

IL DIRETTORE GENERALE SANITÀ E
POLITICHE SOCIALI
TIZIANO CARRADORI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA
PG.2014. 0427183
del 13/11/2014



CIRCOLARE N. **22**

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori dei Servizi Farmaceutici ospedalieri e territoriali
Ai Direttori del Sistema Informativo- informatico
Ai Referenti aziendali del flusso informativo AFT
Ai Referenti aziendali del flusso informativo AFO
Ai Referenti aziendali del flusso informativo FED
Ai Referenti aziendali della mobilità sanitaria

Aziende Sanitarie
Istituto Ortopedico Rizzoli
IRST- Meldola
della Regione Emilia-Romagna
LORO SEDI

OGGETTO: Integrazione alla circolare regionale n. 2/2013 "Specifiche del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza farmaceutica: flussi AFO, AFT, FED"

Attualmente il sistema informativo dell'assistenza farmaceutica, articolato nei flussi AFO, AFT e FED, è regolato dalla circolare 2/2013, la quale, tuttavia, necessita di essere integrata alla luce di alcune novità in parte già introdotte nel corso del 2014 e che saranno applicate anche nel 2015.

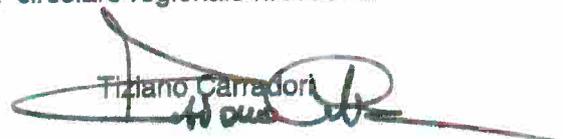
Gli aggiornamenti più significativi riguardano la rilevazione della targatura dei medicinali, il conferimento dei dati della ricetta dematerializzata, il recepimento dell'elenco dei farmaci erogati in regime di ricovero ammessi alla compensazione, la rilevazione dei farmaci classificati C (nn), la modifica del controllo sui farmaci revocati, il codice distretto per l'ADI nel tracciato FED.

Molte delle modifiche apportate sono dovute al fatto che le rilevazioni regionali sono inserite in un sistema aperto anche a livello nazionale, i dati raccolti alimentano i flussi NSIS verso il Ministero della Salute e costituiscono adempimenti specifici per l'accesso al finanziamento.

I tracciati record restano invariati, ma le specifiche per la compilazione dei campi interessati dalle modifiche vengono aggiornate per far fronte alle nuove necessità informative.

Per quanto non modificato, il riferimento è la circolare regionale n. 2/2013.

Distinti saluti


Tiziano Carradori

 Allegati: N. 1 - Disciplinare tecnico comprensivo dell'elenco dei farmaci innovativi oncologici ed ematologici erogati in regime di ricovero ammessi alla compensazione di mobilità sanitaria

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Politica del farmaco
Il Responsabile

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
Il Responsabile
Eleonora Verdini

Disciplinare tecnico**Sistema Informativo dell'assistenza farmaceutica – rilevazioni AFO, AFT, FED**

Il presente disciplinare fornisce le specifiche tecniche per il sistema informativo dell'assistenza farmaceutica – rilevazioni AFT, AFO, FED valide dal 1° gennaio 2014 a integrazione della circolare n. 2 del 22 febbraio 2013; per quanto non esplicitamente modificato rimane valido quanto definito dalla circolare 2/2013. Le modifiche riguardano la rilevazione della targatura dei medicinali, il conferimento dei dati della ricetta dematerializzata, il recepimento dell'elenco dei farmaci erogati in regime di ricovero ammessi alla compensazione, la rilevazione dei farmaci classificati C (nn), la modifica del controllo sui farmaci revocati, il codice distretto per l'ADI nel tracciato FED.

Targatura dei medicinali. Il Ministero della salute ha previsto la rilevazione della targatura delle confezioni di medicinali in distribuzione diretta e nei consumi ospedalieri fin dall'istituzione dei flussi informativi nazionali (DM 31 luglio 2007, DM 04.02.2009).

Con il DM 2 novembre 2011 "De-materializzazione della ricetta cartacea" è diventato indispensabile acquisire l'informazione relativa al bollino per impedire che uno stesso bollino sia utilizzato più volte in modo fraudolento in modalità dematerializzata. A livello nazionale i controlli sulle informazioni presenti nel campo targatura saranno potenziati a partire dalle trasmissioni riguardanti la distribuzione per conto e poi estesi alla distribuzione diretta. Per tale motivo dal 2014 nel flusso FED è resa obbligatoria la valorizzazione del campo targatura per tutti i medicinali in modo graduale a partire dalle ricette spedite in distribuzione per conto. Inoltre, ricordiamo che la rilevazione della targatura delle confezioni di medicinali rientra fra gli obiettivi assegnati alle Aziende sanitarie nell'ambito della programmazione regionale (DGR 217/2014) e a livello nazionale dal 2015 costituirà un elemento di verifica all'interno degli adempimenti LEA.

Ricetta dematerializzata. In attuazione del DM 2 novembre 2011 richiamato, la Regione ha definito il piano di diffusione della ricetta medica dematerializzata che prevede la graduale sostituzione della ricetta cartacea con la ricetta elettronica generata dal medico prescrittore; dopo una prima fase di sperimentazione in alcune aree, una percentuale significativa delle prescrizioni avviene su ricetta dematerializzata. Per quanto riguarda i sistemi informativi regionali, questo processo ha impatto sul flusso AFT relativamente alla farmaceutica convenzionata e sul flusso FED per il futuro utilizzo della dematerializzata per la distribuzione per conto (DPC).

AFT. L'introduzione della ricetta dematerializzata impone la necessità di considerare complessivamente i flussi informativi che rilevano l'assistenza farmaceutica territoriale convenzionata in modo da evitare sovrapposizioni e semplificare i processi. Quando il passaggio alla ricetta dematerializzata sarà completato, la Regione potrà ricavare i dati direttamente dal sistema di accoglienza SAR/SAC, per la quota di ricetta dematerializzata; tuttavia, in questa prima fase riteniamo opportuno mantenere il flusso AFT, apportando le sole modifiche necessarie per conferire i dati della ricetta dematerializzata, che ha caratteristiche differenti da quella rossa cartacea.

Al fini della rilevazione AFT, la principale differenza consiste nella composizione del codice della ricetta elettronica NRE, formato dal codice regione, seguito da caratteri alfanumerici che si riferiscono al lotto e infine 10 caratteri numerici, mentre la ricetta rossa riporta il codice regione, l'anno del ricettario e il numero ricetta. A ciò si aggiunge che la ricetta dematerializzata è spendibile su tutto il territorio nazionale, e pertanto il codice regione può riferirsi a tutte le regioni italiane.

FED. Il Piano di diffusione della ricetta dematerializzata ne prevede l'utilizzo futuro anche per la DPC. Pertanto, analogamente all'AFT, anche il flusso FED è stato adeguato per permettere la lettura del codice NRE.

Regole di compensazione per i farmaci ad elevato costo erogati in regime di ricovero. Con l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria anno 2013 è stato formalizzato l'elenco aggiornato dei farmaci ad alto costo rimborsati in regime di day hospital. Tale elenco si applica sia per la mobilità interregionale che infraregionale.

Il nuovo elenco, trasmesso anticipatamente alle Aziende Sanitarie alla fine dello scorso anno¹, è recepito e allegato a questa circolare ed è scaricabile dal sito Internet del sistema informativo sanità e politiche sociali, sezione tabelle di riferimento del flusso FED (<http://www.saluter.it/siseps>).

Le regole della compensazione applicate fino al 2013 sono confermate anche per il 2014. Sono in corso approfondimenti per valutare eventuali modifiche da apportare per il 2015 e che saranno in tal caso oggetto di successive specifiche.

Rilevazione dei farmaci classificati C (nn). Con apposita nota², la Regione Emilia-Romagna ha definito le modalità di gestione dei farmaci classificati C(nn) ovvero di quei farmaci già autorizzati per la commercializzazione dalla Comunità Europea, su parere favorevole dell'EMA, ma in attesa della valutazione ai fini della rimborsabilità da parte di AIFA e quindi inseriti in una nuova sezione denominata Classe C non negoziata. Tali farmaci possono essere prescritti nei casi rispondenti ai requisiti individuati dalla Commissione regionale del Farmaco, previa autorizzazione caso per caso da parte degli organismi competenti per territorio; nei casi autorizzati l'onere per l'acquisto sarà per il 50% a carico dell'Azienda erogatrice e per il restante 50% a carico dell'Azienda di residenza del paziente, indipendentemente dal regime di erogazione. Questa regola si applica solo per la mobilità infraregionale poiché attualmente questi farmaci non sono compresi nella lista dei farmaci ad elevato costo riconosciuta per la mobilità interregionale. Per consentire la compensazione della mobilità infraregionale questi dati devono essere inviati con il flusso FED.

Farmaci revocati. Il monitoraggio svolto dal Ministero della Salute sulla spesa registrata nei flussi NSIS per medicinali con stato amministrativo "revocato" ha evidenziato che in alcuni casi vengono rilevate erogazioni successive al termine dei 180 giorni consentiti per lo smaltimento scorte. A questo proposito l'AIFA ha segnalato che, dopo 180 giorni dal provvedimento di revoca, un medicinale non è più cedibile o somministrabile o dispensabile e deve essere ritirato dall'azienda farmaceutica produttrice. Una somministrazione successiva a tale lasso di tempo comporta una esplicita assunzione di responsabilità da parte della farmacia e/o del medico. Per la nostra Regione si effettua già dal 2013 un controllo scartante sulla validità del codice farmaco rispetto alla data di erogazione che tuttavia tiene conto del periodo di validità/scadenza del farmaco e non dei 180 giorni dichiarati da AIFA. Per adeguare quindi la rilevazione regionale alle indicazioni di AIFA, nei flussi informativi dell'assistenza farmaceutica la validità della data di erogazione sarà controllata sulla base dei 180 giorni successivi alla revoca; pertanto i record relativi a farmaci con Minsan revocati da oltre 180 giorni saranno scartati, in quanto non più somministrabili/dispensabili.

Codice Distretto per l'ADI nel tracciato FED. Per consentire una lettura del dato a livello distrettuale, si ritiene necessario inserire la rilevazione del codice di distretto in cui viene erogato il medicinale a pazienti in assistenza domiciliare integrata, in analogia con i flussi AFO e DIME. Inoltre, questa soluzione risponde anche all'esigenza di evitare che all'interno della Ausl Romagna vengano inseriti codici contatto doppi in fase di invio, in considerazione del fatto che l'invio dei dati avviene per aree corrispondenti alle vecchie Aziende Usi.

Infine, richiamiamo l'attenzione sulla necessità di monitorare correttamente i farmaci utilizzati nella terapia antiretrovirale nel flusso FED, come richiesto con la circolare 2/2013. Si ribadisce la necessità di rilevare obbligatoriamente questa informazione, anche se il controllo viene mantenuto non scartante.

Tutte le tabelle e i documenti relativi ai flussi sono disponibili nelle pagine Web del Sistema Informativo (sezione dedicata all'assistenza farmaceutica):

<http://www.saluter.it/siseps/>

Gli eventuali quesiti specifici dei flussi potranno essere rivolti ai referenti regionali. Le risposte saranno pubblicate nella sezione FAQ specifica di ciascun flusso.

Nelle pagine seguenti vengono fornite le specifiche riguardanti i singoli flussi. Nei tracciati record le modifiche sono evidenziate in giallo.

¹ Nota PG/2013/289839 del 21/11/2013 "Flusso FED - Aggiornamento elenco farmaci ad alto costo erogati in regime di ricovero e oggetto di mobilità - Anno 2013".

² Nota PG/2014/189203 del 6/05/2014 "Modalità di gestione dei farmaci classificati C(nn) nella Regione Emilia-Romagna"

Specifiche tecniche del flusso AFO – 2014/2015

Introduzione

Con questa circolare si forniscono alcune nuove indicazioni e precisazioni a riguardo di:

- farmaci revocati;
- ossigeno;
- disciplina/servizio ricevente e progressivo reparto;
- regime di attività.

Il tracciato record non viene modificato.

Farmaci revocati. Nel gruppo di lavoro sui flussi NSIS dell'assistenza farmaceutica, l'AIFA ha segnalato che la normativa prevede che dopo 180 giorni dal provvedimento di revoca un medicinale non è cedibile o somministrabile o dispensabile e deve essere ritirato dall'azienda farmaceutica produttrice. Decorso tale termine concesso per lo smaltimento scorte, se un medicinale revocato viene somministrato ad un paziente è necessaria una esplicita assunzione di responsabilità da parte della farmacia e/o del medico.

NSIS sta effettuando un monitoraggio puntuale sulla spesa per farmaci revocati registrata nei flussi ministeriali. Pertanto nei flussi informativi dell'assistenza farmaceutica il controllo sulla validità del codice farmaco rispetto alla data di erogazione viene adeguato alle indicazioni ministeriali; quindi i record relativi a farmaci con Minsan revocati da oltre 180 giorni saranno scartati indipendentemente dal periodo di validità/scadenza del farmaco, in quanto non più somministrabili/dispensabili.

Il campo interessato dalle modifiche nei controlli è pertanto il **"codice farmaco"** (pos. 12).

Ossigeno: si richiamano le indicazioni comunicate con la nota Nota PG/2013/286710 del 19/11/2013 con la quale la Regione ha ulteriormente chiarito i criteri, definiti dal Ministero della Salute nel proprio documento "Linee guida per la trasmissione dei file al NSIS", per l'alimentazione dei flussi AFO e FED per l'Ossigeno:

- **Contenitori mobili:** le quantità devono essere espresse in numero di contenitori mobili (numero di bombole) così come si esprime il provvedimento di AIC;
- **Contenitori fissi (contenitori criogenici – tank):** le quantità consegnate dal fornitore presso i contenitori fissi devono essere espresse in Litri, coerentemente all'unità di misura adottata nel provvedimento di AIC (capacità volumetrica). Pertanto non ci si deve esprimere in termini di ossigeno sviluppato, in questo caso infatti si utilizza il metro cubo tecnico.

Per i **pacchi bombola** si segue lo stesso criterio definito per i contenitori mobili. La Regione Emilia-Romagna, per omogeneità di comportamento rispetto agli altri medicinali multidose, ha infatti deciso di esprimere la quantità in termini di numero di u.p. (bombole). Al Ministero viene poi restituita, in aggiunta al numero complessivo di unità posologiche (u.p.), l'informazione relativa al numero di u.p. contenute nella singola confezione (pacco bombola).

A titolo di esempio si riporta l'AIC del seguente pacco bombola:

AIC	DESCRIZIONE AIC	UP
038904227	"150 bar, gas medicinale compresso" pacco bombola da 12 bombole in acciaio da 40 litri	12

In questo caso il consumo dovrà essere un valore multiplo di 12, corrispondente al complessivo numero di bombole.

Si confermano inoltre le specifiche per la **rilevazione del prezzo:**

- **Contenitori mobili:** indicare il prezzo della bombola/contenitore criogenico;
- **Contenitori fissi (contenitori criogenici – tank):** indicare il prezzo al litro
- **Pacchi bombola:** indicare il prezzo della singola bombola contenuta nella confezione (pacco bombola).

Inoltre, ribadiamo che deve essere indicato il prezzo comprensivo di IVA **al netto dell'eventuale costo del servizio dovuto al fornitore**. L'osservanza di questa indicazione è molto importante perché anche l'importo dell'ossigeno concorre al calcolo della spesa farmaceutica regionale e dell'eventuale meccanismo di payback in caso di superamento dei tetti di spesa; il meccanismo di pay back viene infatti calcolato in base al solo costo d'acquisto del farmaco, ossigeno compreso, escluso il costo del servizio.

Codice disciplina/servizio ricevente e progressivo reparto e Codice Regime di attività: richiamiamo l'attenzione sulla corretta compilazione di questi campi per i quali il Ministero della Salute ha messo a punto

indicatori di qualità dei dati trasmessi nel flusso NSIS dei consumi ospedalieri di medicinali (CO). Chiediamo di rispettare le regole di valorizzazione dei campi riportate nel tracciato record e un uso dei codici rigoroso .

Codice Regime di attività (pos. 51): raccomandiamo di limitare l'utilizzo del codice 03 (regime non disponibile) ai soli casi in cui non è possibile identificare il regime.

AFO - TRACCIATO RECORD

Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione
1	Codice azienda	AN	3	Identifica la farmacia erogante che, a seconda dell'organizzazione aziendale può essere individuata da:
4	Codice presidio	AN	6	
10	Sub codice stabilimento	AN	2	<ul style="list-style-type: none"> per l'Azienda Ospedaliera: dal solo codice azienda + blank gli altri campi relativi all'erogatore; per l'Azienda USL: dal codice azienda + codice presidio + subcodice stabilimento oppure dal codice azienda + codice presidio + blank (solo per i presidi che non hanno stabilimenti).
<p>Gli aggiornamenti dei codici degli stabilimenti e presidi sono disponibili sul sito del Sistema informativo sanità e politiche sociali nella sezione Anagrafe delle strutture (codici HSP12).</p>				
12	Codice farmaco	AN	9	Codice MINSAN a 9 cifre del farmaco. Per i farmaci non ancora registrati in Italia utilizzare il codice regionale secondo la tabella disponibile in internet. Per l'ossigeno devono essere utilizzati esclusivamente i codici MINSAN pubblicati in Gazzetta Ufficiale n. 4 del 7 gennaio 2010 – Serie generale Per le formule magistrali, i prodotti galenici, le formule officinali, gli altri gas medicali utilizzare il codice ATC con il maggior dettaglio possibile; Per gli allergeni in vivo non dotati di codice AIC utilizzare il codice ATC = V04CL; per i radiofarmaci privi di codice AIC utilizzare ATC = V09 e V10 e successivi livelli.
21	Flag "Resi di magazzino"	AN	1	Assume il valore R in caso di "resi di magazzino". In tutti gli altri casi il campo non deve essere compilato.
22	Quantità	N	10	Per farmaci con Minsan e esteri valorizzare con il numero di unità posologiche erogate nell'unità di tempo indicata nel campo "Periodo". Per i prodotti galenici, magistrali, magistrali oncologici, officinali, altri gas medicali, allergeni in vivo e radio farmaci privi di codice AIC il campo quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a diversa indicazione ministeriale) Per l' ossigeno terapeutico le quantità devono essere rilevate come segue: Ossigeno in contenitori mobili (bombole/contenitori criogenici) indicare il numero di bombole/contenitori criogenici; per le confezioni multiple indicare il numero di pezzi contenuti nella confezione. - Altro ossigeno in contenitori fissi: Indicare il numero di litri consegnati dal fornitore, con riferimento alla capacità volumetrica del contenitore.
32	Mese	AN	2	Valorizzare con il mese in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato MM
34	Anno	AN	4	Valorizzare con l'anno in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato AAAA
38	Codice presidio ricevente	AN	6	Per i codici del presidio si veda quanto scritto sopra Utilizzare questi campi quando il ricevente è un'unità

		Note per la compilazione	
Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza
44	Sub codice stabilimento ricevente	AN	2
46	Codice Disciplina/servizio ricevente	AN	3
49	Progressivo reparto (divisione)	AN	2
51	Codice regime di attività	AN	2

Regime di attività	
Regime	Codice
Ordinario	01
Day-hospital	02
Regime non disponibile	03
Ambulatoriale	04
Altro	05

Il codice 05 (altro) deve essere utilizzato per le strutture per le quali si configura una particolare tipologia di assistenza per le quali non è definibile un regime ordinario, day-hospital o ambulatoriale (es. Strutture residenziali, RIA).
Si precisa che l'utilizzo del codice 03 (regime non disponibile) è riservato ai soli casi in cui non sia possibile identificare il regime.
Il regime di attività non deve essere compilato per l'erogazione diretta.

operativa/servizio di un ospedale e riempiri a spazi quando il ricevente è una struttura extraospedaliera.

Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella delle discipline

Solo per i reparti di degenza. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della Sanità Modelli HSP12

Il codice regime di attività deve essere compilato per entrambi i riceventi.

I codici regime di attività ammessi sono:

Regime	Codice
Ordinario	01
Day-hospital	02
Regime non disponibile	03
Ambulatoriale	04
Altro	05

Il codice 05 (altro) deve essere utilizzato per le strutture per le quali si configura una particolare tipologia di assistenza per le quali non è definibile un regime ordinario, day-hospital o ambulatoriale (es. Strutture residenziali, RIA).

Si precisa che l'utilizzo del codice 03 (regime non disponibile) è riservato ai soli casi in cui non sia possibile identificare il regime.

Il regime di attività non deve essere compilato per l'erogazione diretta.

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione		
Flag di erogazione diretta	53	Flag di erogazione diretta	AN	1	<p>Assume i valori: Flag = D dimissione da ricovero e a seguito di visita ambulatoriale; flag = S per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico; • erogazione territoriale per consumo a domicilio (es. SERT, CSM); • erogati in assistenza domiciliare; • farmaci forniti in assistenza residenziale e semiresidenziale; • farmaci forniti a strutture penitenziarie; • erogazione per conto <p>flag = R pazienti affetti da malattie rare flag = N per consumi interni delle strutture.</p>	<p>Il campo flag di erogazione diretta deve essere utilizzato sia per il ricevente territoriale che per il ricevente ospedaliero per distinguere i diversi tipi di distribuzione. Deve sempre essere compilato.</p>	
Ricevente territoriale	54	Codice Distretto o Dipartimento di prevenzione	AN	3	Lettera D seguita dalle 2 cifre del distretto, oppure la costante DPC per il Dipartimento di prevenzione.	<p>Utilizzare questi campi quando il ricevente è una struttura extraospedaliera e non compilare quando il ricevente è un'unità operativa/servizio di un ospedale.</p> <p>L'erogatore territoriale è individuato dallo specifico centro di costo e dal codice struttura. Nel cdc "Assistenza farmaceutica" - DT 005 04 rientrano solo i consumi interni residuali, non imputabili ad altri centri di costo.</p> <p>L'erogazione diretta non imputabile ad uno specifico cdc deve essere imputata al cdc "Altra erogazione diretta" DT 005 09</p>	
	57	Area problematica	AN	2	<p>Compilare questi campi in tutti i casi di ricevente territoriale, come da piano dei Centri di costo regionali e riportati nella tabella dei Centri di costo.</p>		
	59	CDC regionale	AN	3			
	62	Tipologia assistenza	AN	2			

Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione
64	Codice Struttura	AN	6	<p>In generale: indicare il codice STS11 della struttura ricevente.</p> <p>- Per carcere: DT025 e DT026 utilizzare i codici della tabella istituti penitenziari.</p> <p>- Per screening (DP 007), vaccinazioni (DP 008) e assistenza integrativa (DT 006 02) il codice STS11 è facoltativo: indicare il codice quando l'erogazione è svolta da una struttura codificata.</p> <p>- Strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche o private convenzionate: devono essere identificate obbligatoriamente dal centro di costo e dal codice STS11.</p> <p>- Strutture residenziali e semiresidenziali private non convenzionate: indicare il codice presente nell'anagrafe regionale delle strutture.</p> <p>Il codice S00000 non è accettato.</p> <p>Centri di costo per i quali il codice struttura non è richiesto sono:</p> <p>DP 001 Igiene pubblica, DP002 Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro, DP 004 Impiantistica antinfortunistica, DP 005 Igiene alimenti e nutrizione, DP 010 Libera professione sanità pubblica, DT 005 05 Medicina generale, DT 005 06 Pediatria di libera scelta , DT 005 07 Guardia medica (continuità assistenziale), compreso turistica, DT005 04 Assistenza farmaceutica, DT 005 08 Distribuzione per conto, DT 005 09 Altre forme di erogazione diretta, DT 009 01 Assistenza domiciliare integrata (ADI). Se queste attività sono svolte in parte presso strutture codificate, il codice non deve essere inserito; se il campo è compilato viene fatta una segnalazione non scartante. Se il campo è compilato, il codice deve esistere ed essere aperto nell'anagrafe strutture (in caso contrario: errore scartante).</p> <p>Un codice chiuso è accettato solo per resi di magazzino o modifiche retroattive. Il codice struttura deve essere congruente con il distretto (segnalazione).</p>
70	Tipo struttura	AN	1	<p>Indicare C solo in caso di carcere</p> <p>In tutti gli altri casi deve essere lasciato a spazi</p>

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione
Prezzo	71	Parte intera	N	8	Per i farmaci con Minsan e gli esteri indicare il prezzo medio ponderato continuo del farmaco per unità posologica comprensivo di IVA. Per l'unità posologica il riferimento è la tabella dei farmaci pubblicata sul sito del sistema informativo. Per i prodotti galenici, magistrali, officinali, altri gas medicali, allergeni in vivo e radio farmaci non dotati di AIC indicare l'importo totale. Per Ossigeno in contenitori mobili (bombole/ contenitori criogenici) : Indicare il prezzo per bombola/ contenitore criogenico comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo) al netto dell'eventuale costo del servizio. Altro ossigeno in contenitori fissi : Indicare il prezzo al litro, comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo), al netto dell'eventuale costo del servizio. Indica la tipologia del farmaco. Assume i valori: 1= confezione con MINSAN 2= formule magistrali, officinali, galenici, allergeni in vivo e radiofarmaci non dotati di AIC 3= esteri 4= formule magistrali oncologiche 6=altri gas medicinali
	79	Parte decimale	N	5	
Flag tipo medicinale	84	Flag tipo medicinale	AN	1	
Posizione contabile	85	Posizione contabile	AN	1	Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuole eseguire sul record. Posizione contabile 1 : utilizzare per i record il cui mese di erogazione è quello dell'invio (esempio: farmaci erogati a gennaio e trasmessi nel 1° invio) Posizione contabile 2 (integrazione) : utilizzare per i record il cui mese di erogazione è antecedente all'invio; si tratta di integrazioni frutto di ritardi nell'invio dei dati o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello; (esempio: farmaci erogati a gennaio trasmessi nel 2° invio) Posizione contabile 3 (correzione) : utilizzare per i record, già presenti nell'archivio regionale, esclusivamente per modificare le informazioni dei campi prezzo e quantità . Se si vogliono modificare altre informazioni è necessario cancellare il record già caricato, utilizzando la posizione contabile 4, e, contestualmente, ritrasmettere l'intero record con la posizione contabile 2. Posizione contabile 4 (eliminazione) : utilizzare esclusivamente per cancellare i record già presenti nell'archivio regionale.

Scadenze

I dati devono essere inviati **mensilmente** e devono essere consolidati **entro il giorno 11 del mese successivo a quello di erogazione**.

Di norma le **correzioni e integrazioni** devono essere effettuate **entro i due mesi successivi a quello di competenza**. In coincidenza **dell'ottavo e tredicesimo** invio è consentito inviare le correzioni e integrazioni dei dati precedentemente inviati al fine di mantenere l'allineamento delle banche dati aziendali con il database regionale.

Il **13° invio** di chiusura è **facoltativo** per le aziende.

Invio	Competenza	Scadenza
11° 2014	dati di novembre 2014 e modifiche e recupero di eventuali scarti di settembre e ottobre	11 dicembre 2014
12° 2014	dati di dicembre 2014 e modifiche e recupero di eventuali scarti di ottobre e novembre	11 gennaio 2015
13° 2014	Modifiche e recupero di eventuali scarti di tutto l'anno 2014	18 febbraio 2015
1° 2015	dati di gennaio 2015	11 febbraio 2015
2° 2015	dati di febbraio 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti di gennaio	11 marzo 2015
3° 2015	dati di marzo 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti di gennaio e febbraio	11 aprile 2015
4° 2015	dati di aprile 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti di febbraio e marzo	11 maggio 2015
5° 2015	dati di maggio 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti di marzo e aprile	11 giugno 2015
6° 2015	dati di giugno 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti aprile e maggio	11 luglio 2015
7° 2015	dati di luglio 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti del maggio e giugno	11 agosto 2015
8° 2015	dati di agosto 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti di tutti i mesi precedenti	11 settembre 2015
9° 2015	dati di settembre 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti di luglio e agosto	11 ottobre 2015
10° 2015	dati di ottobre 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti di agosto e settembre	11 novembre 2015
11° 2015	dati di novembre 2014 e modifiche e recupero di eventuali scarti del settembre e ottobre	11 dicembre 2015
12° 2015	dati di dicembre 2014 e modifiche e recupero di eventuali scarti dei ottobre e novembre	11 gennaio 2016
13° 2015	Modifiche e recupero di eventuali scarti di tutto l'anno 2015	18 febbraio 2016

Specifiche tecniche del flusso AFT – 2014/2015

Il flusso AFT è normato dalla circolare n. 2 del 22 febbraio 2013 integrato con le specifiche di seguito riportate; per quanto non esplicitamente modificato rimane quindi valido quanto definito dalla circolare 2/2013.

Introduzione

In attuazione del DM 2 novembre 2011 “De-materializzazione della ricetta medica cartacea”, la Regione ha definito il piano di diffusione della ricetta medica de-materializzata che prevede la graduale sostituzione della ricetta cartacea con la ricetta generata elettronicamente dal medico prescrittore (de-materializzata). Dopo una prima fase di sperimentazione in alcune aree, la gran parte delle prescrizioni avverrà in modalità de-materializzata.

Per quanto riguarda la rilevazione AFT, la de-materializzata rende disponibili le stesse informazioni della ricetta cartacea con alcune peculiarità.

La principale differenza consiste nella composizione del codice della ricetta elettronica NRE, formato dal codice regione, seguito da caratteri che individuano lotto di appartenenza e ricetta, mentre la ricetta cartacea riporta il codice regione, l'anno del ricettario e il numero ricetta. A ciò si aggiunge che il decreto prevede che la ricetta de-materializzata sia spendibile su tutto il territorio nazionale, e pertanto il codice regione può riferirsi a tutte le regioni italiane.

Inoltre, il protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni Assofarm e Federfarma del 9/5/2014, ai fini della rendicontazione contabile, prevede che lo schema della distinta contabile DCR sia integrato con l'indicazione del numero totale delle ricette de-materializzate, senza tuttavia numerarle, a differenza di quanto è previsto per la ricetta cartacea. Questo passaggio è significativo in quanto il numero progressivo della ricetta apposto dal farmacista in fase di rendicontazione è un campo che insieme ad altri costituisce la chiave del record nel tracciato AFT.

Tenuto conto di ciò, le specifiche tecniche di compilazione del tracciato sono state adeguate nell'ottica di ridurre al minimo gli interventi; sono state modificate le indicazioni per la compilazione di alcuni campi e i controlli relativi, mentre la lunghezza del tracciato record e le informazioni rilevate sono rimaste invariate.

I campi interessati dalle modifiche sono:

- Progressivo della ricetta
- Flag tipo modulo
- Codice a barre della ricetta/codice NRE
- Flag ricetta informatizzata.
- Numero pezzi specialità

Di seguito sono riportate le nuove indicazioni, con le modifiche evidenziate, e il tracciato record.

TABELLA A – Dati della ricetta e dell'assistito

CODICE UNIVOCO DELLA RICETTA - CHIAVE del record (pos 1-17)

I campi codice farmacia, anno e mese della distinta contabile e il progressivo ricetta costituiscono la chiave del record e lo identificano in modo univoco; rappresentano quindi il codice univoco della ricetta e permettono l'appariamento con i record di file B della stessa ricetta. Devono pertanto essere compilati per tutti i tipi di ricetta.

PROGRESSIVO DELLA RICETTA (pos. 13)

Le regole di compilazione variano nel caso si tratti di ricetta cartacea, rossa o per stupefacenti, oppure de-materializzata. Deve essere garantita l'univocità per farmacia e mese della distinta. Il campo è alfanumerico.

Ricetta cartacea rossa o per stupefacenti: indicare il numero progressivo assegnato alla ricetta nella numerazione all'interno della farmacia, univoco a livello di farmacia (DGR n. 617 del 1/03/2002 “Approvazione degli accordi attuativi regionali ex DPR 371/98”).

Ricetta de-materializzata: assegnare ad ogni ricetta de-materializzata un progressivo univoco a livello di farmacia; il primo carattere può essere una lettera. Deve essere garantita l'univocità all'interno del mese della distinta.

Ricette de-materializzate “sospese”: in alcune circostanze le ricette de-materializzate vengono “sospese” e gestite come ricette cartacee all'interno della farmacia, ad esempio quando il farmaco viene sostituito dal farmacista. In questi casi il farmacista assegna un progressivo all'interno della distinta contabile come per le ricette cartacee. Nel campo indicare il numero progressivo assegnato alla ricetta nella numerazione all'interno della farmacia, univoco a livello di farmacia.

FLAG TIPO MODULO (pos. 60)

Valori ammessi:

- 1= ricetta cartacea rossa (ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni)
- 2= ricetta per stupefacenti (modello ex DPR 309/90, succ. modifiche e DM salute 10 marzo 2006).
- 3= ricetta de-materializzata ex Decreto MEF 02 novembre 2011.
- 4= Ricette de-materializzate "sospese", valore da assegnare a casi di ricette de-materializzate che vengono gestite come cartacee dalla farmacia.

CODICE a BARRE della RICETTA/CODICE NRE (pos. 18)

Per le ricette rosse cartacee rosse, con flag tipo modulo =1, riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta di 15 cifre così composto:

- 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)

Per le ricette per stupefacenti ex legge n. 12/2001 (flag tipo modulo = 2), prive di codice a barre, riempire con spazi.

Per le ricette de-materializzate (flag tipo modulo = 3), comprese quelle "sospese" gestite come rosse (flag tipo modulo=4), riportare il codice di ricetta elettronica (NRE).

Il codice NRE è di 15 caratteri;

- i primi 3 caratteri contengono un codice Istat di Regione italiana /provincia autonoma (es. 080 = Regione-Emilia-Romagna, 030= Lombardia, 042=Trentino, 050=Veneto, 090 = Toscana, 110=Marche)
- i successivi 2 caratteri contengono un codice raggruppamento lotto, alfanumerico (es. A0).
- gli altri 10 caratteri contengono cifre numeriche che identificano la ricetta e il lotto al quale appartiene.

FLAG RICETTA INFORMATIZZATA (pos. 79)

Compilare solo per la ricetta cartacea rossa (flag tipo modulo=1);

Valori ammessi:

0 = ricetta non informatizzata

- 1= ricetta informatizzata con presenza della biffatura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode
- 2= ricetta informatizzata con presenza della sola biffatura "Stampa PC"

Tabella B – Dettaglio per i farmaci (1 record per ogni specialità medicinale)

CODICE UNIVOCO DELLA RICETTA - CHIAVE del record (pos. 1-17)

Per ogni record di specialità compilare il tracciato dalla posizione 1 alla 17 indicando il codice univoco della ricetta come descritto per la tabella A.

NUMERO PEZZI SPECIALITA' (pos. 28-30)

Il DL n. 90 del 24 giugno 2014, all'art. 26, ha previsto che la possibilità da parte del medico di prescrivere fino a 6 pezzi per ricetta in caso di esenzione per malattia rara o patologia. A questo proposito la Regione ha recepito tale norma e ha fornito le indicazioni per una applicazione omogenea sul territorio regionale³. Il controllo sul numero pezzi per specialità è stato pertanto adeguato, nel modo seguente:

Il numero di pezzi prescritti per ricetta può essere al massimo di 2, tranne i seguenti casi:

- esenzione per patologia/malattia rara per la quale il numero massimo di pezzi per ricetta è 6;
- prescrizione di interferone o di antibiotici o soluzioni per fleboclisi (multiprescrivibili) per le quali il numero massimo di pezzi per ricetta è 6;
- prescrizioni di stupefacenti per i quali il numero di pezzi può essere maggiore di 6 (sufficiente per terapia di 30 giorni);
- ossigeno terapeutico.

Per ossigeno in bombole/contenitore criogenico indicare il numero di bombole/contenitore criogenico.

³ Nota PG/2014/254019 del 4 luglio 2014 del Servizio Politica del Farmaco.

AFT - TRACCIATO RECORD

Tabella A - dati della ricetta e dell'assistito (1 record per ricetta)

Pos.	Tipo	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Livello di Controllo	Note per la compilazione
1	N	6	Codice Farmacia	OBB V	Scartante	Codice univoco a livello regionale scaricabile dalla anagrafe strutture regionale. E' composto da: Codice azienda (numerico di 3) Codice Farmacia (numerico di 3; codice distintivo della farmacia in ambito Ausl, derivante in generale dalla pianta organica delle farmacie). A garanzia dell'univocità le farmacie dell'ausl 114 mantengono il riferimento alla Usf pre-unificazione (circolare n. 3/2014); per le farmacie fuori confine convenzionate deve essere utilizzato un codice concordato con il sistema informativo sanità e politiche sociali.
7	N	4	Anno della distinta	OBB V	Scartante	Formato AAAA
11	N	2	Mese della distinta	OBB V	Scartante	Formato MM
13	AN	5	Progressivo della ricetta	OBB V	Scartante	Contatore univoco all'interno della farmacia e del mese. Ricetta cartacea rossa o per stupefacenti: indicare il numero progressivo assegnato alla ricetta nella numerazione all'interno della farmacia, univoco a livello di farmacia (DGR n. 617 del 1/03/2002 "Approvazione degli accordi attuativi regionali ex DPR 371/98"). Ricetta de-materializzata: assegnare ad ogni ricetta de-materializzata un progressivo univoco a livello di farmacia; il primo carattere può essere una lettera. Deve essere garantita l'univocità all'interno del mese della distinta. Ricette de-materializzate "sospese": in alcune circostanze le ricette de-materializzate vengono gestite come ricette cartacee all'interno della farmacia. In questi casi il farmacista assegna un progressivo all'interno della distinta contabile come per le ricette cartacee. Nel campo indicare il numero progressivo assegnato alla ricetta nella numerazione all'interno della farmacia. univoco a livello di farmacia.
I 4 campi precedenti identificano in maniera univoca la ricetta per la farmacia e rappresentano il codice univoco della ricetta (chiave della ricetta)						
18	AN	16	Codice a barre della ricetta	OBB	Scartante	Ricetta rossa cartacea (con flag tipo modulo =1): riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta di 15 cifre così composto: - 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) Ricette per stupefacenti (flag tipo modulo

Pos.	Tipo	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Livello di Controllo	Note per la compilazione
						= 2), prive di codice a barre: compilare a spazi. Ricette de-materializzate (flag tipo modulo = 3), comprese quelle "sospese" (flag tipo modulo=4), riportare il codice di ricetta elettronica (NRE), composto da 15 caratteri: - codice Istat di Regione italiana /provincia autonoma (es. 080 = Regione-Emilia-Romagna, 030= Lombardia, 042=Trentino, 050=Veneto, 090 = Toscana, 110=Marche) - codice raggruppamento lotto (2 caratteri alfanumerici (es. A0). - 10 cifre numeriche.
34	N	8	Data di prescrizione	OBB V	Scartante	Riportare la data della prescrizione fatta dal medico; Non possono essere accettate prescrizioni in cui fra la data di spedizione e la data di prescrizione siano passati più di 30 giorni (escluso quello di emissione). Formato GGMMAAAA.
42	N	8	Data di spedizione	OBB V	Scartante	E' la data di erogazione del farmaco da parte della farmacia. Formato GGMMAAAA.
50		7	Filler			Compilare a spazi
57	AN	16	Codice Fiscale Medico	OBB	Scartante	Indicare il codice fiscale del medico prescrittore. Dato obbligatorio per le prescrizioni redatte su moduli privi di codice a barre (ricettari per stupefacenti, flag tipo modulo = 2) Non impostare in tutti gli altri casi. Se impostato deve essere valido.
73	N	4	Importo totale pagato dal cittadino: parte intera	OBB V	Scartante	Riportare il ticket complessivo della prescrizione dato dalla somma totale di tutti i ticket delle singole specialità: - ticket ex DGR 1190/2011, fino al tetto massimo per ricetta previsto dalla delibera regionale (2, 4, o 6 euro a seconda della fascia di reddito o quota massima). - Differenza di prezzo tra il prodotto di marca e il generico, effettivamente pagata dall'assistito per il numero di pezzi. Nel caso in cui il cittadino non paghi alcun importo i campi devono essere compilati a zeri.
77	N	2	Importo totale pagato dal cittadino: parte decimale	OBB V	Scartante	
79	AN	1	FLAG ricetta informatizzata	OBB	Scartante	Compilare solo per la ricetta cartacea rossa (flag tipo modulo=1); Valori ammessi: 0 = ricetta non informatizzata 1= ricetta Informatizzata con presenza della biffatura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode 2= ricetta informatizzata con presenza della sola biffatura "Stampa PC"
80	AN	1	FLAG tipo modulo	OBB V	Scartante	Valori ammessi: 1= ricetta cartacea rossa (ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni)

Pos.	Tipo	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Livello di Controllo	Note per la compilazione
						<p>2= ricetta per stupefacenti (modello ex DPR 309/90, succ. modifiche, L. 12/2001 e DM salute 10 marzo 2006).</p> <p>3= ricetta dematerializzata ex Decreto MEF 02 novembre 2011.</p> <p>4= Ricette dematerializzate "sospese", valore da assegnare a casi di ricette dematerializzate che vengono gestite come cartacee dalla farmacia..</p>
81	AN	2	Tipo ricetta	OBB	Scartante	<p>Sono accettati esclusivamente i seguenti valori:</p> <p>ST = straniero temporaneamente presente in possesso di codice STP</p> <p>UE = Soggetti assicurati da istituzioni estere europee in temporaneo soggiorno</p> <p>EE = Soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee in temporaneo soggiorno</p> <p>NE = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee</p> <p>NX = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni extraeuropee</p> <p>Per assistito SSN residente in Italia lasciare a spazi.</p>
83	AN	8	Campo riservato per utilizzi specifici (ricetta ex art. 50 L. 326/2003)	FAC	Segnalazione	<p>Riportare l'eventuale contenuto nell'analogo campo del modulo di ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni. In assenza di informazioni compilare a spazi.</p>
91	N	3	Numero confezioni	OBB	Scartante	<p>Indicare il numero di confezioni presenti sulla ricetta; il valore non può essere zero e deve essere congruente con il totale pezzi di file B</p>
94		21	filler			filler; compilare a spazi.
115	AN	16	Codice fiscale assistito	OBB	Scartante	<p>Il campo deve obbligatoriamente contenere 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);. - assistiti appartenenti a stati colpiti dalla Crisi del Nord Africa richiedenti asilo politico, temporaneamente presenti: indicare il codice AS (tipo ricetta ST);. <p>Il campo non deve essere compilato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per le ricette di tipo UE, EE, NE, NX; - nei casi che prevedono l'anonimato: - farmaci relativi a terapia antivirale, ad uso sistemico, di impiego nel trattamento delle infezioni da HIV e di quelle ad essa

Pos.	Tipo	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Livello di Controllo	Note per la compilazione
						<p>correlata. ATC J05, con l'esclusione di J05AB04, J05AE11 e J05AE12, J05AF08, J05AF10 e J05AF11, J05AH01 e J05AH02 in quanto farmaci con indicazioni diverse da HIV e patologie immediatamente correlabili ad essa);</p> <p>- farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02, N07BB, N07BB01, N07BB02, N07BB03, N07BB04);</p> <p>- codici di esenzione 020 (infezione da HIV) e 014 (dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool).</p>
131	AN	3	Codice Ausl di residenza	OBB	Scartante	<p>Indicare il Codice dell'Azienda di residenza dell'assistito.</p> <p>Codifica: Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).</p> <p>Il campo deve essere obbligatoriamente impostato per i residenti in regione (errore scartante).</p> <p>Per i non residenti deve essere comunque impostato se il dato risulta individuabile (segnalazione).</p>
134	AN	2	Sigla provincia di residenza	OBB V	Scartante	<p>Indicare la sigla della provincia di residenza (tabella TCOMNOS).</p> <p>Se la provincia è sconosciuta indicare 00.</p> <p>Per i residenti all'estero, compresi gli assistiti con codice STP, ENI, PSU e AS, assume il valore 99.</p>
136	AN	30	Cognome Assistito	FAC	Scartante	<p>Indicare facoltativamente il cognome dell'assistito. Nei casi di anonimato inserire obbligatoriamente la dicitura ANONIMO (errore scartante).</p>
166	AN	20	Nome Assistito	FAC	Scartante	<p>Indicare facoltativamente il nome dell'assistito.</p> <p>Nei casi di anonimato inserire obbligatoriamente la dicitura ANONIMO (errore scartante).</p>
186	AN	1	Sesso Assistito	FAC	Segnalazione	<p>Se non compilato: segnalazione</p> <p>Se presente deve essere valido (errore scartante)</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1 = Maschio</p> <p>2 = Femmina</p>
187	N	3	Età assistito	OBB V	Scartante	<p>Indicare l'età dell'assistito.</p> <p>Valorizzare a 999, se il dato è sconosciuto.</p>
190	AN	8	Data di nascita	OBB	Segnalazione	<p>Obbligatorio per assistiti residenti in Regione (se manca: segnalazione).</p> <p>Se presente deve essere valida (errore scartante)</p> <p>Deve essere in formato GGMMAAAA</p>
198	N	1	Posizione contabile	OBB V	Scartante	<p>Indicare il tipo di operazione tecnica che si vuol eseguire sul record: inserimento, modifica, cancellazione, attribuendo uno dei seguenti valori:</p> <p>1=record relativi a ricette con data della distinta contabile del mese di competenza;</p>

Pos.	Tipo	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Livello di Controllo	Note per la compilazione
						<p>2=record relativi a ricette recuperate dal/dai mesi precedenti, purché con data della distinta entro l'anno di competenza; per record recuperati dai mesi precedenti si intendono record precedentemente scartati, sui quali sono state fatte verifiche e correzioni che ne consentono un nuovo invio.</p> <p>3=record già presente nella banca dati regionale a cui si vogliono apportare modifiche;</p> <p>4=record già presente nella banca dati regionale che deve essere eliminato .</p>
199	AN	28	Codice istituzione competente	FAC	Segnalazione	<p>Riportare quanto eventualmente indicato dall'omonimo campo della ricetta. Impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, EE, NE, NX (segnalazione). Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (scartante).</p>
227	AN	2	Stato estero	FAC	Segnalazione	<p>Indicare lo stato del soggetto assicurato da istituzioni estere, riportando quanto eventualmente indicato dall'omonimo campo della ricetta. Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE (segnalazione). Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (scartante).</p>
229	AN	20	Numero di identificazione personale	FAC	Segnalazione	<p>Indicare il numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzioni estere, riportando quanto eventualmente indicato dall'omonimo campo della ricetta. Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE (segnalazione). Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (scartante).</p>
249	AN	20	Numero di identificazione della tessera	FAC	Segnalazione	<p>Indicare il numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere, riportando quanto ricavabile dall'omonimo campo della ricetta (segnalazione). Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE. Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (scartante).</p>
269	AN	3	Cittadinanza	FAC	Scartante	<p>La cittadinanza deve essere indicata se ricavabile dalle anagrafi aziendali. Indicare il codice ISTAT a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani il valore è 100. Per gli apolidi 999. Se la cittadinanza è sconosciuta compilare a spazi. Se presente deve essere valido (errore scartante)</p>

Tabella B - DETTAGLIO PER I FARMACI (1 record per ogni specialità)

Pos.	Formato	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Livello di controllo	Note per la compilazione
1	N	17	Codice Univoco della ricetta	OBB V	Scartante	Chiave di collegamento fra i dati della ricetta e quelli della prescrizione (chiave del FILE A).
18	AN	1	Progressivo specialità	OBB V	Scartante	Non possono essere presenti più di 2 specialità diverse su una stessa ricetta, per cui il progressivo non può essere superiore a 2, salvo il caso di morfina cloridrato, ATC N02AA01. I numeri progressivi devono essere sequenzialmente ordinati.
19	AN	9	Codice specialità	OBB V	Scartante	Codice ministeriale MINSAN10, compreso ossigeno terapeutico.
28	N	3	Numero pezzi specialità	OBB V	Scartante	Il numero di pezzi prescritti per ricetta può essere al massimo di 2, tranne i seguenti casi: - esenzione per patologia/malattia rara per la quale il numero massimo di pezzi per ricetta è 6; - prescrizione di interferone o di antibiotici o soluzioni per fleboclisi (multiprescrivibili) per le quali il numero massimo di pezzi per ricetta è 6. - prescrizioni di stupefacenti per i quali il numero di pezzi può essere maggiore di 6 (sufficiente per terapia di 30 giorni) - ossigeno terapeutico Per ossigeno in bombole/contenitore criogenico Indicare il numero di bombole/contenitore criogenico
31		2	Filler			Compilare a spazi.
33	N	5	Prezzo della specialità: parte intera	OBB V	Scartante	Indicare il prezzo per confezione della specialità, parte intera.
38	N	2	Prezzo della specialità: parte decimale	OBB V	Scartante	Indicare il prezzo per confezione della specialità, parte decimale.
40	N	4	Ticket specialità: parte intera	OBB V	Scartante	Riportare la differenza di prezzo tra il prodotto di marca e il generico compilando con il valore effettivamente pagato dall'assistito in caso di non sostituibilità, di scelta diversa dal generico o di non reperibilità.
44	N	2	Ticket specialità: parte decimale	OBB V	Scartante	Il valore deve essere unitario. Nel caso in cui il cittadino non paghi questo importo, i campi devono essere compilati a zero. Il campo non deve contenere il ticket ex DGR 1190/2011.
46	AN	3	Nota AIFA	OBB	Non scartante	Riportare la nota AIFA indicata dal medico sulla prescrizione.

Pos.	Formato	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Livello di controllo	Note per la compilazione
49	AN	6	Codice esenzione ticket/fascia di reddito	OBB	Scartante	<p>Indicare in alternativa il codice esenzione o il codice di fascia di reddito.</p> <p>Codice di esenzione: deve essere valido alla data di prescrizione. Le esenzioni ammesse sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - patologia e malattie rare - invalidità civili, del lavoro, per servizio, di guerra - vittime del terrorismo e criminalità organizzata - farmaci per la terapia del dolore severo - per reddito - adozioni e affidi - terremoto, alluvioni - danneggiati da vaccinazioni L210/92 <p>I codici validi sono quelli della circolare n. 14 bis/2011 e DGR 145/2014.</p> <p>Fascia di reddito: per assistiti non indicare il codice corrispondente alla fascia di reddito o al pagamento della quota massima (nota PG2011/ 0237361 del 30/9/2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> - fino a 36.152 € → codice RE1 - tra 36.153 € e 70.000 € → codice RE2 - tra 70.001 e 100.000 € → codice RE3 - pagamento quota massima → codice QM <p>Per il tipo ricetta UE il campo può non essere compilato.</p> <p>Il record è scartato quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il numero di pezzi è maggiore di 2, senza la relativa esenzione per patologia (T507 numero pezzi del farmaco non valido per l'esenzione indicata). Sono fatti salvi la prescrizione di 3 pezzi in presenza della relativa esenzione, i restanti casi di cui all'art. 9 della legge 405/2001 e l'ossigeno. - il codice è incompleto o inesistente (es.: per ipertensione arteriosa il codice valido è 0A31, il codice A31 è incompleto) (codice errore T305 – codice inesistente)
55	N	5	Importo sconto L. 662/96 -parte intera	OBB V	Scartante	<p>Inserire l'importo dello sconto ex L. 662/96, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco, calcolato al lordo dei ticket e al netto dell'IVA (parte intera e parte decimale)</p>
60	N	2	Importo sconto L. 662/96 -parte decimale	OBBV	Scartante	
62	N	5	Importo sconto det. AIFA 27/09/06 -parte intera	OBBV	Scartante	<p>Inserire l'importo dello sconto pari allo 0,6% del prezzo al pubblico, comprensivo di IVA, di cui alla Determina AIFA del 27/09/06, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco , (parte intera e parte decimale)</p>
67	N	2	Importo sconto det. AIFA 27/09/06 -parte decimale	OBBV	Scartante	

69	N	5	Importo sconto det. AIFA 09/02/07-parte intera	OBBV	Scartante	Inserire l'importo dello sconto di cui alla Determina AIFA del 09/02/2007, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco (parte intera e parte decimale); dal 2013 lo sconto è pari allo 0,64% del prezzo al pubblico, comprensivo di IVA.
74	N	2	Importo sconto det. AIFA 09/02/07-parte decimale	OBBV	Scartante	
76	N	5	Importo sconto ex DL n. 78 del 31 maggio 2010 - parte intera	OBBV	Scartante	Inserire l'importo dello sconto di cui al Decreto Legge n. 78 del 31 maggio 2010, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco (parte intera e parte decimale). Dal 2013 lo sconto è rideterminato pari all'2,25% del prezzo al pubblico, al netto dell'IVA.
81	N	2	Importo sconto ex DL n. 78 del 31 maggio 2010 - parte decimale	OBBV	Scartante	
83		13	Filler			Compilare a spazi.

Scadenze

Gli invii hanno periodicità mensile con scadenza entro il giorno 20 del secondo mese successivo al mese di competenza.

E' previsto il 13° invio, facoltativo per le aziende, per consentire correzioni e il recupero degli eventuali scarti, con termine il 10 marzo dell'anno successivo a quello di competenza.

Invio	Competenza	Scadenza
9° 2014	dati di settembre 2014 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 novembre 2014
10° 2014	dati di ottobre 2014 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 dicembre 2014
11° 2014	dati di novembre 2014 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 gennaio 2015
12° 2014	dati di dicembre 2014 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 febbraio 2015
13° 2014	Modifiche e recupero di eventuali scarti	10 marzo 2015
1° 2015	dati di gennaio 2015	20 marzo 2015
2° 2015	dati di febbraio 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 aprile 2015
3° 2015	dati di marzo 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 maggio 2015
4° 2015	dati di aprile 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 giugno 2015
5° 2015	dati di maggio 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 luglio 2015
6° 2015	dati di giugno 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 agosto 2015
7° 2015	dati di luglio 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 settembre 2015
8° 2015	dati di agosto 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 ottobre 2015
9° 2015	dati di settembre 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 novembre 2015
10° 2015	dati di ottobre 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 dicembre 2015
11° 2015	dati di novembre 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 gennaio 2016
12° 2015	dati di dicembre 2015 e modifiche e recupero di eventuali scarti	20 febbraio 2016
13° 2015	Modifiche e recupero di eventuali scarti	10 marzo 2016

Specifiche tecniche del flusso FED – 2014/2015

Il flusso FED è regolato dalla circolare n. 2 del 22 febbraio 2013 integrata con le specifiche di seguito riportate; per quanto non esplicitamente modificato rimane quindi valido quanto definito dalla circolare 2/2013.

Introduzione

Le novità sono dovute alla diffusione della ricetta de-materializzata, alla necessità di rilevare la targatura delle singole confezioni di medicinali, alla revisione del controllo sulla data di validità del farmaco, al controllo sul numero pezzi della DPC, l'inserimento del codice distretto per le erogazioni effettuate in ADI, ulteriori esclusioni per quanto riguarda l'anonimato.

Inoltre, a seguito della regolamentazione in tema di autorizzazione e classificazione dei medicinali che ha istituito una nuova sezione denominata C(nn), classe C non negoziata, si è ritenuto di definire le regole per il monitoraggio delle erogazioni effettuate in ambito regionale. Tali erogazioni possono avvenire previa valutazione ed inserimento dei farmaci C(nn) in una lista apposita del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) e autorizzazione dei singoli casi da parte dei competenti organismi territoriali.

Pertanto i campi interessati dalle modifiche sono:

- codice struttura per tipo erogatore 06 – ADI
- numero ricetta (Codice a barre della ricetta/codice NRE)
- flag tipo modulo (nuovo campo, si utilizza un filler)
- codice fiscale (per ulteriori esclusioni da anonimato)
- data di erogazione/codice farmaco farmaco (controllo di validità del codice)
- quantità erogata per la DPC
- targatura

Ricetta de-materializzata, codice NRE della ricetta per la DPC. In attuazione del DM 2 novembre 2011 "De-materializzazione della ricetta medica cartacea" la Regione ha definito il piano di diffusione della ricetta medica de-materializzata che prevede la sostituzione della ricetta cartacea con la ricetta de-materializzata generata elettronicamente dal medico prescrittore. Dopo una prima fase di sperimentazione in alcune aree, una percentuale significativa delle prescrizioni avviene su ricetta de-materializzata ed è previsto anche il futuro passaggio per la distribuzione per conto di medicinali (DPC).

E' pertanto necessario individuare fin da ora le regole di compilazione del tracciato anche per il flusso FED, poiché il codice ricetta è diverso in caso di ricetta cartacea o de-materializzata. Infatti, il codice della ricetta elettronica NRE è formato dal codice regione, seguito da caratteri che individuano lotto di appartenenza e ricetta, mentre la ricetta cartacea riporta il codice regione, l'anno del ricettario e il numero ricetta. A questo scopo è stato anche individuato il nuovo FLAG Tipo Modulo, alla pos. 185 del file A.

Pertanto i campi interessati devono essere compilati seguendo queste indicazioni:

NUMERO RICETTA (Tabella A, pos. 145)

Campo obbligatorio per DPC

Per le ricette rosse cartacee, con flag tipo modulo =1, riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta di 15 cifre così composto:

- 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)

Per le ricette de-materializzate (flag tipo modulo = 3), **comprese quelle "sospese"** gestite come rosse (flag tipo modulo=4), riportare il codice di ricetta elettronica (NRE).

Il codice NRE è di 15 caratteri;

- i primi 3 caratteri contengono un codice Istat di Regione italiana /provincia autonoma (es. 080 = Regione-Emilia-Romagna, 030= Lombardia, 042=Trentino, 050=Veneto, 090 = Toscana, 110=Marche)
- i successivi 2 caratteri contengono un codice raggruppamento lotto, alfanumerico (es. A0).
- gli altri 10 caratteri contengono cifre numeriche che identificano la ricetta e il lotto al quale appartiene.

FLAG TIPO MODULO (Tabella A, pos. 185)

Campo obbligatorio quando il campo numero ricetta è compilato

E' un nuovo campo che indica il tipo di ricetta utilizzato dal medico per la prescrizione.

Per non modificare il tracciato si utilizza il filler alla posizione 185. I codici sono mutuati per coerenza dal flusso AFT. Il valore 2 (ricettari per stupefacenti) non è ammesso.

Valori ammessi:

1= ricetta cartacea rossa (ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni)

3= ricetta de-materializzata ex Decreto MEF 02 novembre 2011.

4= Ricette de-materializzate "sospese", valore da assegnare a casi di ricette de-materializzate che vengono gestite come cartacee dalla farmacia.

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 saranno estesi a tutta la distribuzione diretta. Per tale motivo 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.

TARGATURA (Tabella B , pos. 101)

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

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 9 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.

Rilevazione dei farmaci classificati C (nn)

Con apposita nota⁴, la Regione Emilia-Romagna ha definito le modalità di gestione dei farmaci classificati C(nn) ovvero di quei farmaci già autorizzati per la commercializzazione dalla Comunità Europea, su parere favorevole dell'EMA, ma in attesa della valutazione ai fini della rimborsabilità da parte di AIFA e quindi inseriti in una nuova sezione denominata Classe C non negoziata. Tali farmaci possono essere prescritti nei casi rispondenti ai requisiti individuati dalla Commissione Regionale del Farmaco, previa autorizzazione caso per caso da parte degli organismi competenti per territorio.

La regola di compensazione nei casi autorizzati prevede che l'onere per l'acquisto sia per il 50% a carico dell'Azienda erogatrice e per il restante 50% a carico dell'Azienda di residenza del paziente, indipendentemente dalla modalità di erogazione. Questa regola è valida solo per la mobilità infraregionale poiché attualmente questi farmaci non sono compresi nella lista dei farmaci ad elevato costo riconosciuta per la mobilità interregionale. Eventuali erogazioni per residenti fuori regione saranno scartate dal flusso informativo (controllo scartante).

La rilevazione dei farmaci C(nn) nel flusso FED deve avvenire per tutti i pazienti residenti nella Regione Emilia-Romagna, secondo le seguenti indicazioni:

CODICE DEL FARMACO (Tabella B, pos. 44)

Il percorso regionale prevede che siano impiegati solo i farmaci C(nn) già dotati di AIC e valutati dalla CRF, quindi inseriti nella lista apposita del PTR. Pertanto i farmaci individuati tramite codice AIC devono appartenere ad un ATC presente nell'elenco dei farmaci C(nn) valutati dalla CRF. Tale elenco è dinamico e sarà aggiornato mensilmente (stessa periodicità di aggiornamento del PTR).

MODALITÀ DI EROGAZIONE (Tabella B, pos. 77)

La modalità di erogazione deve essere compatibile con la via di somministrazione del farmaco e con il setting assistenziale per la somministrazione delle terapie oncologiche definito fino ad ora a livello regionale.

Farmaci orali: erogazione diretta (modalità di erogazione da 01 a 05);

Farmaci sottocute: erogazione diretta o ambulatoriale (modalità di erogazione da 01 a 05 o 08);

Farmaci endovena: se oncologici, ricovero in regime day hospital (modalità di erogazione 07); per farmaci non oncologici, ricovero in regime day hospital o ambulatoriale (modalità di erogazione 07 oppure 08).

⁴ Nota PG/2014/189203 del 6/05/2014 "Modalità di gestione dei farmaci classificati C(nn) nella Regione Emilia-Romagna "

IMPORTO UNITARIO (Tabella B, pos. 64)

Indicare il prezzo unitario per unità posologica al 100%. Nel file di ritorno informativo della mobilità sanitaria, la Regione provvederà a calcolare il costo al 50%.

Farmaci revocati. Nel gruppo di lavoro sui flussi NSIS dell'assistenza farmaceutica, l'AIFA ha segnalato che dopo 180 giorni dal provvedimento di revoca un medicinale non è cedibile o somministrabile o dispensabile e deve essere ritirato dall'azienda farmaceutica produttrice. Decorso tale termine concesso per lo smaltimento scorte, se un medicinale revocato viene somministrato ad un paziente è necessaria una esplicita assunzione di responsabilità da parte della farmacia e/o del medico. NSIS sta effettuando un monitoraggio puntuale sulla spesa per farmaci revocati registrata nei flussi ministeriali. Pertanto nei flussi informativi dell'assistenza farmaceutica il controllo sulla validità del codice farmaco rispetto alla data di erogazione viene adeguato alle indicazioni ministeriali, quindi i record relativi a farmaci con Minsan revocati da oltre 180 giorni saranno scartati indipendentemente dal periodo di validità/scadenza del farmaco, in quanto non più somministrabili/dispensabili.

Quantità e numero pezzi per ricetta in DPC. Un'ulteriore modifica riguarda l'inserimento del controllo sul numero pezzi per ricetta in DPC. L'art. 26 del D.L. 90/2014 modifica alcune norme per la prescrizione dei medicinali per il trattamento di patologie croniche e invalidanti, prevedendo la possibilità di prescrivere fino ad un massimo di sei pezzi per ricetta esclusivamente agli assistiti in possesso di esenzione per malattia rara o per patologia cronica e invalidante. La Regione ha recepito e fornito indicazioni per l'applicazione di tale norma⁵. Pertanto, il sistema di controllo accetta un numero di pezzi per ricetta superiore a 2 e fino ad un massimo di 6 solo a fronte delle esenzioni richiamate.

Distretto in ADI. Per consentire una lettura del dato a livello distrettuale, è necessario inserire la rilevazione del codice di distretto in cui viene erogato il medicinale, in analogia con i flussi AFO e DIME. Poiché per il tipo erogatore ADI, non è previsto un codice struttura, questa soluzione risponde anche all'esigenza di evitare che all'interno della Ausl Romagna vengano inseriti codici contatto doppi, in considerazione del fatto che l'invio dei dati avviene per aree corrispondenti alle vecchie Aziende Usl. Pertanto in caso di ADI nel campo codice struttura deve essere indicato il distretto secondo le seguenti specifiche:

CODICE STRUTTURA (pos. 6-11)

Se TIPO EROGATORE = 06:

Questi campi individuano il distretto che eroga il medicinale in ADI

Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda Usl.

Nel campo CODICE STRUTTURA deve essere indicato il codice di distretto a 3 cifre, allineato a sinistra.

Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.

Pazienti anonimi: specifichiamo ulteriori esclusioni dall'anonimato rispetto agli ATC già previsti: J05AF10 (Entecavir - trattamento epatite B) J05AE11 e J05AE12 (rispettivamente Telaprevir e Boceprevir - trattamento epatite C). Dovranno essere esclusi dall'anonimato anche gli ulteriori farmaci per il trattamento dell'epatite C in via di commercializzazione, di cui ancora non si dispone della classificazione ATC (esempio: principio attivo Sofosbuvir).

Flag HIV: Dal 2013 è stato introdotto il monitoraggio dei farmaci utilizzati nella terapia antiretrovirale. Si ribadisce la necessità di rilevare obbligatoriamente questa informazione, anche se si è ritenuto di mantenere il controllo non scartante.

⁵ Nota PG/2014/254019 del 4 luglio 2014 del Servizio Politica del farmaco

FED - TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

Tabella A (1 record per ogni episodio di erogazione diretta)

La chiave dei record è costituita dai seguenti campi: tipo erogatore, codice azienda, codice struttura/farmacia, sub codice e codice contatto.

A1 – Dati dell'erogatore e valorizzazione

Pos	Campo	Tipo e lunghezze	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
1	TIPO EROGATORE	AN 2	<p>Valori ammessi: 01 = <i>Struttura ospedaliera</i> 02 = <i>Struttura ambulatoriale interna all'ospedale</i> 03 = <i>Struttura ambulatoriale territoriale</i> 04 = <i>Altra struttura territoriale (CSM, SERT, ...)</i> 05 = <i>Farmacia convenzionata</i> 06 = <i>ADI</i> 07 = <i>Strutture residenziali, semiresidenziali, hospice</i> 08 = <i>Carcere</i></p> <p>Per farmaci consegnati al paziente da una divisione o dalla farmacia ospedaliera, il campo deve essere compilato con 01. Per la modalità di erogazione 07, il campo deve essere compilato con 01. Per i farmaci consegnati al paziente <u>da un ambulatorio interno all'ospedale</u>, il campo deve essere compilato con 02. Per farmaci consegnati al paziente <u>da una struttura ambulatoriale territoriale</u>, compilare con 03. Nel caso di farmaci consegnati al paziente <u>da un'altra struttura territoriale</u>, il campo deve essere compilato con 04. Nel caso di farmaci consegnati al paziente <u>da farmacie convenzionate (cosiddetta erogazione per conto)</u> il campo deve essere compilato con 05. Nel caso di farmaci consegnati <u>a pazienti in Assistenza domiciliare integrata</u>, il campo deve essere compilato con 06. Per Strutture residenziali, semiresidenziali, hospice compilare con 07. Per istituti penitenziari con 08.</p>	OBB V	Scartante
3	CODICE AZIENDA	AN 3	<p>Se TIPO EROGATORE = 01: I 3 campi individuano la struttura/farmacia ospedaliera erogatrice. A seconda dell'organizzazione aziendale la struttura/farmacia può essere individuata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dal solo CODICE AZIENDA nel caso di erogazione diretta effettuata da Azienda Ospedaliera; • da CODICE AZIENDA + CODICE PRESIDIO • da CODICE AZIENDA + CODICE PRESIDIO + SUBCODICE. <p>I codici da utilizzare per l'Azienda sono quelli della Circolare n.36/94 e per i presidi/stabilimenti i codici sono quelli del Ministero della Sanità Modelli HSP 12. L'informazione codice presidio deve essere inserita nel campo STRUTTURA/FARMACIA.</p>	OBB V	Scartante e
6	CODICE STRUTTURA/FARMACIA	AN 6			
12	SUBCODICE	AN 2			
			<p>Se TIPO EROGATORE = 02: Questi campi individuano la struttura ambulatoriale interna all'ospedale. Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda sanitaria alla quale appartiene l'ambulatorio interno all'ospedale.</p>		

Pos	Campo	Tipo e lunghezze	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
			<p>Nel campo STRUTTURA /FARMACIA deve essere inserito il codice STS11 della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996). Le tipologie di assistenza ammesse sono: S01, S02, S03 e S04. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 03:</u> <i>Questi campi individuano la struttura ambulatoriale territoriale (compresa emodialisi territoriale).</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda Usl alla quale appartiene l'ambulatorio territoriale. Nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS11 della rilevazione ministeriale. Le tipologie di assistenza ammesse sono: S01, S02, S03, S04. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 04:</u> <i>Questi campi individuano la struttura territoriale (CSM, SERT,...)</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda Usl alla quale appartiene la struttura territoriale. Per i CSM nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS11 della rilevazione ministeriale; i valori ammessi sono riconducibili alla tipologia di assistenza S05, S06. Per i SERT nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice della tabella dei SERT. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 05:</u> <i>Questi campi individuano la farmacia convenzionata erogatrice.</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda Usl sul cui territorio è ubicata la Farmacia. Nel campo CODICE FARMACIA CONVENZIONATA deve essere inserito il codice univoco a livello regionale, composto da: Codice Azienda (numerico di 3) Codice Farmacia (numerico di 3; progressivo previsto nella pianta organica delle farmacie); per le eventuali farmacie fuori confine convenzionate deve essere utilizzato un codice ad hoc. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 06:</u> <i>Questi campi individuano il distretto che eroga il medicinale in ADI</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda Usl. Nel campo CODICE STRUTTURA deve essere indicato il codice di distretto a 3 cifre, allineato a sinistra. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 07</u> <i>Questi campi individuano le strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni, hospice.</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il</p>		

Pos	Campo	Tipo e lunghezze	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
			<p>codice della Azienda Usi di pertinenza della struttura. Nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS11 che individua la struttura; I valori ammessi sono riconducibili alla tipologia di assistenza da S05 a S12 Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p>Se TIPO EROGATORE = 08: <i>Questi campi individuano gli istituti penitenziari.</i> CAMPO TIPO EROGATORE: 08. CAMPO CODICE AZIENDA: riportare il codice della Azienda Usi sul cui territorio è ubicato il carcere. CAMPO STRUTTURA/FARMACIA: indicare la parte numerica del codice carcere. CAMPO SUBCODICE: indicare C (parte letterale del codice carcere)</p>		
14	CODICE CONTATTO	AN 20	Identificativo univoco per struttura erogatrice che unisce i record di tabella A ai record di tabella B. Il codice comunque formato deve contenere nelle prime 4 posizioni l'anno di riferimento ed è univoco all'interno dell'anno.	OBB V	Scartante
34	IMPORTO TOTALE: PARTE INTERA	N 8	E' la somma di uno o più importi di tabella B (moltiplicati per la rispettiva quantità) individuati da un diverso PROGRESSIVO FARMACO con il medesimo CODICE CONTATTO. L'importo totale si ottiene moltiplicando le quantità di tabella B per i rispettivi prezzi unitari e sommando gli importi ottenuti dopo averli arrotondati alla seconda cifra decimale.	OBB V	Scartante
42	IMPORTO TOTALE PARTE DECIMALE	N 2	Centesimi relativi all'importo totale precedente	OBB V	Scartante
44	COSTO DEL SERVIZIO PARTE INTERA	N 6	Da compilare solo per l'erogazione per conto. Costo totale del servizio imputato dalla farmacia convenzionata alla Azienda usi e riferito alla singola ricetta (parte intera).	OBB	Scartante
50	COSTO DEL SERVIZIO PARTE DECIMALE	N 2	Centesimi relativi al costo del servizio	OBB	Scartante
52	MODALITA' ORGANIZZATIVA	AN 2	Valori ammessi: 01 = distribuzione effettuata dalla Azienda Ospedaliera "per conto" della Azienda USL; 02 = distribuzione effettuata da Struttura privata "per conto" della Azienda USL. In tutti gli altri casi il campo non deve essere compilato.	OBB	Scartante
54	POSIZIONE CONTABILE	AN 1	Valori ammessi: 1 = record relativo a prestazioni erogate nel mese di competenza 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	OBB V	Scartante

A 2 - DATI ASSISTITO

Pos	Campo	Tipo e lunghezze	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
55	CODICE FISCALE	AN 16	<p>Il campo deve obbligatoriamente contenere 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); - assistiti appartenenti a stati colpiti dalla Crisi del Nord Africa richiedenti asilo politico, temporaneamente presenti: indicare il codice AS (tipo ricetta ST); <p>Inoltre 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. Sono esclusi dall'anonimato: a) i: farmaci con indicazioni diverse da HIV (J05AB04, J05AE11 e J05AE12, J05AF08, J05AF10 e J05AF11, J05AH01 e J05AH02) b) ulteriori farmaci per il trattamento dell'epatite C in via di commercializzazione, di cui ancora non si dispone della classificazione ATC (esempio: principio attivo Sofosbuvir). • farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02, N07BB, inclusi per quest'ultimo tutti gli ATC di 5° livello: N07BB01, N07BB02, N07BB03 e N07BB04). <p>In tali casi i campi nome e cognome devono obbligatoriamente essere impostati con la dicitura ANONIMO. Si precisa infine, che per la tutela della riservatezza dell'assistito, tutti i record provenienti dai SERT devono essere trasmessi anonimi.</p>	OBB	Scartante
71	COGNOME	AN 30	Indicare il cognome dell'assistito e compilare tutto maiuscolo. Nei casi sopra descritti per i quali è previsto l'anonimato deve essere compilato obbligatoriamente con la dicitura ANONIMO.	OBB V	Scartante
101	NOME	AN 20	Indicare il nome dell'assistito e compilare tutto maiuscolo. Nei casi sopra descritti per i quali è previsto l'anonimato deve essere compilato obbligatoriamente con la dicitura ANONIMO.	OBB V	Scartante
121	SESSO	AN 1	<i>Valori ammessi:</i> 1 = Maschio 2 = Femmina	OBB V	Scartante
122	DATA DI NASCITA	AN 8	Formato GGMMAAAA	OBB V	Scartante

Pos	Campo	Tipo e lunghezza	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
130	COMUNE DI NASCITA DELL'ASSISTITO	AN 6	Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS . Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (tabella TCOMNOS). Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non è presente nella tabella TCOMNOS. Dal 2013, nei soli casi di comuni e stati esteri cessati, è abolito il controllo di congruità tra comune di nascita e codice comune presente nel codice fiscale. Per gli assistiti anonimi il campo non deve essere compilato.	OBB	Scartante condizionato
136	COMUNE DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO	AN 6	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente. Nel caso di stranieri <u>regolarmente iscritti al SSN</u> è possibile indicare, in mancanza del comune di residenza, l'effettiva dimora, ovvero il comune di domicilio. Per i residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS . Per i residenti all'estero, compresi STP, ENI, AS, PSU, codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (tabella TCOMNOS)	OBB V	Scartante
142	CITTADINANZA DELL'ASSISTITO	AN 3	Utilizzare il codice a 3 cifre presente nella tabella TCOMNOS . Per i cittadini Italiani codificare con 100, gli apolidi con 999.	OBB V	Scartante
145	NUMERO RICETTA	AN 15	Il campo è obbligatorio per la DPC Per le ricette rosse cartacee, con flag tipo modulo =1, riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta di 15 cifre così composto: - 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) Per le ricette de-materializzate (flag tipo modulo = 3), comprese quelle "sospese" gestite come rosse (flag tipo modulo=4), riportare il codice di ricetta elettronica (NRE). Il codice NRE è di 15 caratteri; - i primi 3 caratteri contengono un codice Istat di Regione italiana /provincia autonoma (es. 080 = Regione-Emilia-Romagna, 030= Lombardia, 042=Trentino, 050=Veneto, 090 = Toscana, 110=Marche) - i successivi 2 caratteri contengono un codice raggruppamento lotto, alfanumerico (es. A0). - gli altri 10 caratteri contengono cifre numeriche che identificano la ricetta e il lotto al quale appartiene.	OBB	Scartante condizionato
160	CODICE PRESCRITTORE	AN 16	Indicare il codice fiscale del medico prescrittore.	FAC	Segnalazione

Pos	Campo	Tipo e lungi	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo																						
176	TIPO PRESCRITTORE	AN 1	<p>Indica il ruolo del prescrittore ed assume i seguenti valori:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipologia prescrittore</th> <th>Codice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medico di medicina generale</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>Pediatra di libera scelta</td> <td>P</td> </tr> <tr> <td>Ospedaliero</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>Specialista ambulatoriale (ex SUMAI)</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>Guardia medica</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>Guardia medica turistica</td> <td>T</td> </tr> <tr> <td>Specialista di struttura privata accreditata</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Medico di azienda ospedaliera-universitaria</td> <td>U</td> </tr> <tr> <td>Dipendente dei servizi territoriali ASL</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>Altro tipo</td> <td>Z</td> </tr> </tbody> </table>	Tipologia prescrittore	Codice	Medico di medicina generale	F	Pediatra di libera scelta	P	Ospedaliero	H	Specialista ambulatoriale (ex SUMAI)	A	Guardia medica	G	Guardia medica turistica	T	Specialista di struttura privata accreditata	C	Medico di azienda ospedaliera-universitaria	U	Dipendente dei servizi territoriali ASL	D	Altro tipo	Z	OBB V	Scartante
Tipologia prescrittore	Codice																										
Medico di medicina generale	F																										
Pediatra di libera scelta	P																										
Ospedaliero	H																										
Specialista ambulatoriale (ex SUMAI)	A																										
Guardia medica	G																										
Guardia medica turistica	T																										
Specialista di struttura privata accreditata	C																										
Medico di azienda ospedaliera-universitaria	U																										
Dipendente dei servizi territoriali ASL	D																										
Altro tipo	Z																										
177	DATA DI PRESCRIZIONE	AN 8	<p>Indicare facoltativamente la data di prescrizione in formato GGMMAAAA Se valorizzato, deve essere valida (errore scartante)</p>	FAC	Segnalazione																						
185	FLAG TIPO MODULO	N 1	<p>Campo obbligatorio quando il numero ricetta è compilato. Valori ammessi: 1= ricetta cartacea rossa (ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni); 3= ricetta de-materializzata ex Decreto MEF 02 novembre 2011. 4= Ricette de-materializzate "sospese", valore da assegnare a casi di ricette de-materializzate che vengono gestite come cartacee dalla farmacia.</p>	OBB	Scartante																						
186	FILLER	AN 1	Non compilare																								
187	ISTITUZIONE COMPETENTE	AN 28	Codice di identificazione di assicurazione competente	FAC	Segnalazione																						
215	FILLER	AN 7	Non compilare																								

Tabella B (1 record per ogni specialità)

Dettaglio dei farmaci

La chiave del record è costituita dai seguenti campi: tipo erogatore, codice azienda, codice struttura/farmacia, sub codice e codice contatto, progressivo farmaco.

Pos	Campo	Tipo e lung	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
1	TIPO EROGATORE	AN 2	Vedere il campo omonimo in tabella A.	OBB V	Scartante
3	CODICE AZIENDA	AN 3	Vedere i campi omonimi in tabella A.	OBB V	Scartante
6	CODICE STRUTTURA/ FARMACIA	AN 6		OBB V	Scartante
12	SUB CODICE	AN 2		OBB V	Scartante
14	CODICE CONTATTO	AN 20	Vedere il campo omonimo in tabella A.	OBB V	Scartante
34	PROGRESSIVO FARMACO	AN 2	Numero, compreso tra 1 e 98, che indica il progressivo del farmaco nell'ambito del singolo episodio di erogazione (es. Se in dimissione vengono consegnati 3 farmaci diversi, i progressivi saranno 1, 2, 3).	OBB V	Scartante
36	DATA DI EROGAZIONE FARMACO	AN 8	Data di erogazione del farmaco. Formato GGMMAAAA.	OBB V	Scartante
44	CODICE FARMACO	AN 9	Codice MINSAN10 del farmaco, compreso ossigeno. Per i farmaci "esteri" non ancora registrati in Italia utilizzare il codice di farmaco estero secondo la tabella disponibile in internet. Per i prodotti galenici, magistrali, officinali e altri gas medicali indicare l'ATC di massimo dettaglio. Per gli emocomponenti utilizzare i codici della tabella disponibile in internet.	OBB V	Scartante
53	QUANTITA' EROGATA parte intera	N 6	Il campo deve essere compilato per tutte le tipologie di erogazione diretta <u>esclusa</u> l'erogazione per conto. E' espressa in numero di unità posologiche. Le unità posologiche di riferimento sono contenute nella tabella dei farmaci. Per farmaci con Minsan e esteri valorizzare con il numero di unità posologiche erogate. Per i prodotti galenici, magistrali, officinali, gas medicali il campo quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a 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	OBB V	Scartante
59	QUANTITA' EROGATA parte decimale	N2	Indicare le eventuali quantità decimali di unità posologica; negli altri casi compilare con 00	OBB V	Scartante
61	QUANTITA' EROGATA (tipologia 06 - erogazione per conto)	N3	Il campo deve essere compilato <u>esclusivamente per l'erogazione per conto</u> . E' espressa in numero di confezioni/scatole del Minsan erogato. Per ossigeno la quantità è espressa in numero di bombole/contenitori criogenici. Per formule magistrali, prodotti galenici, formule officinali la quantità è =1	OBB V	Scartante

Pos	Campo	Tipo e lunghezza	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
64	IMPORTO UNITARIO PARTE INTERA	N 8	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). Erogazione per conto deve essere fornito il prezzo della singola confezione/scatola. Prodotti galenici, magistrali, officinali, gas medicali: indicare l'importo della singola erogazione. Emocomponenti: indicare la tariffa come da delibera 1663/2010 riportata nella tabella degli emocomponenti in internet. (se il prezzo è diverso da quello riportato in tabella il controllo è scartante).	OBB V	Scartante
72	IMPORTO UNITARIO PARTE DECIMALE	N 5	Parte decimale	OBB V	Scartante
77	MODALITA' EROGAZIONE	AN 2	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 = Erogazione "per conto" (DPC); 07 = Farmaci somministrati in regime di ricovero ad emofilici e farmaci innovativi oncologici ed ematologici somministrati in regime di ricovero; la lista degli ATC accettati è pubblicata nelle tabelle di riferimento. 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. Non utilizzare altre modalità.	OBB V	Scartante
79	PRESTAZIONE AMBULATORIALE	AN 7	Compilare il campo <u>solo se modalità di erogazione =08</u> , 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. Per emocomponenti (flag tipo medicinale=8) l'informazione è obbligatoria e deve essere inserito il codice 99.07.1	OBB	Segnalazione
86	CODICE DISCIPLINA	AN 3	Compilare il campo in tutti i casi in cui è disponibile l'informazione. Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella disponibile in internet.	FAC	Segnalazione
89	PROGRESSIVO DIVISIONE	AN 2	Compilare il campo se è disponibile l'informazione. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della salute, modello HSP12.	FAC	Segnalazione

Pos	Campo	Tipo e lunghezza	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
91	SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)	AN 8	Il campo può essere compilato con il numero della scheda di dimissione ospedaliera, per modalità di erogazione 01 o 07 (per 07, la mancanza genera segnalazione). Il campo è facoltativo, se compilato deve essere valido: <ul style="list-style-type: none"> • deve essere numerico (scartante). • i primi 2 caratteri devono essere le ultime cifre di un anno inferiore o uguale all'anno dell'invio (scartante). 	FAC	Scartante
99	FLAG TIPO MEDICINALE	AN 1	Codice che indica la tipologia del farmaco. Assume i valori: 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	OBB V	Scartante
100	FLAG L. 648/96	AN 1	1= farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della L. 648/96 2= tutti gli altri farmaci	OBB V	Scartante
101	TARGATURA	AN 9	Per ogni confezione di medicinale distribuito compilare con il codice a 9 cifre identificativo della confezione/bollino. 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 9 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.	OBB V	Scartante

Pos	Campo	Tipo e lunghezza	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo										
110	FLAG HIV	AN 1	<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 (esclusi J05AE11 e J05AE12), J05AF (esclusi J05AF08, J05AF10 e J05AF11), J05AG, J05AR, J05AX. Compilare con uno dei seguenti valori:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>codice</th> <th>Descrizione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Profilassi post esposizione</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>1^ linea</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>2^ linea (semplificazione o tossicità/intolleranza)</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Dopo fallimento virologico</td> </tr> </tbody> </table> <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>	codice	Descrizione	A	Profilassi post esposizione	B	1^ linea	C	2^ linea (semplificazione o tossicità/intolleranza)	D	Dopo fallimento virologico	OBB	Segnalazione
codice	Descrizione														
A	Profilassi post esposizione														
B	1^ linea														
C	2^ linea (semplificazione o tossicità/intolleranza)														
D	Dopo fallimento virologico														
111	PROGRESSIVO ANONIMO PAZIENTE	AN 20	<p>E' 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 non deve essere compilato.</p>	OBB	Segnalazione										

**FARMACI ONCOLOGICI AD ELEVATO
COSTO - Anno 2014**

ATC	Descrizione Principio attivo	Codice minsan / Codice farmaco estero	Nome commerciale
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680027	AVASTIN 25MG/ML 1FL 4ML
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680015	AVASTIN 25MG/ML 1FL 16ML
L01XC06	CETUXIMAB	036584035	ERBITUX 5MG/ML IV FL 20ML
V10XX02	IBRITUMOMAB TIUXETANO	036311013	ZEVALIN 1,6MG/ML KIT IV 1FL
L01XC03	TRASTUZUMAB	034949014	HERCEPTIN 150MG IV 1 FL 150
L01XX32	BORTEZOMIB	036559019	VELCADE 1FL 3,5MG 10ML
L01BA04	PEMETREXED	036587018	ALIMTA IV 1 FL 500 MG
L01BA04	PEMETREXED	036587020	ALIMTA IV 1FL 100MG
L01XC02	RITUXIMAB	033315019	MABTHERA IV 2F 10ML 100MG
L01XC02	RITUXIMAB	033315021	MABTHERA IV 1FL 50ML 500MG
L01XC04	ALEMTUZUMAB	035274024 *	MABCAMPATH 30MG/ML IV 3F 1ML
L01XC04	ALEMTUZUMAB	035274012 *	MABCAMPATH 10MG/ML IV 3F 3ML
L01BB07	NELARABINA	038116012	ATRIANCE 5MG/ML 6FL 50ML
L01XE09	TEMSIROLIMUS	038327019	TORISEL 25MG/ML IV
L01XC08	PANITUMUMAB	038347035	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 20ML
L01XC08	PANITUMUMAB	038347011	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 5ML
L01AD05	FOTEMUSTINA	029376011	MUPHORAN*IV 1FL 208MG+F SOLV
L01BB04	CLADRIBINA	029005016	LEUSTATIN*INFUS 7FL 10ML 10MG
L01BB06	CLOFARABINA	037409012	EVOLTRA*4FL 20ML 1MG/ML
L01BC07	AZACITIDINA	038996017	VIDAZA*SC 1FL 100MG 25MG/ML
L01CD04	CABAZITAXEL	041013018	JEVTANA*EV 1FL 60MG 1,5ML+1FL
L01CX01	TRABECTEDINA	038165015	YONDELIS*EV 1FL POLV 0,25MG
L01CX01	TRABECTEDINA	038165027	YONDELIS*EV 1FL POLV 1MG
L01DB01 °	DOXORUBICINA CLORIDRATO (liposomiale pegilato)	033308014	CAELYX*INFUS 1FL 10ML 2MG/ML
L01DB01 °	DOXORUBICINA CLORIDRATO (liposomiale pegilato)	033308038 *	CAELYX*EV 1FL 50MG 25ML 2MG/ML
L01DB01 °	DOXORUBICINA CLORIDRATO (liposomiale)	035189012	MYOCET*INFUS 2SET 50MG
L01XC09	CATUMAXOMAB	039223019	REMOVAB*INFUS 1SIR 10MCG+1CAN
L01XC09	CATUMAXOMAB	039223021	REMOVAB*INFUS 1SIR 50MCG+1CAN
L01XC10	OFATUMUMAB	039826019	ARZERRA*EV 3FL 100MG 5ML
L01XC10	OFATUMUMAB	039826021 *	ARZERRA*EV 10FL 100MG 5ML
L01XC10	OFATUMUMAB	039826033	ARZERRA*EV 1FL 1000MG 50MG
L01XC11	IPILIMUMAB	041275013	YERVOY*EV 1FL 10ML 5MG/ML
L01XC11	IPILIMUMAB	041275025	YERVOY*EV 1FL 40ML 5MG/ML
L01XC12	BRENTUXIMAB VEDOTIN	E01106010	ADCETRIS 50 MG 1 F (Millenium USA)
L01XC12	BRENTUXIMAB VEDOTIN	E01150010	ADCETRIS 1F 50 MG (Takeda UK)
L01XC12	BRENTUXIMAB VEDOTIN	042448011	ADCETRIS*1FL EV 50 MG POLV
L01XX08	PENTOSTATINA	028645012	NIPENT*IV FL 10MG
L01XX41	ERIBULINA	041021015	HALAVEN*EV 1FL 2ML 0,44MG/ML
L03AX15	MIFAMURTIDE	039549011	MEPACT*INFUS 1F 4MG POLV+FILT
L03AX16	PLERIXAFOR	039587011	MOZOBIL*SC 1FL 24MG 20MG/ML

Legenda note:

* esaurimento scorte;

° solo specialità medicinali con formulazione liposomiale

REFERENTI REGIONALI

I referenti regionali per i flussi dell'assistenza farmaceutica sono:

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
Sonia Gandolfi

tel. 051 5277426 – Fax. 051 5277084
e-mail: sgandolfi@regione.emilia-romagna.it

Servizio Politica del Farmaco
Ilaria Mazzetti

Tel. 051 5277284
e-mail: imazzetti@regione.emilia-romagna.it

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
V.le Aldo Moro, 21
40127 Bologna

Ad interim Antonio Brambilla



Eleonora Verdini

