dell'azienda erogante.

Infine, per esigenze di monitoraggio, sono rilevati per tutti i pazienti indipendentemente dall'ambito territoriale di residenza:

- farmaci oncologici ed ematologici, ad elevato costo, erogati in regime di ricovero;
- I farmaci oncologici e oncoematologici erogati in day service ambulatoriale e farmaci ancillari;
- farmaci oculistici intravitreali, farmaci per la sclerosi multipla

Per quanto riguarda i prodotti sono rilevati:

- tutti i medicinali per uso umano dotati di codice di autorizzazione all'immissione in commercio in Italia, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo n. 219 del 2006;
- i medicinali esteri non autorizzati all'immissione in commercio in Italia, utilizzati ai sensi del decreto del Ministero della salute 11 febbraio 1997;
- le formule magistrali e i prodotti galenici;
- le formule officinali;
- l'ossigeno terapeutico.

3 OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

Per garantire elevati standard di qualità del flusso informativo, le procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e la validazione dei dati valutano le informazioni contenute in ogni singolo record rispetto a prestabiliti requisiti minimi.

L'assenza di questi requisiti determina il mancato inserimento del record nell'archivio regionale.

Il presente documento descrive il modello strutturale dei dati richiesti, le tabelle previste, la loro relazione, i tracciati record e i requisiti previsti per ogni singolo campo.

I controlli effettuati si distinguono in due tipologie:

1° livello (ERRORI): se non superati determinano lo scarto del record;

2° livello (WARNING): se non superati determinano una segnalazione che non comporta scarto del record.

3.1 Descrizione dei tracciati

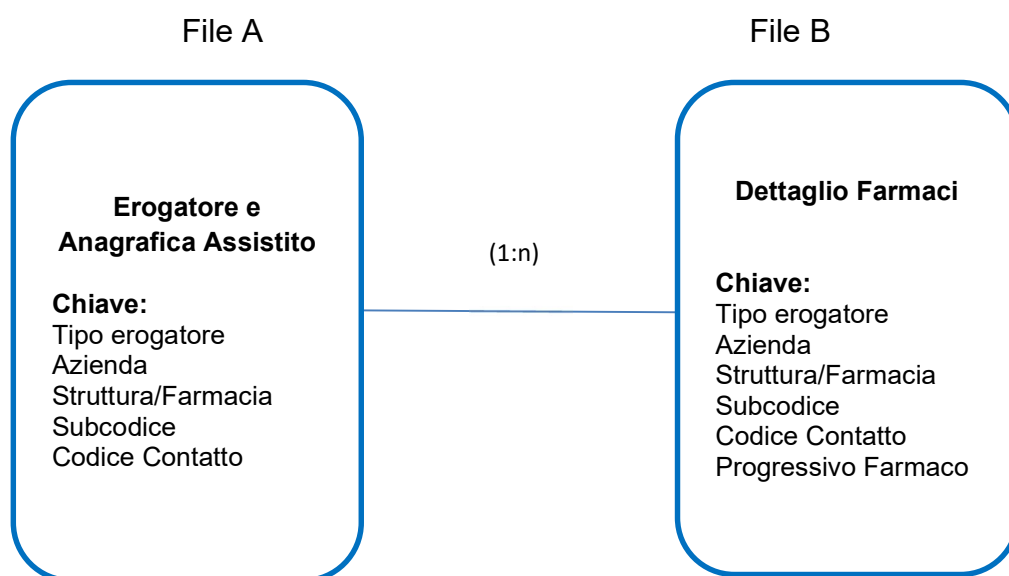
Nel rispetto della normativa riguardante il trattamento dei dati personali, la rilevazione è sempre costituita da 2 file:

Dati di erogatore e del paziente (File A) che comprende i dati anagrafici del paziente.

Dati riguardanti l'erogazione (File B) che contiene tutte le informazioni specifiche del farmaco erogato.

I dati dei due File devono essere abbinabili attraverso i campi che identificano la chiave. Ogni singolo record anagrafico deve essere collegato a un record riguardante dati di erogazione e, viceversa, ogni singolo record riguardante i dati di erogazione deve essere collegato ad un solo record anagrafico.

3.2 Schema relazionale dei tracciati



4 DEFINIZIONI E FORMATI

4.1 Formato dei file

Ogni Azienda sanitaria dovrà inviare 2 file (File A e File B) con tracciati in uno dei due seguenti formati:

- ASCII a lunghezza fissa, secondo i tracciati di seguito descritti, che devono avere estensione .TXT. I record devono essere separati dal carattere CR-LF.

Oppure

- con tracciati in formato XML per ognuno dei quali il corrispondente schema di convalida XSD è reso disponibile per la validazione.

I file devono avere estensione .XML ed essere compressi in un file con estensione .ZIP.

In alternativa al formato TXT, dopo la chiusura dei dati di attività del 2024, sarà disponibile l'opzione XML. Il formato TXT potrà continuare ad essere utilizzato dalle aziende per tutto il 2025.

Per le definizioni e i controlli che riguardano i singoli tracciati occorre fare riferimento al capitolo successivo.

4.2 Definizione e standard dei campi

Nei paragrafi che seguono sono elencati i campi dei tracciati previsti dal flusso FED con le seguenti informazioni:

- **Progressivo campo:** il primo carattere identifica il tracciato a cui appartiene il campo, le 2 cifre successive indicano il numero progressivo del campo all'interno del tracciato.
- **Nome del campo:** termine ufficiale che identifica il campo.
- **Descrizione:** contenuto del campo (significato).
- **Posizione:** posizione del primo carattere e dell'ultimo carattere all'interno del tracciato valido solo per tracciato TXT.
- **Tipologia:** definisce il formato del campo.

Le tipologie di campo previste sono le seguenti:

AN = Campo Alfanumerico, deve essere allineato a sinistra (gli zeri a sinistra sono significativi).
Nel caso di file TXT se non utilizzato deve essere impostato con il valore "spazio"

N = Campo Numerico. Nel caso di file TXT deve essere allineato a destra;

DT = Campo Data nel caso di tracciato TXT

I campi DATA devono avere il seguente formato: **GGMMAAAA** (ad es. 22112024 corrisponde a 22 novembre 2024), dove:

- ✓ GG rappresenta il giorno (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ MM rappresenta il mese (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ AAAA rappresenta l'anno compreso di secolo.

DT = Campo Data nel caso di tracciato XML

I campi DATA devono avere il seguente formato: **AAAA-MM-GG** (ad es. 2024-02-26 corrisponde a 26 febbraio 2024) dove quindi:

- ✓ GG rappresenta il giorno (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ MM rappresenta il mese (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ AAAA rappresenta l'anno compreso di secolo.

- **Lunghezza:** numero di caratteri del campo.
- **Informazioni sul dominio e Controlli:** il dominio ed i controlli cui le schede sono sottoposte prima di entrare in banca dati.

Le informazioni elencate per ogni campo sono le seguenti:

OBBLIGATORIETA': specifica se il campo è obbligatorio (se viene lasciato vuoto si ha errore scartante), oppure facoltativo (può essere omesso).

FORMATO: in base alla lunghezza e alla tipologia del campo, viene rappresentato come deve essere compilato il campo.

DOMINIO: insieme dei valori ammessi per quel campo. Può essere prefissato oppure codificato in una tabella di metadati.

ALTRI CONTROLLI

- ✓ Per i controlli viene specificato se si genera scarto (E) oppure una segnalazione non bloccante (W).
- ✓ Nel caso si verifichi anche un solo errore bloccante su un record, l'intero contatto verrà scartato.
- ✓ I tracciati sono abbinati attraverso la chiave, il record che non trova la corrispondenza verrà scartato.
- ✓ Nello stesso invio, non possono essere presenti due schede con la stessa chiave.

Le operazioni previste sui dati sono le seguenti:

Posizione contabile	Obiettivo	Controlli
1 – Inserimento	Se si intende inserire un record nell'archivio regionale.	Il record (identificato dai campi chiave) <u>NON deve essere già presente</u> nella Banca Dati Regionale.
2 – Integrazione	Se si intende inserire un record nell'archivio regionale NON appartenente all'invio di competenza, ma al periodo precedente . Questa codifica viene utilizzata per integrare, <u>entro il periodo successivo</u> , la Banca Dati Regionale con record inviati in ritardo (rispetto al periodo di competenza), o scartati dai controlli di 1° livello nel periodo precedente.	Il record (identificato dai campi chiave) <u>NON deve essere già presente</u> nella Banca Dati Regionale.
3 – Variazione	Utilizzare per i record già presenti nell'archivio regionale esclusivamente per modificare le informazioni già inviate e acquisite.	Il record (identificato dai campi chiave) <u>deve essere già presente</u> nella Banca Dati Regionale dell'anno di competenza.
4 - Cancellazione	Utilizzare esclusivamente per cancellare definitivamente i record già presenti nell'archivio regionale.	Il record (identificato dai campi chiave) <u>deve essere già presente</u> nella Banca Dati Regionale nell'anno di competenza.

I tipi operazione 2, 3 e 4 possono essere utilizzati in tutti gli invii eccetto il primo.

Nell'invio dei dati occorre rispettare la tempistica descritta a [MODALITA', TEMPI DI TRASMISSIONE E RITORNO INFORMATIVO](#).

Se si intende **variare i campi della chiave** occorre prima cancellare i dati già inseriti (tutto il set) e poi procedere con l'inserimento dei dati con la nuova chiave.

Tutti i controlli di dominio verranno effettuati in maniera storica: ogni codice dovrà quindi essere valido nella banca dati regionali alla **data di riferimento** calcolata per ogni record. In generale la data di riferimento corrisponde alla data di erogazione del farmaco.

Tale data potrà essere utilizzata per accedere in maniera storica ai servizi web utilizzabili per consultare i valori di dominio dei singoli campi del tracciato record.

Esempio di erogazione con data di riferimento:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende?dt_riferimento=01-01-2024

Esempio di consultazione della situazione corrente:

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende>

4.3 Operazione di abbinamento

Viene verificata la presenza dei 2 file che compongono il set minimo delle informazioni necessarie per il singolo contatto.

Il controllo viene effettuato sulla presenza dei dati che rappresentano la chiave per il singolo contatto.

5 TRACCIATI

5.1 FILE A – Informazioni Anagrafiche

Il **FILE A** è composto da un unico tracciato contenente le informazioni dell'erogatore e i dati dell'assistito.

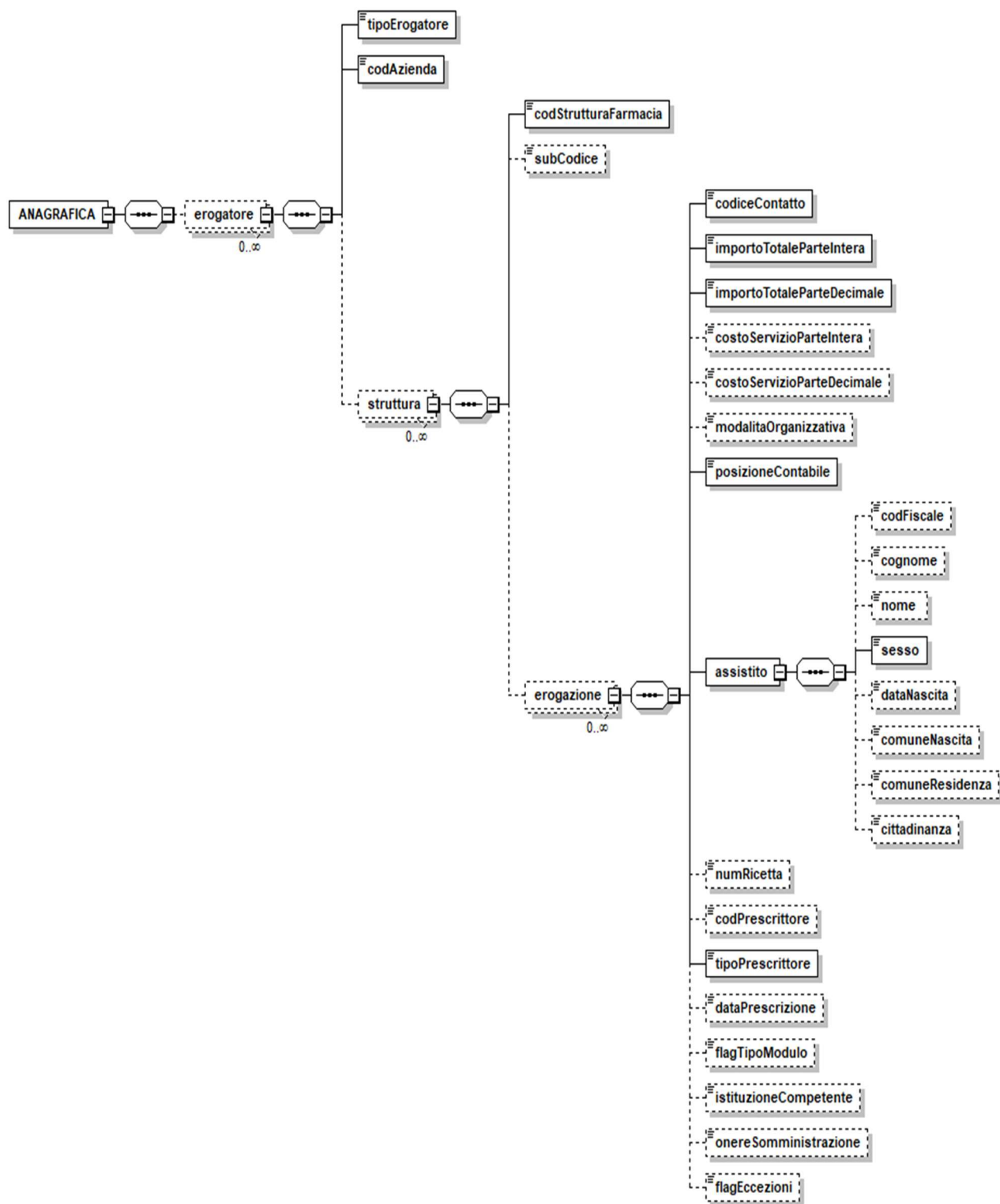
Di seguito viene riportato il tracciato record del **FILE A**.

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
Erogatore	TIPO EROGATORE
	CODICE DELL'AZIENDA
Struttura	CODICE STRUTTURA \ FARMACIA
	SUBCODICE
Erogazione	CODICE CONTATTO
	Importo totale parte intera
	Importo totale parte decimale
	Costo del servizio parte intera
	Costo del servizio parte decimale
	Modalità organizzativa
	Posizione contabile
Assistito	Codice fiscale
	Cognome
	Nome
	Sesso
	Data di nascita
	Comune di nascita

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
	Comune di residenza
	Cittadinanza
	Numero ricetta
	Codice prescrittore
	Tipo prescrittore
	Data prescrizione
	Flag tipo modulo
	Istituzione competente
	Onere somministrazione
	Flag eccezioni

5.1.1 FILE A - Diagrammi XSD



5.1.2 FILE A – Struttura erogante e anagrafica dell'assistito

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Posizione e per file TXT	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A001	anagrafica	tipoErogatore	<p>Il tipo erogatore corrisponde alla tipologia di struttura che ha effettuato l'erogazione del farmaco.</p> <p>Le tipologie di erogatore sono così classificate:</p> <ul style="list-style-type: none"> divisione/reparto o farmacia ospedaliera; ambulatorio interno all'ospedale; struttura ambulatoriale territoriale; altra struttura territoriale (CSM, SERDP, OSCO, Consultorio); farmacia convenzionata (cosiddetta distribuzione per conto); ADI – Assistenza domiciliare integrata; strutture residenziali, semiresidenziali, hospice; istituti penitenziari. 	1-2	AN	2	<p>CAMPO CHIAVE</p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): 01 = Struttura ospedaliera 02 = Struttura ambulatoriale interna all'ospedale 03 = Struttura ambulatoriale territoriale 04 =Altra struttura territoriale (CSM, SERDP ...) 05 = Farmacia convenzionata 06 = ADI 07 = Strutture residenziali, semiresidenziali, hospice 08 = Carcere</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de/codifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=FED1</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - deve esistere almeno un record nel file B che abbia uguale chiave (E); - deve valere 02 se c'è almeno un record file B con prestazione ambulatoriale 14.75(E); - Per IVG il valore deve essere 02 o 04 (Si tratta di IVG = è presente almeno un record del file B con PrestazioneAmbulatoriale = 89.26.4 e</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
							almeno un CodiceFarmaco con codice ATC G03XB01 o G02AD06/A02BB01). Ulteriori controlli sono riportati nel paragrafo 6.1 Controlli sul codice struttura in relazione al tipo di erogatore
A002	erogatore	codAzienda	Indicare il codice dell'azienda sanitaria cui afferisce la struttura erogatrice. Vengono gestite anche situazioni particolari con indicazioni specifiche, come nel caso dei cosiddetti "reparti esterni", per i quali si rimanda al paragrafo 6.5 Reparti esterni .	3-5	AN	3	<p>CAMPO CHIAVE</p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO: codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n. 36 Anno 1994 e successive modifiche (E).</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende?dt_riferimento=01-01-annoriferimento (per esempio anno riferimento=2025)</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere valido alla data di riferimento dell'invio (E) - deve essere congruente con il codice azienda dell'utente che ha inviato i file tranne il caso in cui si tratti di reparto esterno (E). - Se tipoErogatore = 01 e codice struttura e sub codice non sono valorizzati, l'azienda deve essere una Azienda di tipo Ospedaliero(E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A003	struttura	codStruttu raFarmaci a	Codice regionale identificativo della struttura erogatrice o della farmacia convenzionata in caso di DPC. Per gli istituti penitenziari indicare il codice numerico a 6 cifre della tabella degli Istituti penitenziari (escludendo la lettera C).	6-11	AN	6	<p><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAAAA DOMINIO: codice di struttura esistente in anagrafe regionale delle strutture</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/strutturreflusso/?CODICE_FLUSSO=FED</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valido alla data di erogazione (E). - se contatto per IVG farmacologica e il tipoErogatore = 02 o 04 allora la struttura erogante dev'essere un consultorio abilitato IVG farmacologica (E) - congruente con il "Tipo erogatore". Ulteriori controlli sono riportati nel paragrafo 6.1 Controlli sul codice struttura in relazione al tipo di erogatore

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A004	struttura	subCodice	Subcodice regionale che identifica lo stabilimento afferente a un presidio ospedaliero	12-13	AN	2	<p><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio condizionato (E).</p> <p>FORMATO: AA</p> <p>DOMINIO: codice di struttura esistente in anagrafe regionale delle strutture</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/struttureflusso/?CODICE_FLUSSO=FED</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se è valorizzato, anche il codStrutturaFarmacia deve essere valorizzato (E) - Valido alla data di erogazione (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Posizione per file TXT	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A005	erogazione	codiceContatto	Il codice contatto è l'identificativo univoco per struttura erogatrice che unisce i record di file A ai record di file B.	14-33	AN	20	<p><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN</p> <p>DOMINIO: i primi 4 caratteri identificano l'anno di erogazione(E). Il codice deve contenere nelle prime 4 posizioni l'anno di riferimento ed è univoco all'interno dell'anno.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: all'interno dello stesso contatto (stessa chiave), tutti i record del file B devono avere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la stessa dataErogazioneFarmaco (W) - Lo stesso progAnonimoPaziente se valorizzato (E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A006	erogazion e	importoTo talePartel ntera	<p>L'importo totale (parte intera e parte decimale) è la somma di uno o più importi di file B (moltiplicati per la rispettiva quantità) individuati da un diverso PROGRESSIVO FARMACO con il medesimo CODICE CONTATTO.</p> <p>L'importo totale si ottiene moltiplicando le quantità di file B per i rispettivi prezzi unitari e sommando gli importi ottenuti dopo averli arrotondati alla seconda cifra decimale.</p> <p>Sono fornite indicazioni particolari per i farmaci con pagamento rateizzato (vedi 6.11 Farmaci a pagamento rateizzato).</p>	34-41	N	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNNNNN</p> <p>DOMINIO:</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il campo deve essere riempito completamente (E) - Se erogazione per farmaco <u>non</u> a pagamento rateizzato, ImportoTotale = alla somma di tutti gli (ImportoUnitario di file B * quantitaErogata) arrotondati alla seconda cifra decimale. Il valore ottenuto deve essere uguale al valore contenuto in questo campo (E). - Se l'importoUnitario è diverso da zero, l'ImportoTotale non può essere zero (W) - Nel caso di erogazione di farmaci con pagamento rateizzato importoTotale corrisponde a quanto indicato in importoUnitario del file B (E). (vedi 6.11 Farmaci a pagamento rateizzato)
A007	erogazion e	importoTo taleParteD ecimale	Centesimi relativi all'importo totale precedente	42-43	N	2	<p>Vedi campo A006</p> <p>Se la parte decimale ha valore pari a zero, inserire 8 zeri.</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A008	erogazion e	costoServi zioParteIn tera	Costo totale del servizio per la distribuzione per conto, imputato dalla farmacia convenzionata alla Azienda Usl e riferito alla singola ricetta (parte intera).	44-49	N	6	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) per modalità di erogazione 06 – distribuzione per conto. FORMATO: NNNNNN DOMINIO: ALTRI CONTROLLI: - Il campo deve essere riempito completamente (E) - Se valorizzato allora il costo del servizio per confezione (dato da costoServizio diviso la somma delle quantitàErogatePerConto) può valere solamente 3,90 o 4,73 o 5,31 o 6,14 (E)
A009	erogazion e	costoServi zioParteD ecimale	Centesimi relativi al costo del servizio	50-51	N	2	Vedere campo A008

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A010	erogazion e	modalitaO rganizzativ a	<p>Il campo indica particolari modalità organizzative adottate dalle aziende sanitarie.</p> <p>Per ulteriori specifiche vedere il paragrafo 6.4 Indicazioni per particolari modalità organizzative</p>	52-53	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W).</p> <p>FORMATO: AA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>01 = distribuzione effettuata dalla Azienda Ospedaliera “per conto” della Azienda USL oppure dalla farmacia ospedaliera della Ausl all'interno dell'AOSP con la quale vigono accordi;</p> <p>02 = distribuzione effettuata da Struttura privata “per conto” della Azienda USL.</p> <p>03 = farmaci utilizzati presso una struttura privata/consumo interno.</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link:</p> <p>https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=FED2</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <p>Se modalitaOrganizzativa = 02 o 03 la struttura deve essere privata (compilare codAzienda, il codStrutturaFarmacia non compilare il subCodice)(E)</p>
A011	erogazion e	posizioneC ontabile	La posizione contabile indica che tipo di operazione tecnica si vuole eseguire sul record	54	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = record relativo a prestazioni erogate nel mese di competenza</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Posizione e per file TXT	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
							<p>2 = record relativo a prestazioni recuperate dal o dai mesi i precedenti 3 = record già presente nella banca dati regionale a cui si vogliono apportare modifiche 4 = record già presente nella banca dati regionale che deve essere eliminato</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=PCNT</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nel primo invio non posso avere posizioneContabile = 2, 3 o 4 (E) - Se posizioneContabile = 1 o 2, il record (chiave) non deve essere già stato inviato e validato (E) - Se posizioneContabile = 3 o 4, il record (chiave) deve essere già stato inviato e validato (E).
A012	assistito	codFiscale	<p>Indicare il codice fiscale dell'assistito oppure un analogo codice identificativo tra i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cittadini temporaneamente presenti indicare il codice STP (tipo ricetta ST); -cittadini appartenenti a stati neocomunitari, temporaneamente presenti: indicare il codice ENI (tipo ricetta ST); -assistiti immigrati appartenenti a stati colpiti dalla Crisi del Nord Africa (es. Tunisia), temporaneamente presenti: indicare il codice PSU (tipo ricetta ST); 	55-70	AN	16	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) tranne che nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) anonimato (i campi nome e cognome contengono il valore "ANONIMO" o "ANONIMO STP"), se indicato è previsto errore scartante (W); b) residenti in stato estero (v. campo "Comune residenza" con primi 3 caratteri = "999"). <p>FORMATO: alfanumerico</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
			<p>-assistiti appartenenti a stati colpiti dalla Crisi del Nord Africa richiedenti asilo politico, temporaneamente presenti: indicare il codice AS (tipo ricetta ST).</p> <p>Il codice fiscale non deve essere impostato nei seguenti casi che, per la tutela della riservatezza, devono essere trasmessi anonimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> farmaci relativi a terapia antivirale, ad uso sistemico, di impiego nel trattamento delle infezioni da HIV e di quelle ad essa correlata. - ATC J05. <p>Tra gli ATC J05, sono esclusi dall'anonimato i farmaci con indicazioni diverse da HIV; esempi: J05AB04, J05AF08, J05AF10 J05AF13. J05AH02 J05AP (tutti gli ATC di 5° livello), J05AX10, J05AX18, J05AX28</p> <ul style="list-style-type: none"> farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02, N07BB, inclusi per quest'ultimo tutti gli ATC di 5° livello) tutti i record con struttura di tipo SERDP; tutti i record riferiti a IVG farmacologica. Nel caso di flagTipoModulo = 9 (Scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa) Nel caso di Flag Eccezioni/Detenuti = 02 (Carcere 41-bis) Nel caso di erogazione di iniezione intravitale di farmaco a pagante in proprio (tipoErogatore = 02 (ambulatorio interno all'ospedale) e onereSomministrazione = 03 (erogatore privato) e ATC del CodiceFarmaco =, S01LA04, S01LA05, S01LA06, S01LA09, S01BA01, S01BA05. <p>In tali casi i campi nome e cognome devono obbligatoriamente essere impostati con la dicitura ANONIMO o ANONIMO STP. Per quanto riguarda l'anonimato, vedere anche il paragrafo 6.3. Anonimato.</p>				<p>ALTRI CONTROLLI:</p> <p><u>CODICE FISCALE NON STP/ENI/PSU/AS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> check digit valido (E). formalmente valido (E). <p><u>CODICE FISCALE STP / ENI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> i primi 3 caratteri numerici dopo STP o ENI devono contenere un codice regione valido (E) <p><u>CODICE FISCALE ENI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> il codice Comune residenza deve essere "999209" (Bulgaria) o "999235" (Romania) (E); <p><u>CODICE FISCALE AS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> la parte "data di nascita" deve avere il formato AAMMGG (E); la parte "data di nascita" deve essere congruente con quella indicata nel campo "data di nascita" (E); la parte "codice nazionalità" deve esistere (anche cessato) (E); la parte "sesso" deve essere "1" o "2" (E) e deve essere congruente con campo "Sesso" (E). <p>Ulteriori indicazioni sulla compilazione ed il controllo del campo sono descritte nel paragrafo 6.2 Controlli sul Codice fiscale del paziente</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A013	assistito	cognome	Indicare il cognome del paziente o la dicitura ANONIMO o ANONIMO STP in caso di anonimato. Per i casi di anonimato, si veda il campo A012 e il paragrafo 6.2 Controlli sul Codice fiscale del paziente .	71-100	AN	30	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>DOMINIO: Cognome dell'assistito o dicitura "ANONIMO" o "ANONIMO STP"</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve essere scritto tutto in maiuscolo (E) - se l'anonimato non è consentito, il campo deve essere valorizzato (E); - se i campi Cognome e Nome sono entrambi valorizzati con ANONIMO o ANONIMO STP, deve essere consentito l'anonimato (E); - se ammesso anonimato e Nome e Cognome entrambi valorizzati con "ANONIMO" o "ANONIMO STP" il Codice Fiscale deve essere vuoto (E) <p>Il campo deve contenere la dicitura "ANONIMO" o "ANONIMO STP" nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se è consentito l'anonimato (W) • se tipoErogatore = 04 e codAzienda e codStrutturaFarmacia individuano una Struttura Territoriale di tipo SERT (W) • Se flagTipoModulo= 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa) (E) • Se il record si riferisce a IVG farmacologica (E)
A014	assistito	nome	Vedi campo A013.	101-120	AN	20	Vedi campo A13 - Cognome dell'assistito

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A015	assistito	sexso	Sesso del paziente.	121	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio tra(E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = maschio 2 = femmina</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=SEX1</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere congruente con il sesso ricavato dal codFiscale (W) (non è controllato per pazienti non STP, ENI, PSU o AS).
A016	assistito	dataNascita	Data di nascita del paziente.	122-129	DT	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: se flagTipoModulo ≠ 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa) dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: GGMMAAAA se file TXT AAAA-MM-GG se file xml</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'età massima dell'assistito al momento dell'erogazione deve essere minore o uguale a 124 anni (E); - deve essere congruente con la data di nascita ricavata dal cod fiscale (W). - se flagTipoModulo = 9 non deve essere compilato (E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A017	assistito	comuneNa scita	<p>Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero, dove è nato il paziente.</p> <p>Per i nati in Italia, indicare il Codice ISTAT a 6 cifre-</p> <p>Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri.</p> <p>Per assistiti anonimi non compilare</p>	130-135	AN	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E), ad eccezione di nati in comuni cessati e per assistiti anonimi.</p> <p>Se flagTipoModulo = 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa), il campo non deve essere compilato(E)</p> <p>FORMATO: AAAAAA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de/codifiche/comuni </p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <p>Se valorizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve contenere un codice ISTAT esistente (attivo oppure cessato): per i nati in Italia si verifica l'esistenza del codice mentre per i nati all'estero si verifica l'esistenza del codice composto da 999 seguito dal 3 cifre del Paese Estero (E). - Se è consentito l'anonimato, non deve essere valorizzato (W). - deve essere congruente con il codice Comune ricavati dal codice Catasto del codFiscale, a meno che il codice Catasto non sia presente nella tabella solo associato a Comuni cessati (W).

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A018	assistito	comuneRe sidenza	<p>Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente al momento della erogazione del farmaco.</p> <p>Nel caso di stranieri regolarmente iscritti al SSN è possibile indicare, in mancanza del comune di residenza, il comune di effettiva dimora o di domicilio. Per i residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre.</p> <p>Per i residenti all'estero, compresi STP, ENI, AS codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri</p>	136-141	AN	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se flagTipoModulo ≠ 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa) (E).</p> <p>FORMATO: AAAAAA</p> <p>DOMINIO: Deve contenere un codice ISTAT valido (E) e non cessato (E). Per gli assistiti senza fissa dimora codificare: "999999".</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de/codifiche/comuni</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se il codFiscale contiene un codice di tipo STP, ENI, AS, il "Comune di residenza" deve contenere il codice di uno stato estero (primi 3 caratteri = "999") (E); - nel caso di codFiscale di tipo ENI, il comuneResidenza deve essere Bulgaria ('999209') o Romania ('999235') (E). - Se nome o cognome sono valorizzati con "ANONIMO STP", i primi 3 caratteri del comuneResidenza devono essere posti a "999" di stato estero (E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A019	assistito	cittadinanza	Cittadinanza del paziente al momento dell'erogazione del farmaco. Indicare il codice a tre caratteri dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT. Per i cittadini italiani indicare 100, per gli apolidi 999.	142-144	AN	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de/codifiche/cittadinanze</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <p>Per i dimessi con cittadinanza italiana utilizzare il codice '100', mentre per i dimessi con cittadinanza straniera compilare con il codice a tre caratteri dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT. Per gli apolidi utilizzare il codice "999".</p> <p>Se il codFiscale contiene un codice STP/ENI/ AS la Cittadinanza non può essere 100=Italia</p>

A020	erogazione	numRicetta	<p>Indicare il codice della ricetta. Per le ricette rosse cartacee, con flag tipo modulo =1, riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta di 15 cifre così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice regione del ricettario (vale 080) - Anno del ricettario (numerico di 2) - Numero ricetta (numerico di 10; l'ultima cifra ha la funzione di carattere di controllo) <p>Per le ricette de-materializzate (flag tipo modulo = 3), comprese quelle "sospese" gestite come rosse (flag tipo modulo=4), riportare il codice di ricetta.</p> <p>Per i farmaci erogati nell'ambito del DSA oncologico, compresi i farmaci ancillari, indicare obbligatoriamente il codice del "modulo day service" riferito al ciclo chemioterapico. Tale codice rappresenta l'elemento di collegamento tra i flussi ASA, FED e il data base oncologico e corrisponde a quanto rilevato nel flusso ASA nel campo codice a barre della ricetta (file A, pos. 23) per la tipologia 3= day service. Il codice è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice Regione (numerico di 3) - Anno (numerico di 2) - Azienda (numerico di 3) - Carattere identificativo (D) - Numero modulistica (numerico di 6: numerazione progressiva univoca all'interno dell'anno e dell'azienda) 	145-159	AN	15	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per DPC, farmaci erogati in DSA oncologico, trattamenti intravitreali di sostanze terapeutiche, ricette di cannabis sativa (E)</p> <p>FORMATO: AAAAAAAAAAAAAAA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se ho almeno un record di file B con modalitaErogazione = 06 (E) • se ho almeno un record di file B con flagTipoModulo = 9 (E) • DSA oncologico (se ho almeno un'erogazione nel file B con modalitaErogazione = 09 o 10) e flagTipoModulo ≠ 9 (E) • se OnereSomministrazione = 01(W) <p>se flagTipoModulo = 1 (ricetta rossa - modulo cartaceo), deve essere un "codice a barre" valido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • deve essere lungo 15 caratteri esatti (E) • deve essere numerico(E) • il carattere di controllo deve essere corretto(E) • le cifre da 1 a 3 devono essere un codice regione valido(E) <p>se flagTipoModulo= 3 (ricetta de-materializzata) o 4 (ricette de-materializzate "sospese"), deve essere un codice di ricetta elettronica (NRE) valido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • deve essere lungo 15 caratteri esatti (E) • le cifre da 1 a 3 devono essere un codice regione valido (E) • le cifre da 4 a 5 non devono essere tutte solo numeriche (E) • le cifre da 4 a 5 non devono contenere spazi (E)
------	------------	------------	---	---------	----	----	---

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
							<ul style="list-style-type: none"> le cifre da 6 a 15 devono essere numeriche(E) <p>se flagTipoModulo= 5 (Modulo Day Service)</p> <ul style="list-style-type: none"> deve essere lungo 15 caratteri esatti (E) le cifre da 1 a 3 devono essere "080(E) le cifre da 4 a 5 devono essere numeriche e non devono esserci spazi (E) le cifre da 4 a 5 nel caso di DSA oncologico (almeno un B con modalitaErogazione = 09 o 10) devono essere uguali all'anno di riferimento (W) le cifre da 6 a 8 devono contenere un codice azienda valido oppure valere "921" (codice dell'IRST) (E) la 9° cifra deve contenere una D (E) le cifre da 10 a 15 devono essere solamente numeriche (E) <p>se flagTipoModulo = 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa) deve contenere 15 caratteri</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghez za	Informazioni sul dominio e Controlli
A021	erogazion e	codPrescr ittore	Indicare il codice fiscale del medico prescrivitore.	160-175	AN	16	OBBLIGATORIETÀ: obbligatorio condizionato; obbligatorio per ricette di cannabis sativa. FORMATO: AAAAAAAAAAAAAAAAAA DOMINIO: ALTRI CONTROLLI: -se flagTipoModulo = 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa), il campo deve essere compilato (E); -se valorizzato deve essere un codice fiscale (del medico prescrivitore) sintatticamente valido (E).

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A022	erogazion e	tipoPrescr ittore	Indica il tipo di prescrittore e assume i seguenti valori	176	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: F = Medico di medicina generale P = Pediatra di libera scelta H = Ospedaliero A = Specialista ambulatoriale (ex SUMAI) G = Guardia medica T = Guardia medica turistica C = Specialista di struttura privata accreditata U = Medico di azienda ospedaliera-universitaria D = Dipendente dei servizi territoriali ASL Z = Altro tipo I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=FED4
A023	erogazion e	dataPresc rizione	Data di prescrizione del farmaco.	177-184	AN	8 txt (10 xml)	OBBLIGATORIETÀ: Facoltativo (W) FORMATO: GGMMAAAA se file TXT AAAA-MM-GG se file xml ALTRI CONTROLLI: Se valorizzata, deve essere formalmente valida (E).

A024	erogazione	flagTipoModulo	Indica il tipo ricetta, quando l'erogazione avviene a fronte di prescrizione su ricetta.	185	N	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) se il numero ricetta è compilato.</p> <p>FORMATO: N</p> <p>DOMINIO:</p> <p>1 = ricetta cartacea rossa (ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni);</p> <p>3 = ricetta de-materializzata ex Decreto MEF 02 novembre 2011.</p> <p>4 = Ricette de-materializzate "sospese", valore da assegnare a casi di ricette de-materializzate che vengono gestite come cartacee dalla farmacia.</p> <p>5 = modulo day service.</p> <p>9 = scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de-codifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=FED6</p> <p>ALTRI CONTROLLI</p> <p>Se flagTipoModulo= 5 (ricetta Modulo Day Service), si può verificare uno dei tre casi:</p> <p>A) DSA oncologico, si devono verificare tutte le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> all'interno del contatto deve essere presente almeno un codice di prestazioneAmbulatoriale 992501 o 8901F0 o 89.01.F o 96.49 o 99.07.1 o ASSENTE (E) tipoErogatore = 01 o 02 o 03 (E)
------	------------	----------------	--	-----	---	---	---

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Posizione e per file TXT	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
							<ul style="list-style-type: none"> tipoErogatore = 01 per ciascuna prestazione posso avere solo modalitaErogazione = 10 (E) tipoErogatore = 02 per ciascuna prestazione posso avere solo modalitaErogazione = 08 o 09 o 10 (E) tipoErogatore = 03 per ciascuna prestazione posso avere solo modalitaErogazione = 10 e PrestazioneAmbulatoriale = ASSENTE (E) <p>B) caso di "iniezione intravitale di sostanze terapeutiche":</p> <ul style="list-style-type: none"> onereSomministrazione = 01 (Somministrazione a carico SSN). (nessun controllo) <p>C) caso di contatto di IVG</p> <p>Se si è nel caso di contatto di IVG allora flagTipoModulo deve valere 5 (ricetta Modulo Day Service) (E)</p>
		Filler	Non compilare	186		1	
A025	erogazione	istituzione Competente	Codice di identificazione dell'assicurazione competente.	187-214	AN	28	<p>OBBLIGATORIETÀ: Facoltativo (W)</p> <p>FORMATO: AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Non si effettuano controlli</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A026	erogazion e	onereSom ministrazi one	Indica il soggetto che sostiene il costo del farmaco (SSN, assistito, struttura privata) in caso di somministrazione intravitale del farmaco (prestazione ambulatoriale 14.75). Per ulteriori specifiche consultare il paragrafo 6.19 Somministrazione di farmaci utilizzati nel trattamento intravitale.	215-216	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) in presenza della prestazione ambulatoriale 14.75.</p> <p>FORMATO: AA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>01 = somministrazione a carico SSN, compreso quanto somministrato presso strutture private accreditate</p> <p>02 = somministrazione in libera professione a carico dell'assistito (in strutture pubbliche)</p> <p>03 = somministrazione a carico dell'assistito (in strutture private)</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=OSOM</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <p>-Non compilare in assenza della prestazione 14.75 (E).</p> <p>-Se onereSomministrazione = 02 (Sommin. a carico dell'assistito - in strutture pubbliche) la struttura deve essere di tipo pubblico (E)</p> <p>- Se onereSomministrazione = 03 (Sommin. a carico dell'assistito - in strutture private) la struttura deve essere di tipo privato(E)</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferiment o	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
A027	erogazion e	flagEccezi oni	Il valore attribuito al flag indica casi particolari di erogazione del farmaco.	217-218	AN	2	<p>OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E) in presenza di erogazione a detenuti.</p> <p>FORMATO: AA</p> <p>DOMINIO: 01 – Erogazioni di farmaci a Detenuti 02 – Erogazioni di farmaci a Detenuti in regime 41bis</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=FED7 </p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il codFiscale non può essere un codice STP (E) - i campi Nome / Cognome non possono contenere "ANONIMO STP" (E) - Se tipoErogatore = 08 (carcere) il flagEccezioni deve valere 01 o 02 (E)

5.2 FILE B – Dettaglio farmaci

Il **File B** è composto da un unico tracciato contenente le informazioni dei farmaci erogati.

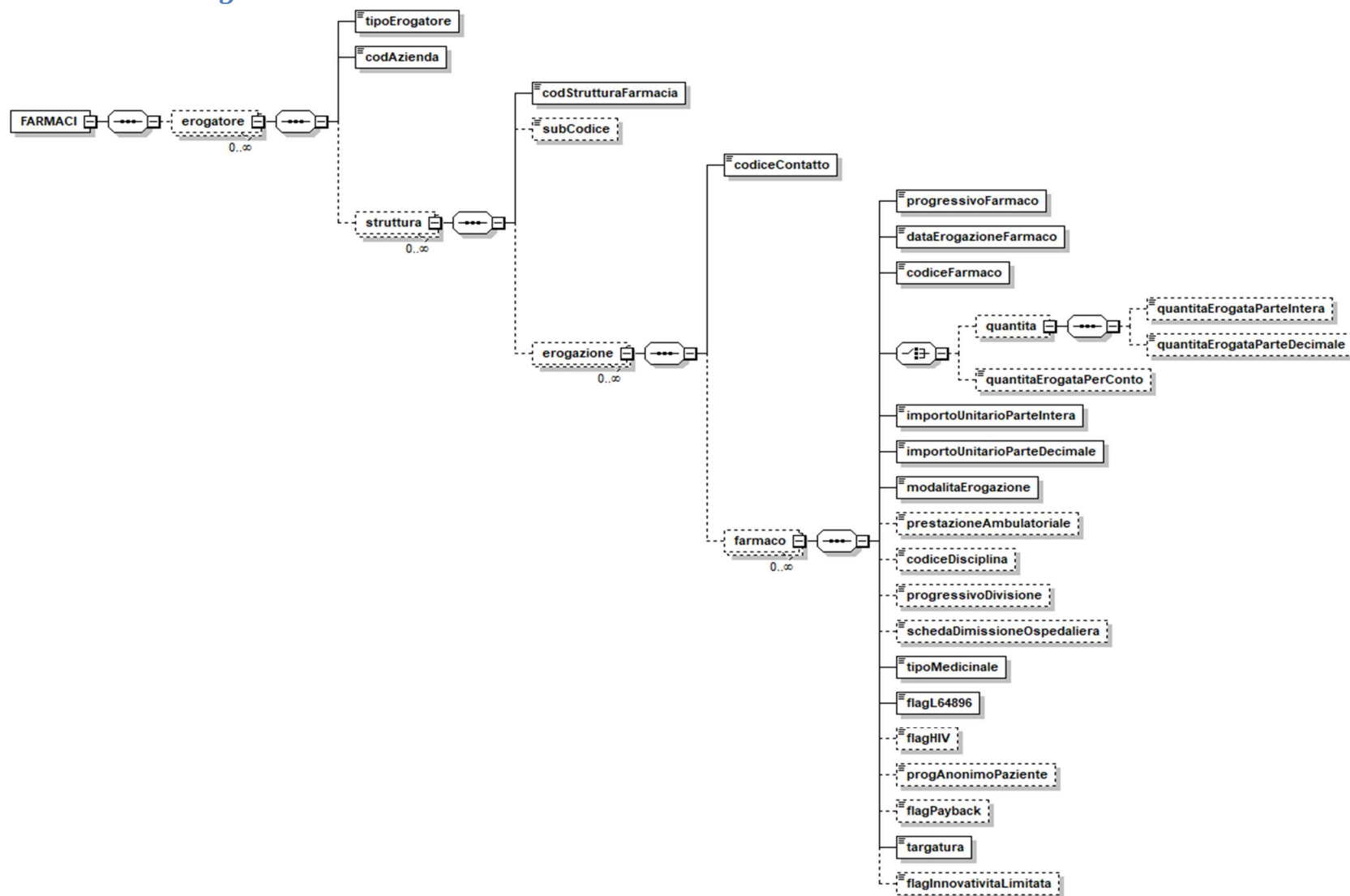
Di seguito viene riportato il tracciato record del **FILE B**.

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
Erogatore	<u>TIPO EROGATORE</u>
	<u>CODICE DELL'AZIENDA</u>
Struttura	<u>CODICE STRUTTURA \ FARMACIA</u>
	<u>SUBCODICE</u>
Erogazione	<u>CODICE CONTATTO</u>
Farmaco	<u>PROGRESSIVO FARMACO</u>
	Data di erogazione del farmaco
	Codice del farmaco
	Quantità erogata parte intera
	Quantità erogata parte decimale
	Quantità erogata per conto
	Importo unitario parte intera
	Importo unitario parte decimale
	Modalità di erogazione
	Prestazione ambulatoriale
	Codice disciplina
	Progressivo divisione

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
	Scheda dimissione ospedaliera
	Tipo di medicinale
	Flag Legge 64896
	Flag HIV
	Progressivo anonimo del paziente
	Flag Payback
	Targatura
	Flag innovatività limitata

5.2.1 FILE B - Diagrammi XSD



5.2.2 File B - Dettaglio farmaci

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B001	erogator e	tipoEroga tore	Vedere il campo A001, omonimo in File A.	1-2	AN	2	<u>CAMPO CHIAVE</u> Vedere file - A campo A001
B002	erogator e	codAzien da	Vedere il campo A002, omonimo, in File A.	3-5	AN	3	<u>CAMPO CHIAVE</u> Vedere File A - campo A02
B003	struttura	codStruttu raFarmaci a	Vedere il campo A03, omonimo, in File A.	6-11	AN	6	<u>CAMPO CHIAVE</u> Vedere File A – campo A003
B004	struttura	subCodic e	Vedere il campo A04, omonimo, in File A.	12-13	AN	2	<u>CAMPO CHIAVE</u> Vedere File A – campo A004
B005	erogazio ne	codiceCo ntatto	Vedere il campo A05, omonimo, in File A.	14 - 33	AN	20	<u>CAMPO CHIAVE</u> Vedere File A – campo A005
B006	farmaco	progressi voFarmac o	Numero, compreso tra 1 e 98, che indica il progressivo del farmaco nell'ambito del singolo episodio di erogazione. Esempio: se in dimissione vengono consegnati 3 farmaci diversi, i progressivi saranno 1, 2, 3.	34 - 35	N	2	<u>CAMPO CHIAVE</u> OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NN DOMINIO: Un valore numerico compreso tra 1 e 98 (E) ALTRI CONTROLLI: -All'interno di ciascun contatto il valore di ciascun progressivo farmaco deve essere diverso (E). - Se flagTipoModulo = 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa), il campo deve valere 1 (E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B007	farmaco	dataEroga zioneFar maco	Data di erogazione del farmaco.	36 - 43	AN	8 txt (10 xml)	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: GGMMAAAA se file TXT AAAA-MM-GG se file xml</p> <p>DOMINIO:</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La dataErogazioneFarmaco deve essere all'interno dell'anno di riferimento (E) - se posizioneContabile = 1 e numero di invio tra 1 e 12 la dataErogazioneFarmaco deve essere compresa tra quelle di inizio e di fine della rilevazione corrispondente all'invio (E) - Se posizioneContabile = 2, 3 e 4, se numero di invio tra 2 e 12 la dataErogazioneFarmaco deve essere inferiore a quella di inizio della rilevazione corrispondente all'invio e superiore al primo gennaio dell'anno di riferimento (E) - La dataNascita (se valida) deve essere minore o uguale a dataErogazioneFarmaco (E). - La dataPrescrizione deve essere minore o uguale a dataErogazioneFarmaco (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Posizione per file TXT	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B008	farmaco	codiceFarmaco	<p>Codice MINSAN10 del farmaco, compreso ossigeno.</p> <p>Per i farmaci “esteri” non ancora registrati in Italia utilizzare il codice di farmaco estero secondo la tabella disponibile in internet e fornita attraverso l'applicativo FARMARER.</p> <p>Per i prodotti galenici, magistrali, officinali e altri gas medicali indicare l'ATC di massimo dettaglio.</p> <p>Per gli emocomponenti utilizzare i codici della tabella disponibile in internet.</p> <p>Per le preparazioni a base di cannabis sativa indicare il codice ATC N02BG.</p>	44 - 52	AN	9	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAAAAAAAA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se tipoModulo = 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa), il codiceFarmaco deve valere N02BG (E)</p> <p>Per ulteriori controlli si rimanda a 6.6 Controlli sul codice del Farmaco erogato</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B009	quantita	quantitaEro gataPart eIntera	<p>Indica la quantità erogata per ciascun codice farmaco espressa in numero di unità posologiche. Le unità posologiche di riferimento sono contenute nella tabella regionale dei farmaci.</p> <p>Inoltre, si specifica: Per farmaci con Minsan e esteri valorizzare con il numero di unità posologiche erogate. Per i prodotti galenici, magistrali, officinali, gas medicali indicare sempre 1 (salvo diversa indicazione ministeriale). Per l'ossigeno in contenitori mobili (bombole/contenitori criogenici) la quantità è espressa in numero di bombole/contenitori criogenici; per le confezioni multiple indicare il numero di pezzi contenuti nella confezione. Per i preparati a base di cannabis sativa indicare 1.</p> <p>Il campo deve essere compilato per tutte le tipologie di erogazione diretta <u>esclusa</u> l'erogazione per conto.</p>	53 - 58	N	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) per tutte le tipologie di erogazione, esclusa la distribuzione per conto (06). FORMATO: NNNNNN DOMINIO:</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorizzare solo se modalitaErogazione ≠ 06 (erogazione per conto) (E) - Se valorizzato, deve essere completamente compilato, anche nella parte decimale (E) - Non può essere negativo (E) - Se tipoMedicinale = 2, 4, 6 o 9 la quantitaErogata deve valere 1 (E) - Se FlagTipoModulo= 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa), il campo deve valere 1 (E) - Se non si tratta di una_erogazione CAR-T allora: <ul style="list-style-type: none"> • se valorizzato e maggiore di 0, la quantitaErogataPerConto non deve essere valorizzata o valorizzata con 0 (E) • se non valorizzato o posto a 0, deve essere valorizzata e maggiore 0 la quantitaErogataPerConto(E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B010	quantita	quantitaEro gataParteDecimale	Indicare le eventuali quantità decimali di unità posologica; se non vi sono decimali, negli altri casi compilare con 00.	59 - 60	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) per tutte le tipologie di erogazione, esclusa la distribuzione per conto (06). FORMATO: NN DOMINIO: ALTRI CONTROLLI: Vedere File B - campo B010
B011	farmaco	quantitaEro gataPerConto	Indica la quantità erogata in caso di distribuzione per conto (DPC). È espressa in numero di confezioni/scatole del codice farmaco erogato. Per ossigeno la quantità è espressa in numero di bombole/contenitori criogenici. Per formule magistrali, prodotti galenici, formule officinali la quantità è =1 In generale, il numero pezzi per ricetta non può essere maggiore di 2. Tuttavia, per il trattamento di patologie croniche e invalidanti, esclusivamente per gli assistiti in possesso di esenzione per malattia rara o per patologia cronica e invalidante, il numero massimo di pezzi per ricetta è 6. (ex art. 26 del D.L. 90/2014).	61 - 63	N	3	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) per distribuzione per conto (DPC), tipologia di erogazione 06. FORMATO: NNN DOMINIO: ALTRI CONTROLLI: - Se compilato, si dev'essere in erogazione per conto (modalitaErogazione = '06') (E) - Non può essere negativo (E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B012	farmaco	importoU nitarioPart eIntera	<p>Farmaci con Minsan e esteri: l'importo è il prezzo unitario per unità posologica, inteso come prezzo medio (ponderato continuo) del periodo di riferimento, comprensivo di IVA, espresso in euro (parte intera e parte decimale).</p> <p>Erogazione per conto deve essere fornito il prezzo della singola confezione/scatola.</p> <p>Prodotti galenici, magistrali, officinali, gas medicali: indicare l'importo della singola erogazione.</p> <p>Emocomponenti: indicare la tariffa come da delibera di Giunta Regionale DGR 2182 del 20/12/2021 riportata nella tabella degli emocomponenti in internet (se il prezzo è diverso da quello riportato in tabella il controllo è scartante).</p>	64 - 71	N	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (W)</p> <p>FORMATO: NNNNNNNN</p> <p>DOMINIO:</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il campo essere riempito completamente (E); - Se valorizzato e modalitaErogazione ≠ 20 o 13, deve essere un numero intero maggiore di zero (W) - Se flagTipoModulo = 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa), il campo deve essere maggiore di zero (E) - Se flagTipoMedicinale = 1 (escluso il caso di ATC del codiceFarmaco = J05AX15) si effettuano le verifiche sull'importo indicato: <ul style="list-style-type: none"> • Se modalitaErogazione ≠ 06 importoUnitario non deve essere superiore a quello calcolato per Unità Posologica del farmaco (arrotondati alla seconda cifra decimale) (W) • Se ModalitàErogazione = 06 ImportoUnitario non deve essere superiore al Prezzo per Confezione del farmaco (W) - Se flagTipoMedicinale = 8 (emocomponenti) e modalitaErogazione = 08 o 09 e prestazioneAmbulatoriale = 99.07.1 (trasfusione sangue o emocomponenti): L'importoUnitario deve essere esattamente uguale al Prezzo dell'emocomponente (E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B013	farmaco	importoU nitarioPart eDecimale	Parte decimale	72 - 76	N	5	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (W) FORMATO: NNNNN DOMINIO: deve essere un numero ALTRI CONTROLLI: Vedere File B - campo B012

B014	farmaco	modalità erogazione	La modalità di erogazione in generale indica la diversa tipologia di erogazione, distribuzione o somministrazione del farmaco al paziente, sia in riferimento al setting assistenziale, sia a caratteristiche del paziente (es. affetti da malattie rare), oppure caratteristiche amministrative del farmaco (es. farmaci con pagamenti rateizzati).	77 - 78	AN	2	OBBLIGATORIETÀ: (E). FORMATO: AA (E) DOMINIO: Valori ammessi: 01 = Erogazione alla dimissione da ricovero; 02 = Erogazione a seguito di visita specialistica ambulatoriale; 03 = Erogazione a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico; 04 = Erogazione a pazienti affetti da malattie rare; 05 = Erogazione di farmaci erogati da strutture territoriali ambulatoriali, CSM e SERT, a pazienti in carico alle strutture e ADI, carcere e strutture residenziali e semiresidenziali, hospice; 06 = Distribuzione per conto (DPC); 07 = Farmaci somministrati in regime di ricovero extra- tariffa (es. ad emofilici -fattori della coagulazione); 08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco e somministrazione di emocomponenti derivati della lavorazione del sangue DM 5/11/96 (esclusi quelli somministrati in terapie antitumorali e ancillari in DSA); 09 = Farmaci somministrati in Day Service Ambulatoriale oncologico (compresi ancillari >15 euro /u.p.); 10 = Farmaci distribuiti direttamente nell'ambito del Day Service Ambulatoriale oncologico (oncologici e ancillari); 11 = Farmaci somministrati in regime di ricovero durante il DH oncologico (compresi ancillari >15 euro /u.p.); 12 = Farmaci oncologici ad alto costo somministrati in regime di ricovero ordinario. 13 = Farmaci con pagamenti rateizzati
------	---------	---------------------	--	---------	----	---	--

							<p>20 = Erogazione diretta di farmaci a pazienti COVID-19.</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=FED2</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se flagTipoModulo = 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa), modalitaErogazione può essere compilato sono con 01, 02, 03, 04, 05, 09, 10, 11 (E) - Se modalitaErogazione = 06 allora il costoServizio deve essere valorizzato e maggiore di zero (W) - Se modalitaErogazione ≠ 06 il costoServizio non deve essere valorizzato (E) - Se modalitaErogazione = 06, tipoErogatore deve valere 05 (E) - Se tipoErogatore = 05, la modalitaErogazione deve essere 06 (E) - Se tipoErogatore= 06, la modalitaErogazione deve essere 05 o 20 (non vale il viceversa) (E) - Se modalitaErogazione = 07 il tipoErogatore deve essere 01 (E) - Se modalitaErogazione = 09 o 10 il tipoErogatore deve essere 01 o 02 o 03 (E) - Se modalitaErogazione = 11 o 12 il tipoErogatore deve essere 01 (E) - Se si è nel caso di contatto di IVG e prestazioneAmbulatoriale = 89.26.4 allora modalitaErogazione dev'essere 08 (E) <p>Se modalitaErogazione = 13 si deve trattare di una erogazione di tipo CAR-T (E)</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

B015	farmaco	prestazione Ambulatoriale	<p>Compilare il campo per erogazioni in ambito ambulatoriale, con il codice della prestazione da nomenclatore tariffario regionale (DGR 410/97 e successive modifiche) comprensivo dei punti separatori, ad eccezione dei codici con nota.</p> <p>Per emocomponenti (flag tipo medicinale=8) l'informazione è obbligatoria e deve essere inserito il codice 99.07.1. Il controllo è scartante.</p> <p>Per tutti i farmaci erogati nell'ambito della terapia oncologica in DSA, compresi i farmaci ancillari (>15 euro /u.p.), inserire obbligatoriamente il codice della prestazione ambulatoriale 992501, 8901F0 o 89.01.F.</p> <p>Nei casi in cui il paziente in DSA oncologico non ha effettuato la prestazione ma solo l'erogazione del farmaco, indicare la dicitura ASSENTE.</p> <p>In tutti i casi di DSA il controllo è scartante.</p> <p>Per le iniezioni intravitreali di sostanze terapeutiche inserire obbligatoriamente il codice 14.75.</p>	79 - 85	AN	7	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (E). FORMATO: AAAAAAA DOMINIO:</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de/codifiche/prestazioni/</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non compilare se Modalità Erogazione ≠ 08, 09 e 10 (W); - se Modalità Erogazione = 08, deve essere valorizzato(W); - Se modalitaErogazione = 08 e se flagTipoMedicinale = 8 (emocomponenti) <ul style="list-style-type: none"> • nel caso di emocomponenti ad uso trasfusionale o lavorazioni: deve essere valorizzato con 99.07.1 (E) • nel caso di emocomponenti ad uso non trasfusionale: può non essere valorizzato, se valorizzato deve contenere solamente 99.07.1 (E) - Se modalitaErogazione = 09 (Farmaci somministrati in DSA oncologico) o 10 (Farmaci orali distribuiti direttamente) <ul style="list-style-type: none"> • deve essere valorizzato (E) • non può essere valorizzato con "ASSENTE" (E) • deve essere presente almeno una prestazione con codice 992501 o 8901F0 o 89.01.F o 96.49 o 99.07.1 o ASSENTE (E) - Se prestazioneAmbulatoriale = 992501 o 8901F0 o 89.01.F o ASSENTE la modalitaErogazione può essere solo 09 o 10 (E)
------	---------	---------------------------	--	---------	----	---	---

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Posizione per file TXT	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
							- Se prestazione Ambulatoriale = 14.75 la modalità erogazione può essere solo 08 (E)
B016	farmaco	codiceDisciplina	Compilare il campo in tutti i casi in cui è disponibile l'informazione. Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella delle discipline.	86 - 88	AN	3	OBBLIGATORietà: Dato facoltativo (E). FORMATO: AAA DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de/codifiche/discipline/ ALTRI CONTROLLI:
B017	farmaco	progressivoDivisione	Compilare il campo se è disponibile l'informazione. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della salute, modello HSP12.	89 - 90	AN	2	OBBLIGATORietà: Dato facoltativo (W). FORMATO: AA DOMINIO: ALTRI CONTROLLI: Se tipoErogatore= 01 e codiceDisciplina è compilato e valido, il progressivoDivisione deve contenere un codice esistente (W).

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B018	farmaco	schedaDim issioneOsp edaliera	Compilare con il numero della scheda di dimissione ospedaliera.	91 - 98	AN	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio condizionato, obbligatorio per modalitaErogazione 11 e 12 (E). Se modalitaErogazione = 07 e non compilato viene fatta una segnalazione (W)</p> <p>FORMATO: AAAAAAAAA</p> <p>DOMINIO: I primi 2 caratteri indicano l'anno della scheda che deve essere inferiore o uguale all'anno dell'invio. I restanti devono essere numerici.</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non compilare se ModalitàErogazione ≠ 01, 07, 11, 12 e 13 (E); - se compilato, deve essere valido.

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B019	farmaco	tipoMedici nale	Codice che indica la tipologia del farmaco	99	AN	1	<p>OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E): 1= confezione con MINSAN 2= formule magistrali, officinali, galenici 3= esteri 4= formule magistrali oncologiche 6=altri gas medicinali 8= emocomponenti DM 5 novembre 1996</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de/codifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=TMED</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se compilato e flagTipoModulo = 9 (scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa), è ammesso solo il valore 2 (E)</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B020	farmaco	flagL6489 6	La compilazione del flag permette di distinguere i farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della L. 648/96, che consente di erogare a carico del SSR specialità innovative la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non in Italia, medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e farmaci da impiegare per indicazioni terapeutiche diverse da quelle già autorizzate (utilizzi off-label).	100	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1= farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della L. 648/96 2= tutti gli altri farmaci I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=L648
		FILLER	NON COMPILARE	101 - 109		9	

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B021	farmaco	flagHIV	<p>Individua la terapia antiretrovirale relativa alla erogazione del farmaco. Deve essere compilato quando l'erogazione avviene nell'ambito del piano terapeutico per l'HIV per gli ATC appartenenti ai gruppi J05AE (escluso J05AE30), J05AF (esclusi J05AF08, J05AF10, J05AF13), J05AG, J05AJ, J05AR, J05AX (esclusi J05AX10, J05AX18, J05AX28)</p> <p>In questi casi i campi del file A che individuano l'assistito devono essere compilati rigorosamente secondo le indicazioni relative all'anonimato (codice fiscale, comune di nascita, nome e cognome).</p> <p>In tutti gli altri casi il campo flag HIV <u>non</u> deve essere compilato.</p>	110	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per i farmaci del piano terapeutico HIV e per la profilassi preesposizione. (W)</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): A = Profilassi post esposizione B = 1° linea C = 2° linea (semplificazione o tossicità D = Dopo fallimento virologico E = Profilassi pre-esposizione</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=FEDH</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Per i controlli si rimanda a 6.15 Farmaci HIV e PreP</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Posizione per file TXT	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B022	farmaco	progAnonimoPaziente	<p>È un codice progressivo anonimo assegnato dall'azienda in modo univoco a livello aziendale a ciascun paziente con piano terapeutico per la cura dell'HIV. Può corrispondere al codice del piano terapeutico e in ogni caso deve garantire inderogabilmente l'anonimato. Deve essere compilato quando è compilato il campo FLAG HIV.</p> <p>In tutti gli altri casi il campo <u>non</u> deve essere compilato.</p>	111 - 130	AN	20	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per i farmaci del piano terapeutico HIV e per la profilassi prescrizione. (W)</p> <p>FORMATO: AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se valorizzato, i dati dell'assistito devono essere mandati in forma anonima, non devono essere valorizzati i campi: codFiscale (E), comuneNascita (E) - I campi nome e cognome devono essere entrambi valorizzati con "ANONIMO" o "ANONIMO STP (E) - Se valorizzato deve essere uguale all'interno del contatto (E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B023	farmaco	flagPayback	<p>Il campo deve essere compilato con il valore 1 per i farmaci HCV (es. J05AP54, J05AP55, J05AP56, J05AP57), quando l'erogazione è avvenuta dopo le 12/8 settimane in relazione a quanto previsto per i diversi farmaci.</p> <p>L'informazione deve essere rilevata per tutti i pazienti (residenti e non residenti in azienda, infra ed extra regione).</p> <p>Il campo non deve essere compilato quando la somministrazione di tali farmaci è avvenuta entro le 12/8 settimane o quando si tratta di altro farmaco.</p> <p><u>Inoltre, il flag pay pack deve essere compilato per il farmaco Lutezio 177 Vipivotide Tetraxetan (Pluvicto) - codice ATC V10XX05 – quando la somministrazione è avvenuta dopo il 5° ciclo.</u></p> <p><u>I rimborsi dovuti a tale pay back non entrano nel calcolo del prezzo medio.</u></p> <p>Il flag non è ammesso in modalità di erogazione 09, 11, 12.</p>	131	AN	1	<p>OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E): 1 = Pay-back attivo</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de/codifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=PBCK</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <p>Se valorizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la ModalitaErogazione non deve valere 07, 08, 09, 10, 11 o 12 (E) - per l'ATC del codiceFarmaco deve essere ammesso il payback (E)

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B024	farmaco	targatura	<p>Il campo “<i>Targatura</i>” deve indicare il codice univoco della confezione riportato sul bollino adesivo (numerazione progressiva) e deve essere trasmesso con 10 caratteri (compreso il carattere di controllo).</p> <p>Il decimo carattere può essere alternativamente impostato come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con il carattere di controllo (check digit) - con “A” se la lettura automatica del carattere di controllo non è andata buon fine - con “X” se non è ancora stata iniziata la gestione del check digit, <u>per un periodo transitorio</u> fino al completo adeguamento <p>Quando la targatura non è rilevata, il campo deve essere compilato con il valore “0000000000”.</p> <p>Per i medicinali esteri e le formule magistrali, officinali e galeniche (flag tipo medicinale = 2, 3, 4) il campo “Targatura” ammette solo il valore “0000000000”.</p> <p>Quando nel medesimo contatto sono erogate due o più confezioni con lo stesso MINSAN, avremo n righe di file B, ciascuna per ogni confezione e l’indicazione del codice targatura.</p> <p>Se all’interno dello stesso contatto sono erogate due o più confezioni con uno stesso Minsan e la targatura non è rilevabile, lo stesso MINSAN non può essere ripetuto, ma occorre indicare il numero corretto di confezioni distribuite.</p> <p>La targatura associata al MINSAN è un ulteriore elemento per verificare l’univocità della chiave del record di file B all’interno del contatto.</p>	132 -141	AN	10	<p><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAAAAAAAA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Per i controlli si rimanda a 6.7 Targatura</p>

Progr essivo camp o	Nodo di riferime nto	Nome campo	Descrizione	Posizion e per file TXT	Tipo	Lunghezz a	Informazioni sul dominio e Controlli
B025	farmaco	flagInnovati vitaLimitata	<p>Per i farmaci per i quali è riconosciuta l'innovatività limitatamente ad alcune indicazioni è istituito un apposito flag per distinguere gli utilizzi innovativi del farmaco da tutti gli altri utilizzi.</p> <p>Il campo deve pertanto essere compilato solo per i farmaci con innovatività limitata ad alcune indicazioni, in caso di somministrazione secondo l'uso innovativo.</p> <p>Ulteriori specifiche sono riportate in 6.14 Farmaci innovativi e flag innovatività limitata</p>	142	AN	1	<p>OBBLIGATORietà: Dato facoltativo (W).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E): 1= uso innovativo</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/de/codifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=FED8</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <p>AmMESSo per i farmaci a innovatività limitata (E).</p>

6 CONTROLLI E INDICAZIONI SPECIFICHE

6.1 Controlli sul codice struttura in relazione al tipo erogatore

Di seguito vengono esposti i controlli bloccanti effettuati sul codice struttura in relazione al tipo erogatore indicato nel record.

Il Subcodice della struttura può essere valorizzato solo nel caso di tipoErogatore = 01, nel caso sia previsto per la struttura, in tutti gli altri casi non deve essere compilato.

Se **tipoErogatore= 01** (struttura ospedaliera):

- se codStrutturaFarmacia e SubCodice non valorizzati, il codice Usl deve corrispondere a un'Azienda Ospedaliera (E).
- la struttura ospedaliera, compreso eventuale SubCodice se valorizzato, e tenendo conto dei *"casi particolari di modalità organizzative"* deve esistere ed essere valida alla dataErogazioneFarmaco (E);

Con *"Casi particolari di modalità organizzative"* si intende che si verifichi almeno uno di questi casi:

- o caso di erogazione diretta effettuata da una struttura privata "per conto" dell'Azienda USL;
- o caso di erogazione diretta effettuata dall'Azienda Ospedaliera "per conto" dell'Azienda USL ubicata nel medesimo ambito territoriale;
- o caso in cui i campi codAzienda/codiceStrutturaFarmacia/SubCodice sono compilati con 103/080021/99 o 105/080053/99 o 105/080053/98.
- Se SubCodice non valorizzato e modalitaOrganizzativa = 02 o 03 (erogazione diretta effettuata da Struttura Privata "per conto" dell'Azienda USL) la struttura deve essere privata (E)
- Se la struttura è privata la modalitaOrganizzativa deve essere (E)
- Se modalitaOrganizzativa=01 (erogazione diretta effettuata dall'Azienda Ospedaliera "per conto" dell'Azienda USL ubicata nel medesimo ambito territoriale) la struttura erogante non appartiene all'Azienda USL che sta inviando i dati (come nel caso 103/080903) però deve appartenere all'Azienda Ospedaliera che si trova nello stesso ambito territoriale dell'Azienda USL (E)

Se **tipoErogatore= 02 (struttura ambulatoriale interna all'ospedale):**

- la Struttura Ambulatoriale individuata dal codStrutturaFarmacia deve esistere nell'Anagrafe Strutture Regionale appartenere a un presidio ospedaliero e si deve trattare di un ambulatorio interno all'ospedale ovvero presenta il Codice Struttura di Ricovero della struttura valorizzato(E).

Vengono accettate le strutture STS11 con Tipo Codice = 001;

Tipologia ministeriale: 01 – Ambulatorio e laboratorio; 02 – Altro tipo di struttura.

Tipologia di assistenza:

- o S01 – Attività clinica
 - o S02 – Diagnostica strumentale e per immagini
 - o S03 – Attività di laboratorio
 - o S04 – Attività di consultorio familiare
 - o S15 – AIFA
- deve essere valida alla data di erogazione (E);
 - deve essere interna all'ospedale (E);

Se **tipoErogatore= 03 (struttura ambulatoriale territoriale):**

- la Struttura Ambulatoriale Territoriale individuata dal codice di struttura deve esistere nell'Anagrafe Strutture Regionale (E).

Vengono accettate le strutture STS11 con Tipo Codice = 001

Tipologia ministeriale: 01 – Ambulatorio e laboratorio; 02 – Altro tipo di struttura.

Tipologia di assistenza:

- o S01 – Attività clinica
- o S02 – Diagnostica strumentale e per immagini
- o S03 – Attività di laboratorio

- S04 – Attività di consultorio familiare
- S15 - AIFA
- essere valida alla data di erogazione (E);
- se la struttura è corretta, non deve essere all'interno di un carcere perché in tal caso il record deve essere inviato con tipoErogatore = 08 (carcere).

Se tipoErogatore= 04 (altra struttura territoriale (es. CSM, SERDP, consultorio):

- la Struttura Territoriale individuata dal codice di struttura deve esistere nell'Anagrafe Strutture Regionale(E) Nel caso di contatto di IVG (vedi note) deve essere anche abilitata ad effettuare IVG (flag di abilitazione IVG in anagrafe)(E);
- Vengono accettate le strutture STS11 con Tipo Codice = '001';

Tipologia ministeriale accettate in caso di **CSM**: 02 – Altro tipo di struttura; 03 – Struttura residenziale; 04 – Struttura semiresidenziale

Tipologie di assistenza accettate in caso di **CSM**: S05 – Assistenza Psichiatrica; S16 - NPIA

Tipologia ministeriale accettate in caso di **ALTRE STRUTTURE STS11**: 02 – Altro tipo di struttura

Tipologia di assistenza accettate in caso di **ALTRE STRUTTURE STS11**: S06 – Assistenza ai tossicodipendenti S07 – Assistenza AIDS S08 – Assistenza idrotermale

Tipologia ministeriale accettate in caso di **SERDP**: 02 – Altro tipo di struttura

Tipologia di assistenza accettate in caso di **SERDP**: S06 – Assistenza ai tossicodipendenti

Tipologia ministeriale accettate in caso di **CONSULTORIO ABILITATO IVG**: 01 – Ambulatorio e laboratorio 02 – Altro tipo di struttura

Tipologia di assistenza accettate in caso di **CONSULTORIO ABILITATO IVG** : S04 – Attività di consultorio familiare

- deve essere valida alla data di erogazione(E).

Se tipoErogatore= 05 Farmacia convenzionata):

- la Farmacia individuata dal codice di struttura deve esistere in associazione al codice di azienda USL dello stesso ambito territoriale (E);
- deve essere valida alla data di erogazione (E)

Se tipoErogatore= 06 (ADI: assistenza domiciliare:

- il codice struttura deve essere valorizzato con un codice di distretto, di 3 caratteri, esistente e valido alla data di erogazione (E).

Se tipoErogatore= 07 (struttura di tipo residenziale o semiresidenziale):

- il codice struttura deve esistere come modello STS11 di struttura di tipo residenziale o semiresidenziale; vengono accettate anche strutture non accreditate / non convenzionate (es. strutture SIPS non convenzionate) (E);
- deve essere valida alla data di erogazione (E).

Se tipoErogatore= 08 (istituto penitenziario):

- Deve essere esistente e valido alla data di erogazione (si utilizzano i primi 6 caratteri, escludendo il carattere di "C" finale) (E).

6.2 Controlli sul campo Codice fiscale del paziente

Nel campo A012 – Codice fiscale del paziente sono ammesse le seguenti tipologie di codifica:

- Codici fiscali ufficiali attribuito dal Ministero Economia e Finanze;
- Codici fiscali provvisori numerici attribuiti dal Ministero Economia e Finanze;
- STP (Straniero Temporaneamente Presente);
- ENI (Europei non iscritti);

- PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari);
- AS (richieste di Asilo per popoli del nord Africa).

Il codice fiscale non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici.

Prima di acquisire la FED in banca dati regionale, il codice fiscale del paziente e l'identificativo provvisorio numerico vengono controllati nel sistema Tessera Sanitaria e, se non presente, il contatto verrà scartato.

È stato messo a disposizione un applicativo Codici Identificativi - CI al seguente indirizzo <https://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/applicazioni/codici-identificativi>. E' un flusso per la verifica notturna sul Sistema TS di Sogei dei codici fiscali scartati dai flussi sanitari e socio-sanitari.

Il campo del Codice Fiscale del Paziente deve essere compilato come segue:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il **Codice Fiscale ufficiale** attribuito dal Ministero Economia e Finanze (D.lgs. 326/2003 art.50), cioè quello riportato nella tessera sanitaria.
In questo caso vengono eseguiti i seguenti controlli¹:
 - ✓ verifica la validità nell'anagrafe di SOGEI.
L'esito della validazione può produrre i seguenti errori:
 - Il Codice Fiscale non è corretto sintatticamente (E);
 - Il Codice Fiscale non esiste nella Banca Dati di SOGEI (E);
 - Il Codice Fiscale è OBSOLETO (W);
 - Il Codice Fiscale non è valido perché è "base di omocodice" oppure è "in attesa di risoluzione omocodia" (E);
 - Il Codice Fiscale non è valido per SOGEI (errore generico) (E);
 - Validare preliminarmente il codice tramite il Flusso CI (E)
 - Attendere il risultato dell'elaborazione notturna (E)
 - ✓ le informazioni ricavate dal codice fiscale devono essere coerenti con quanto riportato nei campi: Data di Nascita, Comune Nascita, Sesso (W);
- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il Codice Fiscale numerico provvisorio attribuito dal Ministero Economia e Finanze.
In questo caso vengono eseguiti i seguenti controlli:
 - ✓ Il Codice Fiscale di tipo numerico non esiste nella Banca Dati di SOGEI (E);
 - ✓ verifica formale del codice numerico a 11 cifre (verifica del formato e del check-digit) (E).
- per gli stranieri temporaneamente presenti con il codice **STP (Straniero Temporaneamente Presente)** a 16 caratteri, ai sensi del D.P.R. 31/8/1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24/4/2000, n. 5;
- per i cittadini neocomunitari residenti in Bulgaria e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di provenienza con il codice **ENI (Europei non iscritti)**. Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- per gli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale (D.G.R. 11 704/2011 n. 487) e in particolare per i rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa con il codice **PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari)**. Anche questo codice è composto da 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2011/96394 del 15.04.2011;
- per gli immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per asilo con il codice regionale **AS (richieste di Asilo per popoli del nord Africa)** a 16 caratteri costruito come previsto nella nota regionale P.G./2011/215405 dell'08/09/2011.

Nei casi protetti dalla normativa vigente sull'anonimato (vedi nome e cognome: 'ANONIMO', 'ANONIMO'), non va compilato il campo Codice Fiscale (v. paragrafo successivo).

¹ Questi controlli possono essere attivati o disattivati a richiesta del referente di flusso.

6.3 Anonimato

Il codice fiscale non deve essere impostato nei seguenti casi che, per la tutela della riservatezza, devono essere trasmessi **anonimi**:

- **farmaci relativi a terapia antivirale**, ad uso sistemico, di impiego nel trattamento delle infezioni da **HIV** e di quelle ad essa correlata - ATC J05.
Tuttavia, tale classe di ATC comprende anche farmaci con indicazioni diverse da HIV.
Pertanto, tra gli ATC J05, sono **esclusi dall'anonymato i farmaci con indicazioni diverse da HIV**.
L'elenco viene aggiornato periodicamente sulla base della creazione di nuovi ATC e delle relative indicazioni ed è disponibile in webservice.
- **farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze** (ATC N07BC01, N07BC02, N07BB, inclusi per quest'ultimo tutti gli ATC di 5° livello);
- **tutti i record con codice struttura SERDP** (condizione: se tipoErogatore= 04, "CodiceAzienda" e "CodiceStruttura" individuano una Struttura Territoriale di tipo SERT);
- **erogazione di cannabis sativa** (condizione: Se flagTipoModulo= 9 - scheda per preparazioni magistrali a base di cannabis sativa);
- **IVG farmacologica** (condizione: nel contatto è presente almeno un record del file B con PrestazioneAmbulatoriale = 89.26.4 e almeno CodiceFarmaco con codice ATC G03XB01 o G02AD06/A02BB01).

In tali casi i campi nome e cognome devono obbligatoriamente essere impostati con la dicitura ANONIMO o ANONIMO STP, scritte in maiuscolo.

6.4 Indicazioni per particolari modalità organizzative

Nel corso del tempo si sono sviluppate varie forme di collaborazione tra aziende sanitarie e/o strutture private, che hanno dato luogo a particolari modalità organizzative anche riguardo alla distribuzione dei farmaci, delle quali si è data evidenza nel flusso FED per facilitare la rilevazione e l'invio dei dati.

Il campo dedicato è A010 –Modalità organizzativa, File A.

Vengono fornite indicazioni per le seguenti tipologie:

01 = distribuzione effettuata dalla Azienda Ospedaliera "per conto" della Azienda USL ubicata nel medesimo ambito territoriale oppure dalla farmacia ospedaliera della Ausl all'interno dell'AOSP con la quale vigono accordi;

02 = distribuzione effettuata da Struttura privata "per conto" della Azienda USL.

03= farmaci utilizzati presso una struttura privata per consumo interno (emergenza COVID).

In generale per punti di erogazione del farmaco al paziente non riconducibili né a un codice HSP, né a un codice STS si suggerisce di ricondurre il punto di erogazione alla farmacia ospedaliera che ha fornito il farmaco e di indicare nel campo CODICE STRUTTURA/FARMACIA il codice HSP del presidio ospedaliero nel quale è ubicata la farmacia.

1. Erogazione diretta effettuata dall'Azienda Ospedaliera "per conto" dell'Azienda USL ubicata nel medesimo ambito territoriale, con la quale vigono accordi ad hoc.

I dati vengono trasmessi dall'Azienda USL compilando il tracciato nel modo seguente:

Progressivo campo	Nome campo	Note per la compilazione	Esempio
A001	Tipo erogatore	Indicare struttura ospedaliera.	01
A002	Azienda	Inserire il codice Azienda USL	103
A003	Struttura/farmacia	Codice struttura riferito all'AOSP.	080903
A004	Subcodice	Il campo non va compilato.	

A010	Modalità organizzativa	01=Distribuzione effettuata dall'Azienda Ospedaliera "per conto" dell'Azienda Usl.	01
------	------------------------	--	----

Altri controlli:

- Se ModalitàOrganizzativa=01, la struttura erogante non appartiene all'Azienda USL che sta inviando i dati (come nel caso 103/080903) però deve essere l'Azienda Ospedaliera che si trova nello stesso ambito territoriale dell'Azienda USL (E).

2. Erogazione diretta effettuata da struttura privata "per conto" dell'Azienda Usl, con la quale vigono accordi ad hoc.

I dati debbono essere trasmessi dall'Azienda USL nel modo seguente:

Progressivo campo	Nome campo	Note per la compilazione	Esempio
A001	Tipo erogatore	Indicare struttura ospedaliera.	01
A002	Azienda	Inserire il codice Azienda USL che trasmette il dato.	103
A003	Struttura/farmacia	Codice HSP della struttura privata che ha erogato il farmaco	080211
A004	Subcodice	Il campo non va compilato.	
A010	Modalità organizzativa	02=Distribuzione effettuata da struttura privata "per conto" dell'Azienda USL	02

Altri controlli:

- Se SubCodice non valorizzato e ModalitàOrganizzativa = 02 o 03 (erogazione diretta effettuata da Struttura Privata "per conto" dell'Azienda USL) la struttura deve essere privata (E).
- Se la struttura è privata la ModalitàOrganizzativa deve essere 02 o 03 (W).

3. Farmaci extra-tariffa erogati a pazienti COVID – 19 ricoverati presso strutture private

Nel periodo di emergenza COVID si è venuta a creare la situazione per la quale l'azienda USL ha fornito farmaci extra-tariffa a pazienti COVID. Per tracciare queste situazioni si sono fornite le seguenti indicazioni che si riportano per completezza in questo documento e che possono essere utili per situazioni organizzative analoghe che potrebbero eventualmente insorgere.

Progressivo campo	Nome campo	Note per la compilazione	Esempio
A001	Tipo erogatore	Indicare struttura ospedaliera.	01
A002	Azienda	Inserire il codice Azienda USL che trasmette il dato.	103

A003	Struttura/farmacia	Codice HSP della struttura privata che ha somministrato il farmaco.	080211
A004	Subcodice	Il campo non va compilato.	
A010	Modalità organizzativa	03= farmaci utilizzati presso una struttura privata per consumo interno (emergenza COVID).	03

Altri controlli:

- Se SubCodice non valorizzato e ModalitàOrganizzativa = 02 o 03 (erogazione diretta effettuata da Struttura Privata “per conto” dell’Azienda USL) la struttura deve essere privata (E).
- Se la struttura è privata la ModalitàOrganizzativa deve essere 02 o 03 (E).

6.5 Reparti esterni

È sempre più frequente il caso in cui uno o più reparti di una azienda sanitaria siano “ospitati” in una struttura appartenente a un’altra azienda sanitaria a seguito di convenzione o emergenza (cd «reparti esterni»).

La gestione dei farmaci è spesso a carico dell’azienda ospitante”. Anche per il flusso Fed è consentito il meccanismo di gestione dei “reparti esterni” grazie al quale è ammesso che i dati relativi all’erogazione di farmaci siano trasmessi dall’azienda ospitante”.

Tale possibilità è consentita se in anagrafe strutture è stata acquisita l’informazione, è presente l’identificativo della struttura dove è situato il reparto “esterno” e l’azienda ospitante è autorizzata all’invio dei dati per tale “reparto esterno”.

L’azienda ospitante” che trasmette il dato deve indicare nei campi relativi alla struttura erogante (tipo erogatore, codice azienda, subcodice) i codici che identificano l’azienda, il presidio, l’eventuale sub codice e l’unità operativa/disciplina dell’azienda cui appartiene il reparto.

I campi B016 - CODICE DISCIPLINA e B017- PROGRESSIVO DIVISIONE devono essere compilati con il reparto esterno in quanto senza l’indicazione del reparto esterno questi record non vengono accettati.

Vengono eseguiti i seguenti controlli che tengono conto della configurazione del reparto nell’anagrafe strutture regionale:

- se l’azienda che simula è diversa dal codice azienda presente all’interno del record, si verifica se siamo nel caso di reparto ubicato presso struttura esterna di altra azienda; in tal caso è ammesso che i dati siano inviati dall’azienda presso la quale si trova il reparto (E);
- se il reparto non risulta essere esterno e può essere inviato solo dall’azienda di appartenenza (E).
- in anagrafe delle strutture regionale:
 - o per il reparto deve essere presente l’indicazione che è ubicato presso un presidio/struttura di un’altra azienda (E);
 - o nel caso di reparto esterno, l’azienda ospitante deve essere abilitata all’invio (E);
 - o il reparto esterno deve essere ubicato presso l’azienda che sta inviando i dati, che a loro volta non possono essere inviati in altre simulazioni (E).

6.6 Controlli sul codice del Farmaco erogato

Il codice del farmaco erogato viene controllato in base al valore presente nel campo B019 - “tipoMedicinale”. Vengono eseguiti i seguenti controlli:

Se flag **tipoMedicinale = 1** (confezione con MINSAN)

Il campo deve essere compilato con un codice MINSAN di farmaco registrato in Italia. Non può essere un codice di farmaco estero.

La 1^a cifra deve essere '0' (E).

Deve essere un codice farmaco esistente in FARMARER (E).

Se posizioneContabile = 1 o 2 deve essere valido alla dataErogazioneFarmaco (E)

Se posizioneContabile = 3 o 4 se non valido alla dataErogazioneFarmaco viene fatta una segnalazione e il record viene comunque accettato (W)

Se flag **tipoMedicinale = 2** (formule magistrali, officinali, galenici) o **4** (formule magistrali oncologiche) o **6** (altri gas medicali)

Il campo deve essere compilato con un codice ATC - Anatomical Therapeutic Chemical.

Il campo non può contenere 2 o 6 o più di 7 cifre (E)

Il codice ATC è composto da:

1° livello 1 cifra

2° livello 2 cifre (+ 1° livello)

3° livello 1 cifra (+ 2° livello)

4° livello 1 cifra (+ 3° livello)

5° livello 2 cifre (+ 4° livello)

Deve essere un codice ATC esistente (E).

Nel caso sia presente ma non più valido viene comunque accettato (W). Se tipoMedicinale = 6 il codice ATC deve corrispondere ad un gas medicale (E)

Se flag **tipoMedicinale = 3** (farmaco estero) il campo deve essere compilato con un codice di farmaco estero.

La 1^a cifra deve essere 'E' (E)

Deve essere un codice farmaco esistente in FARMARER (E).

Se posizioneContabile = 1 o 2 deve essere valido alla dataErogazioneFarmaco (E)

Se posizioneContabile = 3 o 4 se non valido alla dataErogazioneFarmaco viene fatta una segnalazione e il record viene comunque accettato (W)

Se **tipoMedicinale = 6** (altri gas medicali) vengono accettati gli ATC associati ad un gas medicale.

Vengono inoltre effettuati **controlli in base alla modalità di erogazione**, descritti qui di seguito.

Se **tipoMedicinale = 8** (emocomponenti D.M. 5 novembre 1996)

- è ammesso solo se modalitaErogazione = 08² (trasfusione sangue o emocomponenti) o 09³ (Farmaci somministrati in DSA oncologico) (E)
- il campo deve contenere un codice emocomponente (E).

Ulteriori controlli in base alla modalità di erogazione

Se ModalitàErogazione = 01, 02, 03, 04, 05, 06

il campo codice farmaco non deve ricadere in uno dei casi seguenti (E):

- un farmaco ad alto costo (E),
- un emocomponente (E)

Se modalitaErogazione = 07 (Farmaci extra-tariffa o somministrati in regime di ricovero ad emofilici (fattori della coagulazione), il campo codice farmaco deve contenere deve ricadere in uno dei casi seguenti (E):

- Un farmaco extra-tariffa
- un farmaco per emofilici

Se modalitaErogazione = 08 (Farmaci somministrati in terapie ambulatoriale con costo della prestazione non inclusivo del farmaco), il campo codice farmaco non deve contenere un farmaco di tipo "alto costo" – sono

²Modalità di erogazione 08= Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco e somministrazione di emocomponenti derivati della lavorazione del sangue DM 5/11/96 (esclusi quelli somministrati in terapie antitumorali e ancillari in DSA).

³ 09 = Farmaci somministrati in Day Service Ambulatoriale oncologico (compresi ancillari >15 euro /u.p.).

accettati tutti gli altri tipi (E). Sono tuttavia accettati alcuni farmaci ad alto costo che per la loro peculiarità possono essere utilizzati al di fuori di un DSA oncologico (esempio: rituximab di ambito reumatologico).

Se modalitaErogazione = 08 e prestazioneAmbulatoriale = 14.75:

- se tipoMedicinale = 1 o 3 il Codice ATC del codiceFarmaco indicato deve essere uno di quelli ammessi per la prestazioneAmbulatoriale 14.75 (E);
- se tipoMedicinale = 2 il Codice ATC indicato nel codiceFarmaco deve essere uno di quelli ammessi per la prestazioneAmbulatoriale 14.75 (E).

Se modalitaErogazione = 10 (Farmaci distribuiti direttamente in DSA oncologico), il campo codiceFarmaco non deve contenere (E):

- un farmaco di tipo "alto costo";
- emocomponenti.

Se modalitaErogazione = 11 (Farmaci somministrati in DH oncologico), il campo codiceFarmaco non deve contenere un emocomponente (E).

Se modalitaErogazione = 12 (Farmaci somministrati in ricovero ordinario oncologico), il campo codiceFarmaco deve contenere un farmaco di tipo (E):

- "alto costo"
- abilitato alla modalità di erogazione 12 (innovativi orali per garantirne la tracciabilità anche qualora erogati in regime di ricovero ordinario).

Se TipoMedicinale = 2 o 4 (Formule magistrali) e codiceFarmaco è compilato con un ATC di farmaco ad alto costo, la modalitaErogazione può essere soltanto 09, 11 e 12 (E).

6.7 Targatura

Con la diffusione della ricetta de-materializzata è diventato indispensabile acquisire la targatura delle confezioni di medicinali, vale a dire la numerazione progressiva del bollino della singola confezione, per impedire che uno stesso bollino sia utilizzato più volte in modo fraudolento in modalità de-materializzata. A livello nazionale i controlli sulle informazioni presenti nel campo targatura sono stati potenziati a partire dalla distribuzione per conto e poi estesi a tutta la distribuzione diretta.

Dal 2014 è obbligatoria nel flusso FED la valorizzazione del campo targatura per le ricette spedite in distribuzione per conto e anche per le altre forme di distribuzione diretta, prevedendo la compilazione con il valore zero, quando la targatura non è rilevabile.

Per ogni confezione di medicinale distribuito compilare con il codice a 9 cifre identificativo della confezione/bollino e il checkdigit

Quando nel medesimo contatto sono erogate due o più confezioni con lo stesso MINSAN, avremo n righe di file B, ciascuna per ogni confezione e l'indicazione del codice targatura.

Quando la targatura non è rilevabile, il campo deve essere compilato con 10 zeri; se all'interno dello stesso contatto sono erogate due o più confezioni con uno stesso MINSAN e targatura non rilevabile, lo stesso MINSAN non può essere ripetuto, ma occorre indicare il numero corretto di confezioni distribuite.

La targatura associata al MINSAN è un ulteriore elemento per verificare l'univocità della chiave del record di file B all'interno del contatto.

Controlli:

Se non è nota può essere compilata con tutti zeri (dieci, a zero anche il checkdigit).

Deve essere completamente riempito (E)

I primi 9 caratteri devono contenere solo cifre numeriche (E)

Il 10° carattere (checkdigit) può contenere solo valori tra:

- un carattere numerico valido rispetto all'algoritmo sotto riportato;
- la lettera "A" se la lettura automatica del carattere di controllo non è andata buon fine;
- la lettera "X" se non è ancora stata iniziata la gestione del check digit (periodo transitorio) (E)

Se le prime 9 cifre sono tutte a "0" allora il checkdigit deve essere "0" (non può essere "A" o "X" (E)

In un contatto possono essere presenti più targature, una diversa per ogni progressivo presente nel contatto. All'intero del singolo contatto le combinazioni di targature ammesse sono solo le seguenti:

- solo targature con checkdigit = X oppure targature con tutti Zeri;
- solo targature con checkdigit = A oppure targature con checkdigit Numerico;

casi particolari sono:

- tutte le targature con checkdigit = X;
- tutte le targature con checkdigit = A;
- tutte le targature con tutti Zeri;
- tutte le targature con checkdigit Numerico

in caso contrario si segnala errore (l'errore verrà segnalato su ogni record del file B) (E)

La coppia Targatura e codFarmaco deve essere unica all'interno del contatto, nella stessa ricetta devo avere solo coppie distinte tra loro. Il controllo viene eseguito anche se la targatura vale tutti zeri. (E)

Se flagTipoMedicinale = 2 (Formule magistrali e officinali) o 3 (Farmaci esteri) o 4 (Formule magistrali oncologiche) la targatura deve valere 0000000000 (E)

Se targatura compilata e \neq 0000000000 e tipoErogatore = 05 (Farmacia convenzionata) e modalitaErogazione = 06 (erogazione per conto) la quantitaErogataPerConto deve valere 1 (E)

6.8 Codifica dei farmaci esteri

I codici esteri accettati nel flusso sono i codici "E" validi anche a livello nazionale per i flussi NSIS della Distribuzione diretta e per conto e dei Consumi ospedalieri di medicinali. La procedura di codifica è gestita dalla Regione Emilia-Romagna e dal Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC) dell'Università di Bologna tramite l'applicativo regionale FARMARER.

Per i farmaci acquistati all'estero, sprovvisti di codice estero "E", la richiesta di codifica deve essere effettuata tramite l'applicativo FARMARER da utenti autorizzati dotati di credenziali di autenticazione.

6.9 Farmaci fuori commercio

Il controllo sulla validità del codice del farmaco rispetto al periodo di erogazione (mese e anno) è scartante. Sia per i farmaci con Minsan sia per i farmaci "esteri".

I resi sui farmaci fuori commercio vengono sempre accettati.

È necessario mantenere aggiornate le anagrafiche dei farmaci quando i prodotti risultano fuori commercio e/o sostituiti da altri.

Il controllo regionale tiene conto del periodo necessario allo smaltimento di eventuali scorte di magazzino ed è costruito aggiungendo alla data di chiusura del codice il periodo di validità del farmaco.

In tal modo viene individuata una data dalla quale il farmaco viene considerato fuori commercio.

6.10 Farmaci revocati

Si ricorda che le disposizioni di AIFA in merito ai farmaci revocati, le cui motivazioni di revoca consentono la dispensabilità fino all'esaurimento delle scorte, prevedono che un medicinale non sia più cedibile o somministrabile o dispensabile e debba essere ritirato dall'azienda farmaceutica produttrice, dopo 180 giorni dal provvedimento di revoca.

Una somministrazione successiva a tale lasso di tempo comporta una esplicita assunzione di responsabilità da parte della farmacia e/o del medico.

6.11 Farmaci con pagamento rateizzato

Nel flusso FED sono previste specifiche regole per rilevare i **farmaci con pagamento rateizzato**, con rate anche successive all'infusione. Le indicazioni sono state inizialmente previste per i farmaci CAR T ma sono

valide per tutti i farmaci per i quali è prevista una modalità di pagamento condizionata al risultato - meccanismo del payment at result. In questi casi, nel flusso Fed **si rilevano sia la somministrazione del farmaco al paziente, sia le successive rate di pagamento.**

Pertanto, devono essere trasmessi i dati individuali sia per rilevare la somministrazione al paziente del farmaco, sia per i pagamenti rateizzati, anche senza somministrazione del farmaco.

Nel caso di pagamenti a tranche, si dovranno inviare più record riferiti alla stessa somministrazione, come nell'esempio seguente:

	PAGAMENTO	quantità	Data di prescrizione	Data di erogazione
INFUSIONE	1^ tranche	1	Indicare la data di infusione	Indicare la data della fattura
6 MESI DOPO	2^ tranche	0	Indicare la data di infusione	Indicare la data della nuova fattura
12 MESI DOPO	3^ tranche	0	Indicare la data di infusione	Indicare la data della nuova fattura

Il codice contatto deve essere diverso per ogni record riferito alla stessa somministrazione.

File A:

- **Data di prescrizione** (A023, pos. 177-184): indicare la data di infusione (informazione obbligatoria per farmaci con pagamenti rateizzati; l'anno di infusione può essere precedente all'anno della fattura).
- **Importo totale, parte intera e parte decimale** (rispettivamente A006, pos. 34-41 e A007, e 42-43): indicare l'importo corrispondente alla rata di pagamento oppure non compilare quando, a fronte dell'infusione del farmaco, il pagamento avviene in un momento successivo.

File B:

- **Data di erogazione del farmaco** (B007, pos. 36-43): indicare la data della fattura (l'anno della fattura deve essere uguale all'anno di competenza del flusso).
- **Quantità erogata**, parte intera e parte decimale (rispettivamente B009, pos.- pos. 53-58 e B010, pos. 59-60): indicare la quantità effettivamente somministrata; pertanto, quando il farmaco viene somministrato il campo quantità conterrà l'unità posologica somministrata; quando invece il record viene prodotto in riferimento alle rate di pagamento per il trattamento di quel determinato paziente, i campi quantità devono assumere il valore 0, quindi occorre compilare 6 zeri nella parte intera, 2 zeri nella parte decimale.
- **Modalità di erogazione** (B014, pos. 77-78): indicare il valore 13 = Farmaci con pagamenti rateizzati (nuovo valore della modalità di erogazione per gestire i farmaci con pagamenti rateizzati).
- **Importo unitario**, parte intera, parte decimale (rispettivamente B012, pos. 64-71 e B013, pos.72-76): indicare l'importo corrispondente alla rata di pagamento oppure non compilare quando, a fronte dell'infusione del farmaco, il pagamento avviene in un momento successivo.

Si precisa che:

- al momento per questi farmaci la rilevazione nel flusso FED è prevista solo al fine della compensazione della mobilità sanitaria, pertanto, non devono essere rilevate le dispensazioni di farmaci innovativi che rientrano nel fondo specifico ();
- ai fini della compensazione in mobilità sanitaria, i dati dei farmaci anche CAR T per i quali non è previsto il pagamento rateizzato possono essere trasmessi in modalità di erogazione 07.

6.12 Distribuzioni di farmaci in ambito di DSA e DH oncologico.

Relativamente alle terapie antitumorali, nel flusso FED devono essere rilevati⁴:

- **tutti i farmaci** erogati durante il trattamento antitumorale in **Day Service Ambulatoriale – DSA**: oncologici, oncologici ad alto costo, farmaci ancillari il cui costo è superiore ai 15 euro per unità posologica (>15 euro /u.p.);
- **tutti i farmaci erogati in distribuzione diretta**, nell'ambito dei trattamenti antitumorali, oncologici e ancillari, indipendentemente dal costo;
- **tutti i farmaci erogati durante il ricovero in DH oncologico**: oncologici, oncologici ad alto costo, ancillari il cui costo è superiore ai 15 euro per unità posologica (>15 euro /u.p.); la rendicontazione sarà graduale nel 2016, a regime dal 2017;
- **i farmaci oncologici ad elevato costo** erogati in regime di **ricovero ordinario**.

Per tali finalità, è previsto quanto segue:

- rilevazione del codice del “modulo day service” relativo al ciclo chemioterapico in DSA;
- specifiche modalità di erogazione per farmaci somministrati in DSA oncologico, per i farmaci oncologici in distribuzione diretta nell'ambito del DSA e per farmaci somministrati in regime di ricovero durante il DH oncologico;
- obbligatorietà del codice di prestazione ambulatoriale per tutti i farmaci erogati durante la terapia in DSA;
- obbligatorietà del numero della SDO per il DH oncologico.

1. Farmaci erogati in Day Service Ambulatoriale oncologico e in distribuzione diretta

File A

Tipo erogatore (AA01, pos. 1-2): 02 = struttura ambulatoriale interna all'ospedale.

Numero ricetta (A020, pos.145, - 159): Per i farmaci erogati nell'ambito del DSA oncologico, compresi i farmaci ancillari, indicare obbligatoriamente il codice del “modulo day service” riferito al ciclo chemioterapico. Per tali erogazioni il controllo è scartante.

Tale codice rappresenta l'elemento di collegamento tra i flussi ASA, FED e il data base oncologico e corrisponde a quanto rilevato nel flusso ASA nel campo codice a barre della ricetta per la tipologia 3= day service.

Il codice è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da:

Codice Regione (numerico di 3)

Anno (numerico di 2)

Azienda (numerico di 3)

Carattere identificativo (D)

Numero modulistica (numerico di 6: numerazione progressiva ed univoca all'interno dell'anno e dell'azienda)

Tipo modulo (A024, pos.185): 5 = modulo day service

File B

Modalità di erogazione (B014, pos.77-78):

Per tutti i farmaci erogati durante terapia oncologica in DSA, compresi i farmaci ancillari (>15 euro /u.p.), nel campo modalità di erogazione inserire il valore 09 = farmaci somministrati in Day Service Ambulatoriale Oncologico.

Per i farmaci in distribuzione diretta, relativamente a terapia oncologica in DSA, compresi tutti i farmaci ancillari, nel campo modalità di erogazione inserire il valore 10 = farmaci distribuiti direttamente nell'ambito del Day Service Ambulatoriale oncologico (oncologici e ancillari). Precisiamo che per la completezza della rilevazione, in questa modalità di erogazione rientrano tutti i farmaci ancillari distribuiti direttamente al paziente seguito in DSA oncologico, indipendentemente dal loro costo.

Prestazione ambulatoriale (B015, POS 79-85)

⁴ Le specifiche qui richiamate sono state introdotte dalla Circolare regionale n. 3 del 20/04/2016.

Per tutti i farmaci erogati nell'ambito della terapia oncologica in DSA, compresi i farmaci ancillari (>15 euro /u.p.), inserire obbligatoriamente il codice della prestazione ambulatoriale 992501, 8901F0 o 89.01.F (E).

2. Farmaci erogati in DH oncologico

Nei casi di ricovero in DH oncologico, nel flusso FED dovranno essere rilevati tutti i farmaci antineoplastici somministrati, indipendentemente dal costo, e ancillari il cui costo è superiore ai 15 euro per unità posologica (>15 euro /u.p.), erogati durante tale terapia.

Per tali farmaci dovrà essere utilizzata la modalità di erogazione 11= Farmaci somministrati in regime di ricovero durante il DH oncologico (compresi ancillari >15 euro /u.p.).

Non deve essere compilato il campo numero ricetta della tabella A, mentre diventa obbligatorio scartante la compilazione del campo scheda di dimissione ospedaliera della tabella B.

File A

Tipo erogatore (AA01, pos. 1-2): 01 = struttura ospedaliera; il campo relativo alla struttura ospedaliera deve essere compilato come da circolare n. 22/2014.

File B

Modalità di erogazione (B014, pos.77-78): Per i farmaci erogati durante la terapia oncologica in regime di ricovero, nel campo modalità di erogazione inserire il valore 11 = Farmaci somministrati in regime di ricovero durante il DH oncologico.

Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) (B018, pos.-98)

Per tutti i farmaci erogati durante il ricovero in DH oncologico, compresi i farmaci ancillari, indicare obbligatoriamente il numero della SDO (E).

Qualora sia necessario il passaggio da DSA a ricovero, la delibera n. 463/2016 prevede che il ciclo di cura ambulatoriale debba essere chiuso alla data dell'ultimo accesso. Pertanto, nell'ambito dello stesso contatto possono essere presenti contemporaneamente record con modalità di erogazione 9 e 10, ma non possono coesistere record con modalità di erogazione 9, 10 con record con modalità 11 e 12.

Le eventuali erogazioni dirette di farmaci oncologici a seguito di visita ambulatoriale o in dimissione, o comunque al di fuori del ciclo di DSA o del ricovero, dovranno essere rilevate con le modalità di erogazione già previste (dalla 1 alla 6).

Indicazioni per specifiche situazioni:

La distribuzione diretta di farmaci a pazienti in DSA oncologico, può avvenire non solo da parte della struttura ambulatoriale interna all'ospedale che ha in carico il paziente, ma anche da una farmacia ospedaliera o da un punto di erogazione territoriale.

In tali casi, il campo tipo erogatore può assumere anche i seguenti valori:

- 01 per identificare la farmacia ospedaliera;
- 03 quando la distribuzione diretta avviene presso un punto di erogazione territoriale.

1° Caso – paziente in carico a DSA di azienda sanitaria, con distribuzione diretta presso farmacia ospedaliera di altra azienda

Tipo erogatore (AA01, pos. 1-2): = 01

Codice struttura (A003, pos. 6-11) = codice della struttura cui afferisce la farmacia ospedaliera che eroga il farmaco

Numero ricetta (A020, pos.145, - 159): = codice DSA attribuito dall'azienda sanitaria che ha effettuato il DSA

Modalità di erogazione (B014, pos.77-78): = 10

Prestazione ambulatoriale (B015, POS 79-85): = **ASSENTE /compilato**

Questo caso comprende anche la "modalità organizzativa" = 01 (file A, A010, pos. 52-53), come nell'esempio riportato di seguito:

paziente con DSA aperto presso la Aosp 080903, che riceve il farmaco in distribuzione diretta da una farmacia ospedaliera dell'AUSL 080103.

2° Caso – paziente in carico a DSA, con distribuzione diretta presso farmacia ospedaliera afferente a **un poliambulatorio (senza visita)**.

Tipo erogatore (AA01, pos. 1-2): = 03

Codice struttura (A003, pos. 6-11) = codice della struttura cui afferisce la farmacia ospedaliera che eroga il farmaco

Numero ricetta (A020, pos. 145, - 159): = codice DSA attribuito dall'azienda sanitaria che ha effettuato il DSA

Modalità di erogazione (B014, pos. 77-78): = 10

Prestazione ambulatoriale (B015, POS 79-85): = ASSENTE

Quando i farmaci oncologici orali sono erogati da un'azienda/struttura diversa da quella che ha attivato il DSA, oppure in date diverse da quelle nelle quali si effettua il pacchetto 8901F0, il codice della prestazione deve essere omesso (assenza di prestazione ambulatoriale). In questi casi nel campo "prestazione ambulatoriale" (B015, POS 79-85) inserire la dicitura ASSENTE.

6.13 Farmaci innovativi e flag innovatività limitata

Per i farmaci innovativi e innovativi oncologici di cui alla legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di bilancio 2017), è istituito un fondo, al quale l'accesso avviene sulla base di elenchi aggiornati periodicamente da AIFA e resi disponibili sul proprio sito istituzionale. La legge di Bilancio 2025 ha rimodulato tale fondo, prevedendone l'accesso per i farmaci con innovatività piena, per quelli con innovatività condizionata e per gli antibiotici reserve, secondo limiti di risorse differenziati.

Per alcuni di questi farmaci il riconoscimento dell'innovatività è limitato ad alcune specifiche indicazioni e solo per tali indicazioni è garantito l'accesso al fondo (cosiddetti "farmaci a innovatività limitata").

Le erogazioni di tali farmaci devono essere rilevate puntualmente e trasmesse alla Regione tramite il flusso FED.

Il riferimento per tali farmaci è la lista pubblicata nelle pagine delle tabelle di riferimento del Flusso FED, oggetto di manutenzione in coerenza con i documenti AIFA (<https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/assistenza-farmaceutica/fed/tabelle-di-riferimento> - "Lista farmaci innovativi con finanziamento").

Al fine di gestire correttamente il finanziamento, per i "farmaci a innovatività limitata", è fondamentale per la Regione acquisire l'informazione relativa all'utilizzo secondo l'indicazione innovativa. Pertanto, per distinguere l'utilizzo innovativo da quello non innovativo, dal 2019 è stato introdotto nel tracciato record del flusso FED, un apposito campo secondo le specifiche seguenti:

Progressivo campo: B025;

Denominazione campo: flag innovatività limitata;

Posizione: file B, pos. 142;

Lunghezza: 1 carattere;

Valori: 1/non compilato;

1= utilizzo innovativo di farmaco con innovatività limitata;

non compilato = tutti gli altri casi.

Il valore 1 è quindi ammesso solo per gli ATC dei "farmaci a innovatività limitata" ad alcune indicazioni.

Mobilità sanitaria:

Nei file del ritorno informativo di mobilità sanitaria, gli importi dei farmaci innovativi e di quelli a innovatività limitata con flag innovatività limitata = 1 (USO INNOVATIVO): abbattimento del 100% (extra, infra).

Continuità di cura:

Sia per i farmaci innovativi che quelli a innovatività limitata, è garantito l'accesso al fondo anche dopo la scadenza dell'innovatività per i pazienti in cura prima della scadenza, per l'intero anno solare in cui è scaduta l'innovatività (cosiddetta "continuità di cura"). La continuità di cura viene gestita direttamente dal programma che genera i file di mobilità (infra e extra). Non è necessario compilare nessun flag.

Tuttavia, per i farmaci a innovatività limitata secondo diverse indicazioni, qualora l'innovatività abbia scadenze diverse a seconda dell'indicazione, si richiede la compilazione del flag di innovatività = 1, anche dopo la scadenza del riconoscimento di una indicazione, qualora permanga per un'altra indicazione.

Ricapitolando:

Regola generale:

- **il flag di innovatività limitata deve essere valorizzato a 1 in caso di utilizzo innovativo avvenuto entro l'intervallo di tempo di efficacia dell'innovatività;**
- dopo la scadenza dell'innovatività il finanziamento del fondo innovativi è riconosciuto per i pazienti arruolati entro il periodo di efficacia dell'innovatività che proseguono il trattamento anche nel periodo successivo (cosiddetta 'continuità di cura');
- la 'continuità di cura' è calcolata automaticamente per le erogazioni successive alla data di scadenza dell'innovatività per i pazienti arruolati entro il periodo di efficacia dell'innovatività fino al 31 dicembre dell'anno in cui è scaduta l'innovatività.

Eccezione:

- la continuità di cura non è calcolata automaticamente ma deve essere impostata per i farmaci per i quali nel corso dell'anno termina il requisito di innovatività per una indicazione, ma prosegue l'innovatività per un'altra indicazione innovativa;
- **per poter riconoscere la 'continuità di cura' per l'indicazione terapeutica con requisito di innovatività scaduto, nei pazienti già in terapia è necessario continuare a valorizzare a 1 il flag di innovatività limitata anche per le erogazioni successive alla scadenza dell'innovatività entro l'anno solare di riferimento.** Per i nuovi pazienti, arruolati dopo la scadenza dell'innovatività, si segue la regola generale e pertanto non deve essere compilato il flag di innovatività limitata.

I casi specifici relativi alla compilazione del flag a innovatività limitata sono riportati nella "Lista farmaci innovativi non oncologici e oncologici con finanziamento" richiamata.

Dal 1.01.2025 tali regole sono valide sia per i farmaci con innovatività piena che innovatività condizionata.

6.14 Farmaci HIV e PreP

Nel corso del 2012, la Commissione Consultiva Tecnico Scientifica per gli interventi di prevenzione e lotta contro l'AIDS ha posto tra gli obiettivi prioritari la definizione di parametri di valutazione dei consumi di farmaci antiretrovirali, in ambito regionale, in relazione alle caratteristiche dei pazienti trattati, classificate in quattro setting terapeutici.

Il flusso Fed è stato individuato come lo strumento attraverso il quale raccogliere i dati necessari a tali scopi; pertanto, dal 2013 è stata introdotta la rilevazione in forma rigorosamente anonima dei pazienti sottoposti a terapia antiretrovirale e del relativo setting terapeutico.⁵

I farmaci sottoposti a monitoraggio sono quelli riconducibili all'ATC J05 quando l'erogazione avviene nell'ambito del piano terapeutico per l'HIV, ovvero appartenenti ai gruppi ATC J05AE (escluso J05AE30), J05AF (esclusi J05AF08, J05AF10, J05AF13), J05AG, J05AJ, J05AR, J05AX (esclusi J05AX10, J05AX18, J05AX28)

A tale monitoraggio, nel 2023 si è aggiunta la rilevazione dei farmaci antiretrovirali impiegati per la profilassi pre-esposizione (PrEP) per la prevenzione dell'infezione da HIV-1⁶. Pertanto, nel flusso FED è richiesto di rilevare le erogazioni del farmaco tenofovir disoproxil fumarato/emtricitabina (ATC J05AR03) per la PrEP.

I campi interessati sono:

FLAG HIV (file B, B021, pos.110)

PROGRESSIVO ANONIMO PAZIENTE (file B, B022 pos. 111-130)

Flag HIV (file B, B021, pos.110): indicare uno dei seguenti valori:

- A – Profilassi post esposizione;
- B – 1^a linea;
- C – 2^a linea;
- D – Dopo fallimento virologico

⁵ Circolare regionale 2 del 22/02/2013.

⁶ Nota prot. N. 0766135.U del 28/07/2023.

E - profilassi pre-esposizione

I campi del file A che individuano l'assistito devono essere compilati rigorosamente secondo le indicazioni relative all'anonimato (codice fiscale, comune di nascita, nome e cognome).

In tutti gli altri casi il campo flag HIV non deve essere compilato.

Controlli:

Dato obbligatorio se l'ATC del farmaco è compreso tra quelli ammessi con piano terapeutico HIV e PreP (W).

Nei restanti casi non deve essere compilato (W)

Se compilato deve essere un codice esistente nella tabella delle codifiche alla data di riferimento (E)

Progressivo Anonimo Paziente (file B, B022 pos. 111-130): È un codice progressivo anonimo assegnato dall'azienda in modo univoco a livello aziendale a ciascun paziente con piano terapeutico per la cura dell'HIV. Può corrispondere al codice del piano terapeutico e in ogni caso deve garantire inderogabilmente l'anonimato.

Controlli:

- Dato obbligatorio se per l'ATC del farmaco è compreso tra quelli ammessi con piano terapeutico HIV e PreP (W).
- Nei restanti casi non deve essere compilato (W).
- Se valorizzato, i dati dell'assistito devono essere mandati in forma anonima, pertanto non devono essere valorizzati i campi: Codice Fiscale (E), Comune Nascita (E).
- Se valorizzato, deve essere uguale all'interno del contatto (E).
- I campi Nome e Cognome devono essere entrambi valorizzati con "ANONIMO" o "ANONIMO STP (E).

6.15 Emocomponenti

Nel flusso FED devono essere rilevati gli emocomponenti somministrati in occasione di trasfusioni effettuate in regime ambulatoriale agli **assistiti non residenti**.

Per la rilevazione di tali prodotti occorre utilizzare i codici e le tariffe disponibili nella Tabella degli emocomponenti, in coerenza con la DGR 2182 del 20/12/2021.

I codici sono disponibili nelle Tabelle di riferimento dedicate al flusso nel sito SISEPS e tramite servizio WEB (vedi [paragrafo 7](#)).

Codici e tariffe difforni danno luogo a errore scartante (E)

Utilizzare esclusivamente la modalità di erogazione 08.

Per prodotti e lavorazioni risultanti da processi che combinano più trattamenti, a fronte di una riga di File A si dovrà compilare una riga di File B per ciascun trattamento.

Indicare obbligatoriamente il codice di prestazione ambulatoriale **99.07.1 (E)**

6.16 Attività dei SERDP

Sono oggetto della rilevazione tutti i farmaci erogati dai SERDP.

Farmaci per il trattamento delle dipendenze patologiche:

Riportiamo di seguito gli ATC di questi prodotti:

Metadone - N07BC02

Buprenorfina - N07BC01

Levometacone - N07BC05

Buprenorfina+Naloxone - N07BC51

Naltrexone - N07BB04

Disulfiram - N07BB01 (Antabuse)

Sodio oxibato - N07BB49 (Alcover)

Acamprosato - N07BB03 (Campral)

Per la particolare modalità di somministrazione, l'erogazione di farmaci per il trattamento delle dipendenze viene considerata alla stregua di un “**ciclo di erogazione**” per il quale deve essere effettuata un'unica registrazione per ciascun utente all'interno del mese di competenza (un contatto nel mese di erogazione). Pertanto, i campi relativi alla quantità erogata (B009 e B010) devono essere compilati con la quantità totale somministrata nel mese per singolo Minsan.

Unità di misura delle quantità per i farmaci per il trattamento delle dipendenze patologiche:

Per i farmaci erogati in gocce l'applicativo regionale che gestisce le informazioni relative alle erogazioni consente la conversione delle gocce in unità posologiche o frazioni di esse. Pertanto, si richiede di esprimere l'unità di misura delle quantità in unità posologiche e/o frazioni di esse. Per tali farmaci l'unità posologica vale 1 e corrisponde al flacone.

Per gli altri farmaci per i quali non è possibile la conversione in unità posologiche (es. sciroppi), le quantità devono essere espresse in milligrammi erogati.

Si raccomanda di esprimere il prezzo in coerenza con l'unità di misura. Pertanto, il prezzo per i farmaci erogati in gocce deve corrispondere al prezzo per unità posologica, mentre per i farmaci la cui quantità è espressa in milligrammi, si richiede il prezzo a milligrammo.

Altri farmaci:

Per quanto riguarda gli altri farmaci, valgono le regole generali.

6.17 Indicazioni per Cannabis Sativa

L'erogazione diretta delle preparazioni mediche magistrali a base di cannabis sativa rientra nel flusso FED.

È previsto l'anonimato, pertanto sussistono le regole valide per le condizioni di anonimato:

- il campo Codice Fiscale del paziente (A012, pos. 55-70) non deve essere compilato;
- i campi Cognome e Nome dell'assistito (rispettivamente A013, pos. 71 – 100 e A014, pos. 101– 120) devono contenere la dicitura ANONIMO;
- i campi Data di nascita (A016, pos. 122-129), Comune di nascita (A017, pos. 130-135), Comune di residenza (A018, pos. 136-141), Cittadinanza (A019, 142-144) non devono essere compilati.

Inoltre:

Numero ricetta (A020, pos. 145-159):

Indicare il codice della Scheda informatizzata per la prescrizione utilizzata per la prescrizione che è composto da:
11 caratteri numerici + codice fiscale del medico prescrittore + 4 caratteri numerici

Nel campo codice Numero Ricetta indicare i primi 11 caratteri del codice della scheda informatizzata, seguiti dagli

ultimi 4.

Esempio: W0000000016COFIPRESCRITTORE0007

codice della ricetta: W00000000160007 (E)

Codice Prescrittore (A021, pos.160-175):

Indicare il codice fiscale del medico prescrittore contenuto nel codice della scheda informatizzata.

Esempio: W0000000016COFIPRESCRITTORE0007;

Codice fiscale del medico: COFIPRESCRITTORE (E);

Flag Tipo Modulo (A024, pos. 185): 9= Scheda per preparazioni mediche magistrali a base di cannabis sativa (E):

Progressivo Farmaco (B006, pos 34-35): Indicare il valore 1(E);

Codice Farmaco (B008, pos. 44-52): Indicare il codice ATC N02BG (E);

Quantità erogata (rispettivamente B009 e B010, pos. 53-58, 59-60): Indicare il valore 1(E);

Importo Totale – parte intera e parte decimale (rispettivamente B012 e B013, pos 64-71 e 72-76):

Indicare il prezzo complessivo della specialità comprensivo della lavorazione e dell'eventuale trasporto (E)

Modalità di Erogazione (B014, pos 77-78): 01, 02, 03, 04, 05, 09, 10, 11 ^{*7}(E);

Flag Tipo Medicinale (B019, pos.99): Indicare il valore 2 (E).

6.18 Somministrazione di farmaci utilizzati nel trattamento intravitreale

Di seguito vengono fornite le indicazioni che riguardano i medicinali utilizzati nel trattamento intravitreale, somministrati con la prestazione 14.75 (iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche - incluso visita pre e post procedura - escluso costo farmaco) dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

La rilevazione riguarda i farmaci somministrati a carico SSN e a carico dell'assistito pagante, e a tutti gli assistiti residenti e non residenti⁸.

Un elenco indicativo, da considerarsi non esaustivo, dei farmaci e relativi ATC è il seguente:

Bevacizumab - L01FG01, Ranibizumab - S01LA04, Aflibercept - S01LA05, Brolucizumab - S01LA06, Faricimab - S01LA09, Desametasone - S01BA01, Triamcinolone - S01BA05.

Vanno rilevati solo i farmaci intravitreali e non eventuali farmaci somministrati per altra via.

Per distinguere le erogazioni non a carico SSN, quando l'assistito si fa carico sia del costo del farmaco che dell'onere della prestazione 14.75, occorre ricorrere al campo "Onere della prestazione" (A026, pos. 215-216).

Il dato deve essere trasmesso dall'erogatore e non dalla farmacia che allestisce il farmaco.

Per quanto riguarda il Bevacizumab per uso intravitreale a carico del Servizio Sanitario Nazionale, gli erogatori autorizzati alla prescrizione e somministrazione sono quelli riportati nell'allegato A della DGR n. 170/2016.

⁷ 01 = Erogazione alla dimissione da ricovero;

02 = Erogazione a seguito di visita specialistica ambulatoriale;

03 = Erogazione a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico;

04 = Erogazione a pazienti affetti da malattie rare;

05 = Erogazione di farmaci erogati da strutture territoriali ambulatoriali, CSM e SERT, a pazienti in carico alle strutture e ADI, carcere e strutture residenziali e semiresidenziali, hospice;

09 = Farmaci somministrati in Day Service Ambulatoriale oncologico (compresi ancillari >15 euro /u.p.);

10 = farmaci distribuiti direttamente nell'ambito del Day Service Ambulatoriale oncologico (oncologici e ancillari);

11 = Farmaci somministrati in regime di ricovero durante il DH oncologico (compresi ancillari >15 euro /u.p.);

⁸ Attualmente vengono rilevate solo le somministrazioni effettuate dagli erogatori pubblici ai pazienti non residenti, per consentire la compensazione in mobilità sanitaria; nel tracciato è richiesta la modalità di erogazione 08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco e somministrazione di emocomponenti derivati della lavorazione del sangue DM 5/11/96 (esclusi quelli somministrati in terapie antitumorali e ancillari in DSA) (circolare n. 3 del 20/04/2016); la remunerazione avviene al 100% del costo del farmaco in quanto la prestazione non lo include.

Erogatori pubblici

Rilevare tutti i medicinali utilizzati nel trattamento intravitreale, somministrati con la prestazione 14.75 (iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche) a carico SSN, a carico dell'assistito pagante, per tutti gli assistiti residenti e non residenti.

Compilare il campo **"Onere della somministrazione"** per distinguere i farmaci a carico dell'SSN dai farmaci a carico dell'assistito pagante:

- 01 = farmaco somministrato a carico SSN, compreso quanto somministrato presso strutture private accreditate.
- 02 = Somministrazione in libera professione a carico dell'assistito (in strutture pubbliche)
- 03 = Somministrazione a carico dell'assistito (in strutture private)

Erogatori privati accreditati

Il dato viene rilevato dall'erogatore privato accreditato che deve compilare il tracciato e trasmetterlo all'Azienda USL di ubicazione territoriale.

L'Azienda USL di ubicazione funge da raccordo e trasmette i dati alla Regione attraverso il portale di gestione flussi informativi. I dati devono essere conferiti in base al tracciato previsto da queste specifiche funzionali.

Rilevare tutti i medicinali utilizzati nel trattamento intravitreale, somministrati con la prestazione 14.75 (iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche) a carico SSN, a carico dell'assistito pagante, per tutti gli assistiti residenti e non residenti.

Compilare il campo **"Onere della somministrazione"** per distinguere i farmaci a carico dell'SSN dai farmaci a carico dell'assistito pagante.

Specifiche per la compilazione del tracciato

File A

Tipo erogatore (AA01, pos. 1-2): 02 = struttura ambulatoriale interna all'ospedale; il campo relativo alla struttura ambulatoriale va compilato come da specifiche funzionali. (E)

Codice azienda (A002, pos.3-5 (E): Riportare il codice della Azienda sanitaria alla quale appartiene l'ambulatorio interno all'ospedale che effettua la prestazione.

Struttura/Farmacia (A003, Pos.6-11): inserire il codice STS11 della struttura che effettua la somministrazione. (E)

Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.

Numero ricetta (A020, pos.145, - 159): indicare obbligatoriamente il codice della prescrizione della prestazione specialistica quando il campo "Onere della somministrazione" = 01 (farmaco somministrato a carico SSN, compreso quanto somministrato presso strutture private accreditate). Per tali erogazioni il controllo è scartante.

Onere della somministrazione (A026, pos. 215)

Il nuovo campo è obbligatorio condizionato scartante, alfanumerico, lunghezza 2 caratteri.

Assume i seguenti valori:

- 01 = somministrazione a carico SSN, compreso quanto somministrato presso strutture private accreditate;
- 02 = somministrazione in libera professione a carico dell'assistito (in strutture pubbliche);
- 03 = somministrazione a carico dell'assistito (in strutture private).

La compilazione del campo è obbligatoria vincolante nel caso di prestazione ambulatoriale 14.75 (scartante). Non compilare negli altri casi.

File B

Per i campi Tipo Erogatore, Codice Azienda, Codice Struttura/Farmacia valgono le indicazioni fornite per la tabella A.

Codice Farmaco (B008, pos.44-52: Indicare il codice Minsan del farmaco somministrato. Per la prestazione 14.75 i farmaci somministrati possono essere:

- Bevacizumab (ATC L01FG01): è ammesso sia il codice MINSAN che l'ATC per formulazione galenica;

- Ranibizumab (ATC S01LA04), Aflibercept (ATC S01LA05), S01LA06 Brolucizumab, S01LA09 Faricimab, Desametasone (ATC S01BA01), Triamcinolone (ATC S01BA05).

Modalità di erogazione (B014, pos.77-78): inserire il valore 08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco e somministrazione di emocomponenti derivati della lavorazione del sangue DM 5/11/96 (esclusi quelli somministrati in terapie antitumorali e ancillari in DSA).

Prestazione ambulatoriale (B015, pos. 79-85): Inserire obbligatoriamente il codice della prestazione ambulatoriale 14.75 – Iniezione intravitale di sostanze terapeutiche.

Casi in cui è ammesso l'anonimato

Per esigenze di monitoraggio relative alle iniezioni intravitreali, **per l'ATC L01FG01– Bevacizumab**, in generale **i dati non possono essere anonimi**, anche per somministrazioni non a carico SSR.

Tuttavia, per somministrazioni di farmaci con MINSAN riconducibili agli ATC - Ranibizumab (S01LA04), Aflibercept (S01LA05), Brolucizumab (S01LA06), Faricimab (S01LA09), Desametasone (S01BA01), Triamcinolone (S01BA05), è possibile omettere il codice fiscale dell'assistito e il comune di nascita nella seguente condizione:

l'onere della somministrazione = 03 (somministrazione a carico dell'assistito, strutture private).

In tali casi per la compilazione del tracciato valgono le regole dell'anonimato.

6.19 Indicazioni per NIRSEVIMAB

Nella stagione epidemica 2024/2025, è stata avviata una attività di profilassi nazionale per l'immunizzazione passiva contro il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) rivolta ai neonati e ai bambini che presentino fattori di rischio (entro i 24 mesi di età). Tale profilassi prevede la somministrazione del farmaco Nirsevimab – ATC J06BD08 (Nota regionale Prot. n. 1084931.U del 27.09.2024).

La Regione ha fornito le indicazioni operative con la nota Prot. 1190862.U del 21/10/2024, nella quale vengono stabilite le modalità di monitoraggio di tale attività, compresa la somministrazione del farmaco attraverso il flusso FED.

Di seguito si riportano le indicazioni alle quali attenersi in FED:

- **somministrazione in regime ambulatoriale:** trasmettere in FED con modalità di erogazione 08 “farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco e somministrazione di emocomponenti” le somministrazioni a tutti gli assistiti, indipendentemente dalla residenza; tale disposizione garantisce la tracciabilità di tutte le somministrazioni in regime ambulatoriale;
 - ✓ somministrazione del farmaco in un accesso dedicato (in assenza di altre prestazioni):
nel flusso FED indicare il codice di prestazione di somministrazione in associazione al farmaco (99.12.3).
 - ✓ somministrazione del farmaco in corso di visita:
nel flusso FED indicare il codice di visita ambulatoriale in associazione al farmaco.
- **somministrazione in regime di ricovero,** trasmettere in FED con modalità di erogazione 07 “farmaci somministrati in regime di ricovero extra-tariffa” esclusivamente le somministrazioni agli assistiti non residenti; la tracciatura relativa ai residenti è garantita dal flusso SDO. Indicare in FED il numero della SDO.

6.20 Farmaci erogati a pazienti COVID

Nel flusso FED devono essere rilevati i farmaci erogati direttamente a pazienti affetti da COVID19 per il trattamento di tale patologia, con riferimento alla erogazione alla dimissione, per terapie domiciliari, per terapie

presso strutture territoriali (es. OSCO, RSA). Per tutte queste tipologie di erogazione diretta, la modalità di erogazione assume il valore 20 - Erogazione diretta di farmaci a pazienti COVID-19.

A tale modalità di erogazione deve essere ricondotto anche l'ossigeno domiciliare erogato in presenza di tale patologia.

I consumi interni presso strutture ospedaliere non vengono rilevati in FED.

Inoltre, poiché l'Accordo Quadro tra Regione Emilia-Romagna e Associazione di Ospedalità Privata AIOP del 20/03/2020, nel periodo dell'emergenza, ha disposto che le tariffe applicate dalle strutture private per il ricovero di pazienti COVID "non ricomprendono la fornitura di farmaci per il trattamento dei pazienti COVID", sono state fornite le indicazioni per accogliere nel flusso FED i dati relativi alle erogazioni di tali farmaci extra tariffa.

Pertanto, per i farmaci erogati a pazienti COVID, di cui sopra, occorre attenersi alle seguenti specifiche:

Importo Unitario, parte intera e parte decimale (rispettivamente B012 pos. 64-71e B013, pos. 72-76)

I farmaci erogati per le terapie COVID-19 devono essere distinti rispetto agli utilizzi per altre patologie. Per i farmaci donati o comunque ricevuti a costo = 0, la valorizzazione del costo deve essere = 0. Tali costi non entrano nel calcolo del PMP (prezzo medio ponderato).

1. Farmaci donati: valorizzare a zero
2. Farmaci acquistati dall'Azienda: indicare il costo medio ponderato

Nel caso si verificasse la situazione di 2 prezzi diversi per lo stesso Minsan nello stesso contatto dovranno essere inviati due contatti diversi.

Modalità di Erogazione (B014, pos. 77-78):

20 - Erogazione diretta di farmaci a pazienti COVID-19.

Tutte le erogazioni per le terapie a pazienti affetti da COVID – 19 assumono il valore 20.

6.21 IVG farmacologica

In relazione alla IVG farmacologica, nel flusso Fed devono essere rilevate le somministrazioni dei farmaci MIFEPRISTONE e MISOPROSTOLO (ATC G03XB01 o G02AD06/A02BB01) erogate a pazienti non residenti, garantendo l'anonimato.

Seguire queste indicazioni:

- Tipo erogatore (A001, pos. 1-3): 04;
- Codice struttura (A003, pos.10-17): codice STS11 del consultorio familiare;
- Codice Fiscale del paziente (A012, pos. 55-70) non compilare;
- Cognome e Nome dell'assistito (rispettivamente A013, pos. 71 – 100 e A014, pos. 101– 120): indicare ANONIMO ANONIMO;
- Comune di nascita (A017, pos. 130-135): non compilare;
- Numero ricetta (A020, pos.145-159): codice DSA (E);
- Flag tipo modulo (A024, pos.185): 5 - modulo Day Service (E);
- Modalità di erogazione (B014, pos. 77-78): 08 "farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione NON è inclusivo del farmaco";
- Prestazione ambulatoriale (B015, pos.79-85): = 89.26.4 (E);
- Codice farmaco (B008, pos.44-52): codice Minsan corrispondente a MIFEPRISTONE e MISOPROSTOLO;

Tutti gli altri campi devono essere compilati seguendo le regole ordinarie.

La condizione di anonimato è la seguente: nel contatto deve essere presente almeno un record del file B con prestazioneAmbulatoriale = 89.26.4 e almeno codFarmaco con codice ATC G03XB01 o G02AD06/A02BB01.

7 TABELLE DI RIFERIMENTO

Le tabelle di riferimento sono consultabili attraverso i servizi web la cui consultazione è libera.

I servizi WEB esposti sono suddivisi in due macrocategorie:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- servizi di decodifica: consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

La tecnologia adottata è basata sull'architettura a servizi REST[REST] sviluppati secondo lo standard del linguaggio XML[XML] / JSON[JSON] / CSV[CSV] per la rappresentazione dei dati.

Per accedere ai diversi formati specificare al termine del path l'estensione relativa al formato che si desidera ottenere (ad esempio se si vuole aprire la tabella in csv/excel nel percorso al posto di decodifiche_flusso/? inserire decodifiche_flusso.csv?)

Esempio:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=PCNT per ottenere i dati in formato XML (default)

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso.json?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=PCNT per ottenere i medesimi dati in formato json

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso.csv?CODICE_FLUSSO=FED&CODICE_TIPO=PCNT per ottenere i dati in formato CSV

7.1 Tabella dei Codici dei messaggi di errore e segnalazione.

I messaggi di errore/segnalazione sono consultabili attraverso il seguente link:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/errori_flusso.xml?codice_flusso=FED

8 MODALITA', TEMPI DI TRASMISSIONE E RITORNO INFORMATIVO

8.1 Modalità di invio

Tutte le Aziende dovranno trasmettere i file tramite l'applicativo nel portale web del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

Ogni Azienda deve inviare i file (**INVIO FILE**) da sottomettere al programma regionale dei controlli (**SIMULAZIONE**), verificare l'esito dell'elaborazione, per poi correggere gli eventuali errori e segnalazioni prima di inviare i dati definitivi che vanno consolidati (**CONSOLIDAMENTO**) da parte dell'azienda.

Successivamente segue la fase di elaborazione svolta dalla Regione che si concluderà con il caricamento in banca dati e la creazione di un ritorno informativo.

8.2 Tempi di invio

I dati devono essere inviati mensilmente e devono essere consolidati entro il mese successivo al mese di competenza.

Il calendario degli invii è quindi il seguente:

N° invio	Scadenza	Competenza
1° invio	mercoledì 11 febbraio 2026	dati di gennaio 2026
2° invio	mercoledì 11 marzo 2026	dati di febbraio 2026 e integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
3° invio	venerdì 10 aprile 2026	dati di marzo 2026 e integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
4° invio	martedì 12 maggio 2026	dati di aprile 2026 e integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
5° invio	mercoledì 10 giugno 2026	dati di maggio 2026 e integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
6° invio	venerdì 10 luglio 2026	dati di giugno 2026 e integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
7° invio	lunedì 10 agosto 2026	dati di luglio 2026 integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
8° invio	giovedì 10 settembre 2026	dati di agosto 2026 e modifiche e recupero di eventuali scarti di tutti i mesi precedenti
9° invio	lunedì 12 ottobre 2026	dati di settembre 2026 e integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
10° invio	martedì 10 novembre 2026	dati di ottobre 2026 e integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
11° invio	giovedì 10 dicembre 2026	dati di novembre 2026 e integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
12° invio	lunedì 11 gennaio 2027	dati di dicembre 2026 e integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti
13° invio	lunedì 1° febbraio 2027	Integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti di tutto l'anno 2026
14° invio	Lunedì 22 febbraio 2027	Integrazioni, modifiche e recupero di eventuali scarti di tutto l'anno 2026

La tempestività di invio dei dati e la loro correttezza (intesa come quota di record già inviati e non più modificati) è un requisito fondamentale per permettere valutazioni corrette sull'attività ai fini del monitoraggio e della programmazione.

8.3 Ritorno informativo

8.4 Diagnostica fornita in validazione flusso

Ogni Azienda può verificare on-line il risultato della simulazione dell'invio effettuato e provvedere alle eventuali correzioni. Infatti, è possibile verificare, in maniera automatica, il risultato della procedura regionale di controllo dei dati.

Al termine del processo di simulazione vengono restituiti all'Azienda i seguenti file, disponibili nei formati XML, TXT, CSV:

- **Riepilogo (nomefileA_RIEP.html, nomefileA_RIEP.txt)**
- **Scarti (nomefileA_ERR.xml, nomefileA_ERR.txt, scaricabile in csv)**
- **Segnalazioni (nomefileA_SEGNAL.xml, nomefileA_SEGNAL.txt, scaricabile in csv)**
- **File TB4 – segnalazioni sui prezzi (nomefileA_TB4.xls)**- Il foglio excel contiene le segnalazioni sui prezzi. Viene segnalato come "prezzo elevato" il prezzo superiore al prezzo al pubblico (fonte Farmadati).
- **File TB5 – farmaci fuori commercio - (nomefileA_TB4.xls)**

Il tracciato record dei file SCARTI e SEGNALAZIONI è il medesimo, ed è così composto:

Nome	Posizione	Tipo	Lunghezza
Tipo File (A/B)	1	AN	1
Tipo Erogatore	2-3	AN	2
Codice Azienda	4-6	AN	3
Codice Struttura/Farmacia	7-12	AN	6
Sub Codice	13-14	AN	2
Codice Contatto	15-34	AN	20
Progressivo Farmaco (solo se file B)	35-36	N	2
Codice errore	37-40	AN	4
Descrizione errore	41-100	AN	60
Posizione Campo (posizione nel tracciato record della tabella dove il campo è contenuto)	101-103	N	3
Progressivo del Campo	104-107	AN	4
Nome del Campo	108-307	AN	200
Valore originale del campo	308-337	AN	30
Note relative all'errore	338-537	AN	200

Inoltre, sono disponibili i file dei record scartati e di quelli validi con i tracciati **completi**.

8.5 Debito informativo da fornire dopo il caricamento

Ad ogni invio, dopo il caricamento, viene messo a disposizione sul portale web il ritorno informativo per ogni Azienda sanitaria, composto dai seguenti tipi di file:

I file sono in formato ASCII e hanno una **denominazione** così composta:

Nomefileuuuall.txt o **html**.

dove

- **Nomefile:** descrive il dato contenuto (riepilogo, scarto o segnalazione, TB4, TB5, MOBATTINFRA, ecc.)
- **uuu:** codice dell'Azienda sanitaria erogante
- **aa:** anno di riferimento
- **ii:** numero dell'invio (da 01 a 14).

A) Riepilogo

Contiene il numero dei record elaborati e altre informazioni di carattere statistico sull'elaborazione.

Il file generato si chiama **RIEPILOGOuuuaaiiALL.html**.

B) Scarti

Il file contenente i singoli record scartati dall'archivio regionale per il mancato superamento dei controlli logico-formali di 1° livello.

Il file generato si chiama **SCARTluuuaaiiALL.txt**.

C) Segnalazioni

Il file contenente i singoli record validati e accettati nell'archivio regionale ma che presentano errori di 2° livello W (non scartanti).

Il file generato si chiama **SEGNALAZIONluuuaaiiALL.txt**.

Il tracciato record dei file SCARTI e SEGNALAZIONI è il medesimo, ed è così composto:

Nome	Posizione	Tipo	Lunghezza
Tipo File (A/B)	1	AN	1
Tipo Erogatore	2-3	AN	2
Codice Azienda	4-6	AN	3
Codice Struttura/Farmacia	7-12	AN	6
Sub Codice	13-14	AN	2
Codice Contatto	15-34	AN	20
Progressivo Farmaco (solo se file B)	35-36	N	2
Codice errore	37-40	AN	4
Descrizione errore	41-100	AN	60
Posizione Campo (posizione nel tracciato record della tabella dove il campo è contenuto)	101-103	N	3
Progressivo del Campo	104-107	AN	4
Nome del Campo	108-307	AN	200
Valore originale del campo	308-337	AN	30
Note relative all'errore	338-537	AN	200

D) File Tabulato 4

Il file contiene le segnalazioni di anomalie rilevate dal controllo sul prezzo; si tratta di segnalazioni indicative di un prezzo anomalo rispetto a un prezzo calcolato (importo unitario superiore al prezzo per unità posologica/confezione nel database di riferimento).

Il file fornisce il codice Minsan e la descrizione del farmaco con prezzo anomalo, il mese, il prezzo fornito dall'azienda, il prezzo per confezione del data base di controllo (Farmadati), il numero di unità posologiche per confezione), il prezzo per unità posologica calcolato.

Per la Distribuzione per Conto le eventuali anomalie sul prezzo sono contrassegnate dall'acronimo DPC (il prezzo deve essere fornito a confezione).

Il file è denominato: **TB4-uuuaaiiALL.txt**.

E) File Tabulato 5

Il file contiene l'elenco dei MINSAN con errore "fuori commercio" (codici F344 e F345 - Codice del farmaco non valido alla data di erogazione).

L'errore "fuori commercio" tiene conto della data di scadenza dei prodotti vendibili fino ad esaurimento e del periodo di validità del prodotto in confezione integra.

Se disponibile, viene proposto il MINSAN del prodotto che ha sostituito quello fuori commercio.

Il file è denominato: **TB5-uuuaaiiALL.txt**.

F) FILE DI MOBILITÀ

I file di mobilità sono cumulativi: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero anno di riferimento.

Criteri di selezione per l'ottenimento dei file di mobilità:

File	USL	AOSP
Mobilità attiva interregionale	COD_AZI="080uuu" and RG_RES ne '080'	COD_AZI="080uuu" and RG_RES ne '080'
Mobilità attiva infraregionale	COD_AZI="080uuu" and RG_RES='080' and USL_RES ne "080uuu"2-4	COD_AZI="080uuu" and RG_RES='080'
Mobilità passiva infraregionale	USL_RES="080uuu" and RG_RES='080' and COD_AZI ne "080uuu"	-----

Legenda: uu = azienda (es.105)

Vengono generati i file seguenti:

- Mobilità attiva interregionale e residenti all'estero

MOBATTEXTRA.uuuaaaaaii.TXT

Questo file contiene tutti i record validati dei farmaci oggetto di compensazione interregionale da addebitare alle altre Regioni. Soltanto i farmaci accettati in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare. Il file della mobilità interregionale contiene anche i farmaci erogati ai residenti all'estero (comune di residenza 999+ codice nazione)

- Mobilità attiva infraregionale

MOBATTINFRA.uuuaaaaaii.TXT

Questo file contiene tutti i record validati delle prestazioni da addebitare alle Aziende della Regione. Soltanto i farmaci accettati in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare.

TRACCIATI dei file Mobilità attiva interregionale e infraregionale

Nome campo	Posizione	Tipo	Lunghezza
Tipo erogatore	1	AN	2
Codice azienda	3	AN	3
Codice struttura/farmacia	6	AN	6
Subcodice	12	AN	2
Codice contatto	14	AN	20
Importo totale (da File A parte intera)	34	N	8
Importo totale (da File A parte decimale)	42	N	2
Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte intera)	44	N	8
Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte decimale)	52	N	2
Comune di residenza assistito	54	AN	6

Costo del servizio – parte intera	60	N	6
Costo del servizio – parte decimale	66	N 2	2

Mobilità attiva interregionale e infraregionale con dati di dettaglio:
MOBDETAGLIOATTEXTRA.uuuuaaaaii.TXT
MOBDETAGLIOATTINFRA.uuuuaaaaii.TXT

Nei file con dati di dettaglio, oltre alle informazioni contenute nei file di mobilità precedentemente descritti, sono presenti queste informazioni: codice del farmaco e modalità di erogazione.

Tracciati: Mobilità attiva interregionale e infraregionale con dettaglio

Nome campo	Posizione	Tipo	Lunghezza
Tipo erogatore	1	AN	2
Codice azienda	3	AN	3
Codice struttura/farmacia	6	AN	6
Subcodice	12	AN	2
Codice contatto	14	AN	20
Importo totale (da File A parte intera)	34	N	8
Importo totale (da File A parte decimale)	42	N	2
Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte intera)	44	N	8
Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte decimale)	52	N	2
Comune di residenza assistito	54	AN	6
Costo del servizio – parte intera	60	N	6
Costo del servizio – parte decimale	66	N 2	2
Codice farmaco	68	AN	9
Modalità di erogazione	77	N	2

MOBILITÀ PASSIVA INFRAREGIONALE (SOLO PER AUSL)

Questo file contiene tutti i record validati delle prestazioni erogate da altre Aziende sanitarie del territorio regionale a favore dei propri residenti.

Tracciato mobilità passiva infraregionale:
Tabella A MOBPA SINFR.A.uuuuaaaaii.ANA.TXT

Nome campo	Posizione	Tipo	Lunghezza
Tipo erogatore	1	AN	2
Codice azienda	3	AN	3
Codice struttura/farmacia	6	AN	6
Subcodice	12	AN	2
Codice contatto	14	AN	20
Importo totale (da File A parte intera)	34	N	8
Importo totale (da File A parte decimale)	42	N	2
Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte intera)	44	N	8
Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte decimale)	52	N	2
Modalità organizzativa	54	AN	2
Codice fiscale	56	AN	16
Cognome	72	AN	30

Nome	102	AN	20
Data di nascita	122	AN	8
Comune di residenza assistito	130	AN	6
Costo del servizio – parte intera	136	N	6
Costo del servizio – parte decimale	142	N	2

Tabella B MOBPA SINFRA.uuuuaaaaii.SPE.TXT

Nome campo	Posizione	Tipo	Lunghezza
Tipo erogatore	1	AN	2
Codice azienda	3	AN	3
Codice struttura/farmacia	6	AN	6
Subcodice	12	AN	2
Codice contatto	14	AN	20
Data erogazione farmaco	34	AN	8
Codice Farmaco	42	AN	9
Quantità parte intera	51	N	6
Quantità parte decimale	57	N	2
Quantità erogata (tipologia 6 erog per conto)	59	N	3
Importo unitario (parte intera)	62	N	8
Importo unitario (parte decimale)	70	N	5
Modalità di erogazione	75	AN	2
Prestazione ambulatoriale	77	AN	7
Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO)	84	AN	8
Importo Unitario ricalcolato dalla Regione: parte intera	92	N	8
Importo Unitario ricalcolato dalla Regione: parte decimale	100	N	5
Targatura	105	N	10

G)-File di autoproduzione

Dal 9° invio 2025, per le Aziende Usl, **sono** disponibili i file “Autoproduzione”.

Dal ritorno informativo, si scaricano alla voce tipo file “Autoproduzione” e sono denominati rispettivamente:

- **MOBAUTOPROD.USLaaaaii.TXT,**
in seguito, il nome sarà modificato in **“ProduzPropria.USLaaaaii.TXT”**
- **MOBDETTAGLIOAUTOPROD.USLaaaaii.TXT,**
in seguito, **“DettaglioProduzPropria.USLaaaaii.TXT”**.

I file sono cumulativi e contengono l'erogato ai propri residenti.

Il tracciato di tali file è lo stesso della mobilità attiva inter e infraregionale.

9 REFERENTI REGIONALI

<p>Sonia Gandolfi Tel. 051 527 7426 e-mail: sonia.gandolfi@regione.emilia-romagna.it</p> <p>Sergio Battaglia Tel. 051 527 7420 e-mail: sergio.battaglia@regione.emilia-romagna.it</p> <p>Area ICT e Transizione digitale dei servizi al cittadino Settore Risorse Umane e Strumentali, infrastrutture Direzione Generale Cura della persona, Salute, Welfare Viale Aldo Moro 21 40127 Bologna</p>	<p>Ilaria Mazzetti Tel. 051 527 7254 e-mail: ilaria.mazzetti@regione.emilia-romagna.it</p> <p>Area Governo del Farmaco e dei Dispositivi Medici Settore Assistenza Ospedaliera Direzione Generale Cura della persona, Salute, Welfare Viale Aldo Moro 21 40127 Bologna</p>
<p>Flussi.Farmaceutica@regione.emilia-romagna.it</p>	