

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Politica del farmaco

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Luisa Martelli

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente Responsabile del Servizio

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 2013.

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/sisepts/>

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.

AFO - ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

INTRODUZIONE

Le specifiche tecniche per il flusso AFO valide dal 1° gennaio 2013 sono articolate nei seguenti punti:

1. Adeguamenti e modifiche
2. Ambito di applicazione
3. Codifica e contenuto delle variabili
4. Tracciato record e controlli
5. Modalità di invio e scadenze
6. Ritorno informativo

1. ADEGUAMENTI E MODIFICHE

Le **principali novità** riguardano:

- Allergeni e radiofarmaci non dotati di AIC
- Prodotti galenici
- Farmaci fuori commercio
- Coerenza tra codice struttura del ricevente territoriale e distretto

- Allergeni e radiofarmaci non dotati di AIC

Dal 2013 devono essere rilevati nel flusso AFO anche gli allergeni in vivo non dotati di codice AIC e radiofarmaci privi di codice AIC. In questi casi il farmaco è individuato dal codice ATC e il flag tipo medicinale= 2, come per le formule magistrali, officinali e galenici.

Radiofarmaci ATC = V09 e V10 e successivi livelli

Allergeni in vivo ATC = V04CL

Gli allergeni utilizzati nella diagnostica allergologica in vivo (es. Prick test, Intradermoreazione, Patch test, test di provocazione nasale, bronchiale), privi di codice AIC, ma dotati di **codice ATC V04CL**, in quanto prodotti da officine di produzione autorizzate la cui commercializzazione è in accordo con il DL 178 del 29.05.1991 e il DL 13.12.1991, possono essere assimilati a formule magistrali, officinali e galeniche. Il “flag tipo medicinale” di riferimento da utilizzare nella trasmissione dei dati relativi a tali prodotti è il **tipo 2 - “Formule magistrali, officinali, galenici”** e per la loro individuazione deve essere impiegato il codice ATC di massimo livello disponibile.

I Radiofarmaci non dotati di codice AIC, appartenenti alle seguenti tipologie:

- pre-92, in commercio in via transitoria sulla base del DM 13 dicembre 1991,
 - prodotti industrialmente in base a quanto stabilito dal Dlgs 219/2006, su richiesta scritta del medico,
 - medicinali sperimentali no-profit,
 - preparati al momento dell'uso a partire da generatori,
 - FDG (Fluorodesossiglucosio) preparato conformemente al Decreto 19 dicembre 2003,
- devono essere rilevati utilizzando i **codici ATC V09 o V10** (e successivi livelli) nell'ambito del **tipo medicinale 2 “Formule magistrali, officinali, galenici”**.

I radiofarmaci dotati di AIC, quelli importati dall'estero, oppure i medicinali magistrali ed officinali continuano ad essere rilevati conformemente alle specifiche proprie della tipologia di farmaco a cui fanno riferimento (ovvero codice AIC, codice medicinale estero, ATC di massimo livello disponibile per i prodotti magistrali ed officinali).

- Prodotti galenici

NSIS ha predisposto una codifica ministeriale, analoga a quella per i farmaci esteri. La Regione Emilia-Romagna adotterà tale codifica nel 2014. Per il 2013 i prodotti galenici saranno rilevati tramite l'ATC. Per la corretta attribuzione dell'ATC può essere utile avvalersi della tabella dei codici galenici ministeriale che è resa disponibile nel sito del sistema informativo (sezione tabelle di riferimento). E' possibile segnalare prodotti non presenti in tabella compilando l'apposito modulo pubblicato nella stessa pagina e inviandolo alla regione. Si propone di utilizzare, laddove possibile, i codici già presenti

nella tabella ministeriale e di richiedere la nuova codifica in mancanza di alternative utili, al fine di contenere la numerosità dei codici dei prodotti galenici.

- Farmaci fuori commercio

Dal 3° invio 2012 il controllo sulla validità del codice farmaco rispetto alla data di erogazione è scartante – errore 1045: codice farmaco fuori commercio. Dal 2013 anche per i farmaci esteri con codice chiuso (“fuori commercio”) il controllo è scartante (errore 1048: codice farmaco estero fuori commercio).

E' necessario mantenere aggiornate le anagrafiche dei farmaci quando i prodotti risultano fuori commercio e/o sostituiti da altri. Il controllo regionale tiene conto del periodo necessario allo smaltimento di eventuali scorte di magazzino ed è costruito aggiungendo alla data di chiusura del codice il periodo di validità del farmaco. In tal modo viene individuata una data dalla quale il farmaco viene considerato fuori commercio. La precisione del codice farmaco è fondamentale in quanto impatta con il meccanismo del payback: i dati regionali sono utilizzati a livello nazionale per il calcolo dello sfondamento dei tetti di spesa farmaceutica e del ripiano tramite payback da parte delle Aziende farmaceutiche. (L222/2007 per la farmaceutica territoriale, L135/2012 per la spesa ospedaliera). E' pertanto fondamentale garantire un corretto aggiornamento delle anagrafiche dei farmaci in modo da poter ricondurre i consumi alle singole specialità medicinali e alle rispettive Aziende produttrici.

- Coerenza tra codice struttura del ricevente territoriale e distretto

Dal 2010 è richiesto il codice struttura per il ricevente territoriale, con le esclusioni specificate al punto 3° “Contenuto e codifica delle variabili”. Dal 2013 è introdotto un controllo di coerenza tra il codice di struttura e il distretto (pos. 54 - segnalazione 1067), ove richiesti, ad esclusione del carcere.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il flusso ha come oggetto principale i farmaci distribuiti dalla farmacia ospedaliera/aziendale per l'attività ospedaliera e nelle strutture distrettuali, ad uso interno.

I prodotti rilevati sono:

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

Il flusso rileva anche in forma aggregata **la distribuzione diretta dei farmaci che è mantenuta per il primo semestre 2013**; al termine di tale periodo sarà riesaminata la possibilità di escluderla dalla rilevazione AFO ad eccezione dei dati di residenze, Sert, carcere, CSM e ADI.

La decisione è motivata dal fatto che l'analisi dei dati della rilevazione puntuale della distribuzione diretta, flusso FED, mette in luce il permanere di alcune incompletezze, nonostante l'impegno delle aziende con le maggiori criticità. La scelta potrà essere rivista nel secondo semestre a fronte dei risultati di miglioramento ottenuti.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle banche dati, la distribuzione diretta di fonte AFO, attualmente impiegata per le analisi e le tabelle ufficiali, sarà sostituita da quella di fonte FED (ad esclusione di residenze, carcere, SERT, CSM e ADI), appena certi della completezza di quest'ultima. In vista di tale passaggio, le Aziende sono sollecitate a verificare puntualmente le informazioni inviate con il flusso FED utilizzando per confronto i corrispondenti dati AFO.

Si ribadisce l'importanza degli strumenti messi a disposizione con il ritorno informativo fornito ad ogni caricamento in banca dati attraverso l'applicativo di gestione flussi che consente di monitorare in tempo reale la qualità e la completezza delle informazioni fornite.

3. CODIFICA E CONTENUTO DELLE VARIABILI

EROGATORE: codice azienda, codice presidio e sub codice stabilimento.

Identifica la farmacia erogante che, a seconda dell'organizzazione aziendale può essere individuata da:

- 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).

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).

UNITÀ DI RILEVAZIONE: codice farmaco e quantità

Ø Codice farmaco

Tutti i **farmaci dotati di codice all'immissione in commercio (AIC)** devono essere identificati con il codice Minsan10.

Le formule magistrali, i prodotti galenici e le formule officinali per il 2013 devono essere identificati dal **codice Anatomical Therapeutic Chemical - ATC**, con il maggior dettaglio possibile.

Per quanto riguarda la codifica nazionale di tali preparazioni si richiama quanto riportato al punto 2. Adeguamenti e modifiche.

L'ossigeno terapeutico liquido e gas (ATC V03AN01) deve essere rilevato identificandolo obbligatoriamente con il **codice MINSAN** ed è necessario seguire le seguenti indicazioni:

Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza del campo	Modalità di compilazione
12-20	Codice farmaco	AN	9	Codice MINSAN
.....
22-31	Quantità	N	10	- Ossigeno gas in bombole/contenitori criogenici: Indicare il numero di bombole/ contenitori criogenici - Altro ossigeno gas e ossigeno liquido: Indicare il numero di litri erogato.
71-78	Prezzo parte intera	N	8	- Ossigeno gas in bombole: Indicare il prezzo per bombola comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo)
79-83	Prezzo parte decimale	N	5	- Altro ossigeno gas e ossigeno liquido: Indicare il prezzo al litro, comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo).
84	Flag tipo medicinale	AN	1	Indicare il valore 1 (confezione con MINSAN)

Per **gli allergeni in vivo e radiofarmaci** non dotati di codice AIC indicare il codice ATC (Vedere il punto 2:Adeguamenti e modifiche).

I **medicinali esteri** sono identificati dal codice regionale, valido anche per i flussi ministeriali NSIS. Le richieste di codifica devono seguire queste indicazioni:

- compilare il modulo di richiesta scaricabile dal sito del Sistema informativo Sanità e politiche sociali, avendo cura di fornire tutte le informazioni richieste, compresa la ditta produttrice.
- inviare il modulo all'indirizzo e-mail sgandolfi@regione.emilia-romagna.it;
- di norma saranno codificate le richieste pervenute entro il 30 del mese (28 per febbraio);

- le nuove codifiche sono pubblicate tramite aggiornamenti periodici della tabella dei codici dei farmaci esteri sul sito Sistema informativo Sanità e politiche sociali, di norma entro il 10 del mese successivo alla richiesta.

Ø **Flag “resi di magazzino”**

Il campo deve essere compilato **solo** in caso di eventuali “resi di magazzino” indicando il valore R.

Ø **Quantità**

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 radiofarmaci privi di AIC** il campo quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a diversa indicazione ministeriale). Per questi prodotti, nel campo **prezzo** indicare l'importo totale.

Per l'**ossigeno**: attenersi alla tabella sopra riportata

PERIODO: mese e anno.

Ø **Mese:** Valorizzare con il mese in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato MM

Ø **Anno:** Valorizzare con l'anno in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato AAAA

RICEVENTE OSPEDALIERO: presidio ricevente, stabilimento, disciplina/servizio ricevente, progressivo divisione.

Utilizzare questi campi quando il ricevente è un'unità operativa/servizio di un ospedale e non compilarli quando il ricevente è una struttura extraospedaliera.

Per il ricevente ospedaliero, l'erogazione diretta deve essere codificata nel modo seguente: specificare disciplina + flag di erogazione diretta;

solo qualora non sia disponibile la disciplina è ammesso:

cod. disc. 124 (Farmacia ospedaliera) + flag di erogazione diretta;

Se regime di attività = 01 (ordinario) o 02 (Day hospital) il progressivo divisione ricevente e' obbligatorio

Per le discipline che corrispondono a reparti di degenza il reparto deve esistere in anagrafe strutture alla data di erogazione.

REGIME DI ATTIVITÀ

Il codice regime di attività deve essere compilato per tutti i riceventi in caso di consumo interno. Non deve essere compilato per l'erogazione diretta.

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).

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

FLAG DI EROGAZIONE DIRETTA

Il campo del flag di erogazione diretta deve essere utilizzato sia per il ricevente territoriale che per il ricevente ospedaliero e deve sempre essere compilato.

Flag = D dimissione da ricovero e a seguito di visita ambulatoriale;

flag = S per:

- erogazione a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico;
- erogazione territoriale per consumo a domicilio (es. SERT, CSM);
- erogazione in assistenza domiciliare;
- erogazione in assistenza residenziale e semiresidenziale;
- erogazione a strutture penitenziarie;
- distribuzione per conto

flag = R pazienti affetti da malattie rare

flag = N per consumi interni delle strutture.

RICEVENTE TERRITORIALE: codice distretto o dipartimento di prevenzione, area problematica, CDC regionale, tipologia di assistenza, codice struttura, tipo struttura

Questi campi individuano il ricevente quando si tratta di una struttura extraospedaliera. Non devono essere compilati quando il ricevente è un'unità operativa/servizio di un ospedale.

Ø **Codice Distretto o Dipartimento di prevenzione:** Lettera D seguita dalle 2 cifre del distretto, oppure la costante DPC per il Dipartimento di prevenzione.

Ø **Area problematica, centro di costo regionale e tipologia di assistenza:** Compilare questi campi come da piano dei Centri di costo regionali (vedere tabella nel sito del Sistema informativo).

In particolare, nel cdc DT005 04 – Assistenza farmaceutica rientrano solo i consumi interni residui non imputabili ad altri centri di costo. L'erogazione diretta non attribuibile ad uno specifico centro di costo deve essere imputata al centro di costo DT 005 09 – Altra erogazione diretta.

Ø **Codice struttura:** In generale, indicare il codice STS11 della struttura ricevente.

- Per **carcere:** DT025 e DT026 utilizzare i codici della tabella Istituti penitenziari.

- Per **screening** (DP 007), **vaccinazioni** (DP 008) e **assistenza integrativa** ((DT 006 02) il codice STS 11 è facoltativo: indicare il codice quando l'erogazione è svolta da una struttura codificata.

- **Strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche o private convenzionate** : devono essere identificate obbligatoriamente dal centro di costo e dal codice STS11.

- **Strutture residenziali e semiresidenziali private non convenzionate:** indicare il codice presente nell'anagrafe regionale delle strutture. Qualora il codice non fosse disponibile contattare il referente regionale di flusso (sistema informativo).

Il codice S00000 non è più accettato.

Centri di costo per i quali il codice struttura non è richiesto:

Codice centro di costo	Descrizione
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)
DT 014	Libera professione specialistica

Se queste attività sono svolte in parte presso strutture codificate, il codice non deve essere comunque inserito nel tracciato; in questi casi, se il campo è compilato viene fatta una segnalazione non scartante (1084).

In generale, quando il campo è compilato, il codice deve esistere ed essere aperto nell'anagrafe strutture; se non esiste o è chiuso rispetto alla data di erogazione, il record viene scartato.

Un codice chiuso è accettato solo in caso di resi di magazzino (segnalazione) o modifiche retroattive (esempio: si vuole modificare un dato in un record nel quale è indicato un codice chiuso retroattivamente).

PREZZO (parte intera e parte decimale)

Per i **farmaci con Minsan e gli esteri** indicare il prezzo medio ponderato continuo del farmaco per **unità posologica** comprensivo di IVA, relativo al periodo di erogazione.

Per l'unità posologica il riferimento è la tabella dei farmaci pubblicata sul sito del sistema informativo.

Per i **prodotti galenici, magistrali e officinali, allergeni in vivo e radiofarmaci non dotati di codice AIC** indicare l'importo totale relativo al periodo.

Per l'**ossigeno**:

- **Ossigeno gas in 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 gas e ossigeno liquido:**

Indicare il prezzo al litro, comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo), al netto dell'eventuale costo del servizio.

Si prega di fornire particolare attenzione alla coerenza dei campi quantità e prezzo. Il controllo sul campo prezzo non è scartante, ma viene fornita una segnalazione quando il valore indicato dall'azienda è superiore al prezzo al pubblico presente nel database regionale utilizzato in fase di controllo (fonte FARMADATI). Ne consegue che, a fronte della segnalazione è necessario verificare la correttezza del prezzo indicato.

FLAG TIPO MEDICINALE

Codice che indica la tipologia del farmaco. Assume i valori:

1= confezione con MINSAN

2= formule magistrali, officinali, galenici, allergeni in vivo e radio farmaci non dotati di AIC

3= esteri

4= formule magistrali oncologiche

6=altri gas medicinali

POSIZIONE CONTABILE

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.

4. AFO - TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione
Erogatore	1	Codice azienda	AN	3	<p>identifica la farmacia erogante che, a seconda dell'organizzazione aziendale può essere individuata da:</p> <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>
	4	Codice presidio	AN	6	
	10	Sub codice stabilimento	AN	2	
Unità di rilevazione	12	Codice farmaco	AN	9	<p>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</p> <p>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.</p>
	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	<p>Per farmaci con Minsan e esteri valorizzare con il numero di unità posologiche erogate nell'unità di tempo indicata nel campo "Periodo".</p> <p>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)</p> <p>Per l'ossigeno terapeutico le quantità devono essere rilevate come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ossigeno gas in bombole/contenitori criogenici: Indicare il numero di bombole/ contenitori criogenici - Altro ossigeno gas e ossigeno liquido: Indicare il numero di litri erogato.

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione													
Periodo	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													
Ricevente ospedaliero	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 operativa/servizio di un ospedale e riempirli a spazi quando il ricevente è una struttura extraospedaliera.												
	44	Sub codice stabilimento ricevente	AN	2														
	46	Codice Disciplina/servizio ricevente	AN	3	Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella delle discipline													
	49	Progressivo reparto (divisione)	AN	2	Solo per i reparti di degenza. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della Sanità Modelli HSP12													
Regime di attività	51	Codice regime di attività	AN	2	<p>Il codice regime di attività deve essere compilato per entrambi i riceventi.</p> <p>I codici regime di attività ammessi sono:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Regime</th> <th>Codice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ordinario</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>Day-hospital</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Regime non disponibile</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoriale</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Altro</td> <td>05</td> </tr> </tbody> </table> <p>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).</p> <p>Si precisa che l'utilizzo del codice 03 (regime non disponibile) è riservato ai soli casi in cui non sia possibile identificare il regime.</p> <p>Il regime di attività non deve essere compilato per l'erogazione diretta.</p>		Regime	Codice	Ordinario	01	Day-hospital	02	Regime non disponibile	03	Ambulatoriale	04	Altro	05
Regime	Codice																	
Ordinario	01																	
Day-hospital	02																	
Regime non disponibile	03																	
Ambulatoriale	04																	
Altro	05																	

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione	
Flag di erogazione diretta	53	Flag di erogazione diretta	AN	1	<p>Assume i valori:</p> <p>Flag = D dimissione da ricovero e a seguito di visita ambulatoriale;</p> <p>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</p> <p>flag = N per consumi interni delle strutture.</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.
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> <ul style="list-style-type: none"> - Per carcere: DT025 e DT026 utilizzare i codici della tabella Istituti penitenziari. - 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. - Strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche o private convenzionate : devono essere identificate obbligatoriamente dal centro di costo e dal codice STS11. - Strutture residenziali e semiresidenziali private non convenzionate: indicare il codice presente nell'anagrafe regionale delle strutture. Qualora il codice non fosse disponibile contattare il referente regionale di flusso (sistema informativo). <p>Il codice S00000 non è accettato.</p> <p>Centri di costo per i quali il codice struttura non è richiesto sono: 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). 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 <u>solo</u> in caso di carcere 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	<p>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.</p> <p>Per i prodotti galenici, magistrali, officinali, altri gas medicali, allergeni in vivo e radio farmaci non dotati di AIC indicare l'importo totale.</p> <p>Per ossigeno gas in bombole/contenitori criogenici: Indicare il prezzo per bombola comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo), al netto dell'eventuale costo del servizio.</p> <p>Per altro ossigeno gas e ossigeno liquido: Indicare il prezzo al litro, comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo), al netto dell'eventuale costo del servizio.</p>
	79	Parte decimale	N	5	
Flag tipo medicinale	84	Flag tipo medicinale	AN	1	<p>Indica la tipologia del farmaco. Assume i valori:</p> <p>1= confezione con MINSAN</p> <p>2= formule magistrali, officinali, galenici, allergeni in vivo e radiofarmaci non dotati di AIC</p> <p>3= esteri</p> <p>4= formule magistrali oncologiche</p> <p>6=altri gas medicinali</p>
Posizione contabile	85	Posizione contabile	AN	1	<p>Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuole eseguire sul record.</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>Posizione contabile 4 (eliminazione): utilizzare esclusivamente per cancellare i record già presenti nell'archivio regionale.</p>

5. MODALITÀ DI INVIO E SCADENZE

La trasmissione dei dati alla Regione va effettuata tramite il portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (<http://www.saluter.it/siseps/>), nella sezione specifica del flusso AFO

La gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: ELABORAZIONE FILE E RITORNO INFORMATIVO

Ogni azienda sanitaria invia i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verifica l'esito dell'elaborazione, corregge gli eventuali errori e segnalazioni e successivamente invia i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).

Ogni azienda può richiedere la creazione di tre utenze per la gestione del flusso informativo. L'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può in nessun caso corrispondere ad una funzione (DLgs 196/2003).

La richiesta va indirizzata al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali (e-mail sgandolfii@regione.emilia-romagna.it) indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, e-mail e telefono.

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 e ha **scadenza il 18 febbraio 2014**.

Invio	Competenza	Scadenza
1°	dati di gennaio 2013	11 febbraio 2013
2°	dati di febbraio 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di gennaio	11 marzo 2013
3°	dati di marzo 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di gennaio e febbraio	11 aprile 2013
4°	dati di aprile 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di febbraio e marzo	11 maggio 2013
5°	dati di maggio 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di marzo e aprile	11 giugno 2013
6°	dati di giugno 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti aprile e maggio	11 luglio 2013
7°	dati di luglio 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti del maggio e giugno	11 agosto 2013
8°	dati di agosto 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di tutti i mesi precedenti	11 settembre 2013
9°	dati di settembre 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di luglio e agosto	11 ottobre 2013
10°	dati di ottobre 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di agosto e settembre	11 novembre 2013
11°	dati di novembre 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti del settembre e ottobre	11 dicembre 2013
12°	dati di dicembre 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti del ottobre e novembre	11 gennaio 2014
13°	Modifiche e recupero di eventuali scarti di tutto l'anno	18 febbraio 2014

6. CONTROLLI E RITORNO INFORMATIVO

Tutte le informazioni richieste dal tracciato record sono obbligatorie e vincolanti. Il mancato conferimento di tali informazione produce lo scarto del record. La chiave dei record è costituita da tutto il record esclusi i campi quantità e prezzo.

Attraverso l'applicativo di gestione flussi ad ogni caricamento dei dati viene fornito il **ritorno informativo** che fornisce il risultato effettivo della procedura di caricamento e controllo dei dati.

Con i file relativi agli errori e segnalazioni (Aaaaa.Tii.Uuuu.ERR.ZIP , Aaaaa.Tii.Uuuu.SEG.ZIP) si forniscono i record contenenti rispettivamente gli errori di 1° e 2° livello, seguiti dal codice di errore.

L'elenco completo dei codici di errore è pubblicato sul sito del Sistema informativo Sanità e Politiche sociali, nelle tabelle di riferimento.

I file del ritorno informativo sono i seguenti:

Denominazione	Descrizione
Aaaaa.Tii.Uuuu.STP.ZIP	Statistiche riepilogative dei controlli effettuati
Aaaaa.Tii.Uuuu.ERR.ZIP	Record sui quali vengono riscontrati errori scartanti
Aaaaa.Tii.Uuuu.SEG.ZIP	Record sui quali vengono fornite segnalazioni
Aaaaa.Tii.Uuuu.TB1.ZIP	Spesa relativa a riceventi ospedalieri per disciplina e tipologia di erogazione. Si forniscono anche le tabelle aggiornate dei mesi precedenti
Aaaaa.Tii.Uuuu.TB2.ZIP	Spesa relativa ai riceventi territoriali per centri di costo e tipologia di erogazione. Si forniscono anche le tabelle aggiornate dei mesi precedenti
Aaaaa.Tii.Uuuu.TB3.ZIP	Segnalazione dei reparti per i quali non risultano consumi farmaceutici
Aaaaa.Tii.Uuuu.TB4.ZIP	Anomalie riscontrate dal controllo sul prezzo
Aaaaa.Tii.Uuuu.TB5.ZIP	Anomalie riscontrate dal controllo sul MINSAN

Legenda:

uuu = azienda (es.105)

aaaa = anno (es.2013)

ii = invio (es.02)

AFT - ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

INTRODUZIONE

Le specifiche tecniche per il flusso AFT valide dal 1° gennaio 2013 sono articolate nei seguenti punti:

1. Adeguamenti e modifiche
2. Ambito di applicazione
3. Codifica e contenuto delle variabili
4. Tracciato record e controlli
5. Modalità di invio e scadenze
6. Ritorno informativo

1. ADEGUAMENTI E MODIFICHE

Il **tracciato record** per la trasmissione del flusso AFT al Sistema Informativo Regionale Sanità e Politiche Sociali **non viene modificato**, mentre sono stati affinati alcuni controlli.

Le **novità principali** riguardano:

- Anonimato del paziente
- Sconti

- Anonimato del paziente

E' stato affinato il controllo sugli ATC relativi ai farmaci per i quali è necessario che il paziente sia trattato in modo non identificabile (anonimato) per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02, N07BB, N07BB01, N07BB02, N07BB03, N07BB04); gli stessi controlli sono eseguiti anche in relazione alla presenza dei codici di esenzione 020 (infezione da HIV) e 014 (dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool).

- Sconti

Sono stati adeguati alla normativa vigente i valori percentuali degli sconti (file B dalla pos. 55 alla 81).

Le presenti specifiche sono valide dal 1° gennaio 2013.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il Flusso AFT rileva l'assistenza farmaceutica territoriale costituita dalle ricette "spedite" nel territorio di ciascuna Azienda Usl dalle farmacie convenzionate e risponde alle molteplici esigenze di disporre, sia a livello regionale che delle singole aziende, di dati analitici e completi che possano essere contemporaneamente utili a diversi fini: monitoraggio dei costi e rispetto dei tetti di spesa, valutazione degli obiettivi, appropriatezza prescrittiva, confronti omogenei tra consumi aziendali, etc.

Inoltre i dati sono utilizzati nell'ambito della mobilità sia interregionale che infraregionale, ai fini della compensazione della mobilità sanitaria.

3. CODIFICA E CONTENUTO DELLE VARIABILI

Tabella A - DATI della RICETTA e dell'ASSISTITO

CODICE FARMACIA

Codice univoco a livello regionale composto da:

Codice azienda (numerico di 3)

Codice Farmacia (numerico di 3; progressivo previsto nella pianta organica delle farmacie, disponibile nell'anagrafe farmacie, pubblicata sul sito del Sistema Informativo Sanità e Politiche sociali);

Anagrafe farmacie: Il popolamento è stato realizzato utilizzando i dati della tabella regionale delle farmacie e la banca dati SOGEI (Sistema TS costituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito degli adempimenti dell'art. 50 L. 326/2003).

Per quanto riguarda gli aggiornamenti la circolare n. 6/2010 ha definito le seguenti regole di comportamento per prevenire disallineamenti ed evitare la doppia registrazione (su Sogei e in Anagrafe regionale):

- Le aziende Usl aggiornano tutti i dati delle farmacie convenzionate nel sistema TS, compresa apertura e chiusura. E' importante anche l'aggiornamento dell'attributo "tipo servizio" che identifica la farmacia come urbana (inferiore o superiore), rurale (inferiore o superiore) o rurale sussidiata (inferiore o superiore), come richiesto con nota del Servizio Politica del Farmaco PG/2009/126719 del 4.06.2009.
- Le aziende Usl non devono più trasmettere gli aggiornamenti alla regione.
- La regione provvede ad allineare i propri dati attraverso scarichi periodici dalla banca dati Sistema TS.

Farmacie di confine. Per quanto riguarda le farmacie fuori confine regionale oggetto di convenzione interregionale, i codici identificativi da utilizzare nel flusso AFT devono essere individuati in accordo con il servizio sistema informativo sanità e politiche sociali della regione.

ANNO e MESE della DISTINTA, PROGRESSIVO della RICETTA

Questi tre campi, unitamente al codice farmacia, identificano in modo univoco la ricetta per la farmacia e rappresentano il Codice univoco della ricetta.

A riguardo del progressivo ricetta, si ribadisce che è il numero progressivo assegnato alla ricetta nella numerazione all'interno della farmacia, così come previsto dalla Delibera di giunta regionale n. 617 del 01.03.2002 "Approvazione degli accordi attuativi regionali ex DPR 371/98": deve essere univoco all'interno della farmacia.

L'errata compilazione di questo campo genera degli errori di abbinamento dei dati con il file dei record della tabella B (Dettaglio per i farmaci).

CODICE a BARRE della RICETTA

Per le ricette mediche a lettura ottica (art. 50 L. 326/2003) Flag tipo modulo =1, riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta, composto di 15 cifre:

Codice regione (numerico di 3)

Anno (numerico di 2)

Numero ricetta (numerico di 10: numerazione progressiva di 9 più una cifra contenente il carattere di controllo di parità del progressivo)

Il campo non deve essere compilato solo nei casi di utilizzo di modulistica priva di codice a barre (ricettari per stupefacenti ex legge n. 12/2001) – flag tipo modulo = 2

DATA di PRESCRIZIONE

Riportare la data di compilazione della ricetta da parte del medico; Deve essere in formato GGMMAAAA. 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).

DATA di SPEDIZIONE

E' la data di erogazione del farmaco da parte della farmacia ed è apposta dalla farmacia. Deve essere in formato GGMMAAAA

La farmacia ha 1 anno di tempo per inviare le ricette all'azienda sanitaria, per cui fra la data di spedizione e i campi anno e mese della distinta (spedizione da parte della farmacia all'azienda) non può trascorrere un lasso di tempo superiore ad 1 anno.

CODICE FISCALE del MEDICO

Impostare solo per le prescrizioni redatte su moduli privi di codice a barre (ricettari per stupefacenti), Flag tipo modulo = 2

Non impostare per le ricette mediche a lettura ottica (art. 50 L. 326/2003) Flag tipo modulo =1

IMPORTO TOTALE PAGATO dal CITTADINO, parte intera e parte decimale

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.

FLAG RICETTA INFORMATIZZATA

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"

FLAG TIPO MODULO

Valori ammessi:

1= ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni;

2= ricettari per stupefacenti (modello ex L. 12/2001).

TIPO RICETTA

Il campo deve essere compilato solo per flag tipo modulo = 1 (ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e ss.mm.).

e sono accettati esclusivamente i seguenti valori:

ST = straniero temporaneamente presente (in possesso di codice STP)

UE = Soggetti assicurati da istituzioni estere europee

EE = Soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee

NE = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee

NX = Assistito SASN straniero : soggetto assistito da istituzioni extraeuropee

Per assistito SSN residente in Italia lasciare a spazi.

CAMPO RISERVATO per UTILIZZI SPECIFICI (ricetta ex art. 50 L. 326/2003)

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.

NUMERO CONFEZIONI

Indicare il numero di confezioni presenti sulla ricetta; in mancanza dell'informazione compilare a zeri; il valore indicato, diverso da zero, deve essere congruente con il totale pezzi di file B

CODICE FISCALE ASSISTITO

Non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici.

Questa variabile va compilata:

- per i **residenti in Italia (italiani e stranieri)** con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50) ovvero quello riportato nella tessera sanitaria;
- per gli **stranieri temporaneamente presenti** con il codice STP, (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri, ai sensi del D.P.R. 31/8/1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24/4/2000, n.5;
- per i **cittadini neocomunitari** residenti in Bulgaria e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di provenienza con il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- per gli **immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale** (D.G.R. 11 704/2011 n. 487) ed in particolare per i **rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa** con il codice PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari). Anche questo codice è composto da 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2011/96394 del 15.04.2011;
- per gli **immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per asilo** con il codice regionale AS a 16 caratteri costruito come previsto nella nota regionale P.G./2011/215405 dell'08/09/2011.

Il campo **non** deve essere compilato:

- 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 correlata ATC J05, con l'esclusione di J05AB04, J05AF08, J05AF11, J05AH01 e J05AH02 in quanto farmaci con indicazioni diverse da HIV e patologie immediatamente correlabili ad essa);
- farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02, N07BB, N07BB01, N07BB02, N07BB03, N07BB04);
- codici di esenzione 020 (infezione da HIV) e 014 (dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool).

CODICE USL di RESIDENZA

Indicare il Codice dell'Azienda di residenza dell'assistito.

Codifica: Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

Il campo deve essere obbligatoriamente impostato per i residenti in regione (errore scartante).

Per i non residenti deve essere comunque impostato se il dato risulta individuabile (segnalazione).

SIGLA PROVINCIA di RESIDENZA

Indicare la sigla della provincia di residenza (tabella TCOMNOS).

Se la provincia è sconosciuta indicare 00.

Per i residenti all'estero, compresi gli assistiti con codice STP, ENI, PSU e AS, assume il valore 99.

COGNOME e NOME

Indicare il cognome e nome dell'assistito. Nei casi di anonimato inserire la dicitura ANONIMO in entrambi i campi.

SESSO

Indicare il sesso dell'assistito.

Se non compilato: segnalazione

Se presente deve essere valido (errore scartante)

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

ETA'

Indicare l'età dell'assistito.

Valorizzare a 999 se il dato è sconosciuto.

DATA di NASCITA

Indicare la data di nascita per gli assistiti residenti in Regione (se manca: segnalazione).

Se presente deve essere valida (errore scartante)

Deve essere in formato GGMMAAAA

POSIZIONE CONTABILE

Indicare il tipo di operazione tecnica che si vuol eseguire sul record: inserimento, modifica, cancellazione, attribuendo uno dei seguenti valori:

1=record relativi a ricette con data della distinta contabile del mese di competenza;

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.

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 .

CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE

Impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, EE, NE, NX .

Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.

Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (errore scartante).

STATO ESTERO

Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE.

Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.

Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (errore scartante).

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE

Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE.

Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.

Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (errore scartante).

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA

Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE.

Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.

Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (errore scartante).

CITTADINANZA

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)

Tabella B - DETTAGLIO PER I FARMACI

CODICE UNIVOCO DELLA RICETTA

E' la chiave di collegamento fra i dati della ricetta e quelli della prescrizione (Chiave del file A)

PROGRESSIVO SPECIALITÀ

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.

CODICE SPECIALITÀ

Deve essere obbligatoriamente indicato il codice ministeriale MINSAN10, compreso l'ossigeno terapeutico.

L'ossigeno terapeutico (ATC V03AN01) deve essere rilevato identificandolo obbligatoriamente con il **codice MINSAN**. I codici, con relativa descrizione e prezzo, sono pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale n. 4 del 7 gennaio 2010 – Serie generale.

Per la compilazione del tracciato record è necessario seguire le seguenti indicazioni:

FILE B

Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza del campo	Modalità di compilazione
19-27	Codice specialità	AN	9	Codice MINSAN
28-30	Numero pezzi specialità	N	3	Ossigeno gas in bombole: Indicare il numero di bombole
33-37	Prezzo della specialità parte intera	N	8	Ossigeno gas in bombole: Indicare il prezzo per bombola comprensivo di IVA
38-39	Prezzo della specialità parte decimale	N	2	

Il numero pezzi può essere maggiore di 2.

NUMERO PEZZI SPECIALITÀ

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

- esenzione per patologia per la quale il numero massimo di pezzi per ricetta è 3;
- 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

PREZZO DELLA SPECIALITÀ (parte intera e parte decimale)

Indicare il prezzo per confezione della specialità.

TICKET SPECIALITÀ' (parte intera e parte decimale)

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.

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.

NOTA AIFA

Riportare la nota AIFA indicata dal medico sulla prescrizione. dal medico in ricetta.

CODICE ESENZIONE TICKET

Nel flusso AFT le esenzioni ammesse sono le seguenti (circolare 14bis del 15/09/2011):

- 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
 - danneggiati da vaccinazioni L210/92
- I codici validi sono quelli della circolare n. 14 bis/2011.

In tutti gli altri casi **il campo deve essere riportato il codice corrispondente alla fascia di reddito o al pagamento della quota massima** (nota PG2011/ 0237361 del 30/9/2011):

- 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

Per il tipo ricetta UE il campo può non essere compilato.

Il record è scartato quando:

- 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)

CAMPI RELATIVI AGLI SCONTI

La normativa che regola la mobilità sanitaria prevede che l'importo delle erogazioni corrisponda al costo reale sostenuto dall'azienda. Pertanto è necessario poter calcolare l'importo al netto degli sconti sul prezzo dei farmaci che le farmacie sono tenute ad effettuare all'azienda sanitaria.

Importo sconto L. 662/96 (parte intera e parte decimale)

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

Importo sconto Determinazione AIFA 27/09/06 (parte intera e parte decimale)

Inserire l'importo dello sconto pari allo 0,6% del prezzo al pubblico, comprensivo di IVA, di cui alla Determinazione AIFA del 27/09/06, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco.

Importo sconto Determinazione AIFA 09/02/07 (parte intera e parte decimale)

Inserire l'importo dello sconto di cui alla Determinazione AIFA del 09/02/2007, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco (parte intera e parte decimale); per il 2013 lo sconto è pari allo 0,64% del prezzo al pubblico, comprensivo di IVA.

Importo sconto ex Decreto Legge n. 78 del 31/05/10 (parte intera e parte decimale)

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). Per il 2013 lo sconto è rideterminato pari all'2,25% del prezzo al pubblico, al netto dell'IVA.

Questi campi devono essere compilati **per tutte le ricette** indipendentemente dalla residenza del paziente. Il controllo è scartante.

Ø Regole per la rilevazione delle informazioni relative ai ticket introdotti dalla D.G.R. n° 1190/2011

Si riportano integralmente le regole per la rilevazione della compartecipazione dell'assistito alla spesa ex DGR 1190 del 4/8/2011, ridefinite dalla circolare 2/2012 valide anche per il 2013.

FILE A

Importo totale pagato dal cittadino - pos. 73 e 77 -

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 **moltiplicata per il numero di pezzi**.

Nel caso in cui il cittadino non paghi alcun importo i campi devono essere compilati a zero. Saranno effettuati controlli di congruenza con i campi di file B ticket specialità, numero pezzi, codice esenzione ticket/fascia di reddito.

CAMPO OBBLIGATORIO VINCOLANTE: tipo di controllo scartante

FILE B

• **Ticket specialità: parte intera e parte decimale** - pos. 40 e 44 -

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**.

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.

Tale indicazione sostituisce quanto stabilito dalla nota del 30/9/2011 PG. 2011/023761.

CAMPO OBBLIGATORIO VINCOLANTE: tipo di controllo scartante

• **Codice esenzione ticket** - pos. 49

Il campo "codice esenzione ticket", deve essere **sempre obbligatoriamente compilato**, nelle seguenti modalità:

- **per gli assistiti esenti**: riportare il codice esenzione ticket quando da esso derivano i benefici relativamente alla farmaceutica; il riferimento è la circolare 14 bis del 15 settembre 2011.

- **per gli assistiti non esenti**: devono essere riportati i codici per identificare la fascia di reddito complessivo lordo del nucleo familiare fiscale di appartenenza dell'utente, o il codice che corrisponde al pagamento della quota massima:

- 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**

CAMPO OBBLIGATORIO VINCOLANTE: tipo di controllo scartante

4. TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

La rilevazione, è costituita da 2 tabelle, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente sul trattamento dei dati personali:

- Tabella A - Dati della ricetta e dell'assistito
- Tabella B - Dati riguardanti il dettaglio dei farmaci

I contenuti delle colonne sono:

Posizione

La cifra indica la posizione del campo nel tracciato.

Tipo

Definisce il formato del campo

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero".

Lunghezza

Definisce il numero dei caratteri del campo

Nome Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

Vincolo

Codice che identifica il grado di obbligatorietà del campo.

OBB V: campo obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record viene scartato.

OBB: campo obbligatorio in determinate circostanze. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

FAC: campo facoltativo. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato

Controllo

Controlli logico formali a cui i record sono sottoposti prima di entrare in banca dati.

I controlli sono:

- di 1° livello e producono scarto del record (scartante)
- di 2° livello e non producono scarto (segnalazione).

Tutti campi obbligatori vincolanti devono essere valorizzati e validi.

Tutti i campi obbligatori se valorizzati devono essere validi.

I campi Facoltativi se valorizzati in modo errato generano un errore di primo livello (scartante) o un errore di secondo livello (segnalazione).

Note per la compilazione

Forniscono le indicazioni per la compilazione del campo

Tutte le tabelle utili al Flusso sono disponibili nel sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali:

www.saluter.it/sisepts

selezionare Assistenza Farmaceutica – AFT

4. TRACCIATO RECORD

Tabella A - DATI della RICETTA e dell'ASSISTITO (1 Record per ricetta)

Pos.	Tipo	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Controllo	Note per la compilazione
1	N	6	Codice Farmacia	OBB V	Scartante	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 farmacie fuori confine convenzionate deve essere utilizzato un codice ad hoc, 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	N	5	Progressivo della ricetta	OBB V	Scartante	Contatore univoco all'interno della farmacia e del mese; indicare il numero progressivo assegnato alla ricetta nella numerazione all'interno della farmacia. Deve essere univoco all'interno della farmacia.
			I 4 campi precedenti identificano in maniera univoca la ricetta per la farmacia. Rappresentano il Codice Univoco della ricetta (chiave della ricetta)			
18	AN	16	Codice a barre della ricetta	OBB	Scartante	Per le ricette mediche a lettura ottica (art. 50 L. 326/2003) Flag tipo modulo =1, riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta, composto di 15 cifre: Codice regione (numerico di 3) Anno (numerico di 2) Numero ricetta (numerico di 10: numerazione progressiva di 9 più una cifra contenente il carattere di controllo di parità del progressivo) Il campo non deve essere compilato solo nei casi di utilizzo di modulistica priva di codice a barre (ricettari per stupefacenti ex legge n. 12/2001) – flag tipo modulo = 2

Pos.	Tipo	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Controllo	Note per la compilazione
34	N	8	Data di prescrizione	OBB V	Scartante	Riportare la data di compilazione della ricetta da parte del medico; Deve essere in formato GGMMAAAA. 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).
42	N	8	Data di spedizione	OBB V	Scartante	E' la data di erogazione del farmaco da parte della farmacia ed è apposta dalla farmacia. Deve essere in formato GGMMAAAA.
50		7	Filler			Compilare a spazi
57	AN	16	Codice Fiscale Medico	OBB	Scartante	Impostare solo per le prescrizioni redatte su moduli privi di codice a barre (ricettari per stupefacenti). Flag tipo modulo = 2 Non impostare per le ricette mediche a lettura ottica (art. 50 L. 326/2003) Flag tipo modulo =1
73	N	4	Importo totale pagato dal cittadino:part e 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.
77	N	2	Importo totale pagato dal cittadino: parte decimale	OBB V	Scartante	Nel caso in cui il cittadino non paghi alcun importo i campi devono essere compilati a zeri.
79	AN	1	FLAG ricetta informatizzata	OBB V	Scartante	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 medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni; 2= ricettari per stupefacenti (modello ex L.. 12/2001).

Pos.	Tipo	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Controllo	Note per la compilazione
81	AN	2	Tipo ricetta	OBB	Scartante	Sono accettati esclusivamente i seguenti valori: ST = straniero temporaneamente presente (in possesso di codice STP) UE = Soggetti assicurati da istituzioni estere europee EE = Soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee NE = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee NX = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni extraeuropee Per assistito SSN residente in Italia lasciare a spazi.
83	AN	8	Campo riservato per utilizzi specifici (ricetta ex art. 50 L. 326/2003)	FAC	Segnalazione	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.
91	N	3	Numero confezioni	OBB	Scartante	Indicare il numero di confezioni presenti sulla ricetta; in mancanza dell'informazione compilare a zeri; il valore indicato, diverso da zero, deve essere congruente con il totale pezzi di file B
94		21	filler			filler; compilare a spazi.
115	AN	16	Codice fiscale assistito	OBB	Scartante	Il campo deve obbligatoriamente contenere il codice fiscale dell'assistito oppure un analogo codice identificativo tra i seguenti: - 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); Il campo non deve essere compilato: - 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 correlata ATC J05, con l'esclusione di J05AB04, J05AF08, J05AF11, J05AH01 e J05AH02 in quanto farmaci con indicazioni diverse da HIV e patologie immediatamente correlabili ad essa); - farmaci per il trattamento delle tossico e

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

Pos.	Tipo	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Controllo	Note per la compilazione
						<p>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 ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta</p> <p>Impostare solo se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, EE, NE, NX (segnalazione).</p> <p>Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (scartante).</p>
227	AN	2	Stato estero	FAC	Segnalazione	<p>Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.</p> <p>Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE (segnalazione).</p> <p>Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (scartante).</p>
229	AN	20	Numero di identificazione e personale	FAC	Segnalazione	<p>Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.</p> <p>Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE (segnalazione).</p> <p>Per tipo modulo 2 il campo non deve essere compilato (scartante).</p>
249	AN	20	Numero di identificazione e della tessera	FAC	Segnalazione	<p>Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori: UE, NE.</p> <p>Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta (segnalazione).</p> <p>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.</p> <p>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	N	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 per la quale il numero massimo di pezzi per ricetta è 3; - 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
31		2	Filler			Compilare a spazi.
33	N	5	Prezzo specialità: della parte intera	OBB V	Scartante	Indicare il prezzi per confezione della specialità, parte intera.
38	N	2	Prezzo specialità: della 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 zeri. 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	OBB	Scartante	<p>Nel flusso AFT le esenzioni ammesse sono le seguenti (circolare 14bis del 15/09/2011):</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 - danneggiati da vaccinazioni L210/92 <p>I codici validi sono quelli della circolare n. 14 bis/2011.</p> <p>In tutti gli altri casi il campo deve essere riportato 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	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)
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	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)
67	N	2	Importo sconto det. AIFA 27/09/06 (parte decimale)	OBBV	Scartante	

Pos.	FORMATO	LUNGAZZA	Nome campo	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO	Note per la compilazione
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); per il 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). Per il 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.

5. MODALITÀ DI INVIO E SCADENZE

La trasmissione dei dati alla Regione va effettuata tramite il portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (<http://www.saluter.it/sisepts/>), nella sezione specifica del flusso AFT.

La gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: ELABORAZIONE FILE E RITORNO INFORMATIVO

Ogni azienda sanitaria invia i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verifica l'esito dell'elaborazione, corregge gli eventuali errori e segnalazioni e successivamente invia i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).

Ogni azienda può richiedere la creazione di tre utenze per la gestione del flusso informativo. L'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può in nessun caso corrispondere ad una funzione (DLgs 196/2003).

La richiesta va indirizzata al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali (e-mail sgandolfii@regione.emilia-romagna.it) indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, e-mail e telefono.

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 consentire correzioni e il recupero degli eventuali scarti, con termine il 10 marzo dell'anno successivo a quello di competenza (per il 2013 la data è il 10 marzo 2014).

Invio	Competenza	Scadenza
1°	dati di gennaio 2013	20 marzo 2013
2°	dati di febbraio 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti del 1° invio	20 aprile 2013
3°	dati di marzo 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti degli invii precedenti	20 maggio 2013
...
13°	Modifiche e recupero di eventuali scarti	10 marzo 2013

6. RITORNO INFORMATIVO

Il ritorno informativo del flusso AFT è disponibile mensilmente nel portale di gestione flussi del Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione Emilia-Romagna con utenza e password personale da richiedere al referente del sistema informativo.

Dal 2010 il ritorno informativo è integrato dai file necessari alla mobilità sanitaria e da un file che segnala le incongruenze riscontrate nella lettura delle variabili relative alla residenza dell'assistito.

Il file delle incongruenze viene fornito per supportare le aziende nella corretta individuazione della residenza dell'assistito; le aziende devono verificare le indicazioni sulla residenza e procedere alle eventuali correzioni utili per allineare le due informazioni.

Sono forniti i seguenti file, il cui tracciato è pubblicato nella documentazione in internet

Denominazione	Descrizione
MOBATTINFRA.uuuaaaaaii.ZIP	Mobilità attiva infraregionale
MOBATTEXTRA.uuuaaaaaii. ZIP	Mobilità attiva interregionale
MOBPASINFRA.uuuaaaaaii.ANA. ZIP	Mobilità passiva infraregionale, parte anagrafica (solo per aziende Usl)
MOBPASINFRA.uuuaaaaaii.SPE. ZIP	Mobilità passiva infraregionale, parte specialità (solo per aziende Usl)
INCONGRUENZEuuuuaaii.ZIP	Incongruenze sulla residenza dell'assistito
RIEPILOGOuuuuaaii.HTM	Riepilogo
SCARTIuuuuaaii.ZIP	Scarti
SEGNALAZIONIuuuuaaii.ZIP	Segnalazioni

Legenda:

uuu = azienda (es.105)
aaaa = anno a 4 cifre (es.2010)
aa = anno a 2 cifre (es: 10)
ii = invio (es.02)
ANA parte "anagrafica"
SPE parte "sanitaria" (specialità)

RITORNO INFORMATIVO DI MOBILITA' SANITARIA

I file di mobilità sono cumulativi: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero anno di riferimento. Per l'ottenimento dei file della mobilità infraregionale, il criterio di selezione è la provincia di residenza dell'assistito inviata dalle aziende nel flusso AFT.
Per le aziende usl che incidono nello stesso ambito provinciale, il criterio è l'azienda usl di residenza. Nei tracciati viene fornito inoltre il comune di residenza dell'assistito presente nella Nuova Anagrafe degli Assistiti Regionale – NAAR. Nei casi eventuali di incongruenza tra i dati forniti dall'Azienda e l'informazione presente in NAAR prevale il dato aziendale e si fornisce una segnalazione di incongruenza.

**MOBILITA' ATTIVA INTERREGIONALE E RESIDENTI ALL'ESTERO
(MOBATTEXTRA.uuuaaaaaii.TXT)**

Questo file contiene tutti i record validati dei farmaci oggetto di compensazione interregionale da addebitare alle altre Regioni. Soltanto i farmaci accettati in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare. Il file della mobilità interregionale contiene anche i farmaci erogati ai residenti all'estero (provincia di residenza 99).

**MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONALE
(MOBATTINFRA.uuuaaaaaii.TXT)**

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

Tracciati della mobilità attiva interregionale e infraregionale:

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 6	Codice farmacia
7	AN 4	Anno distinta
11	AN 2	Mese distinta
13	AN 5	Progressivo ricetta
18	AN 16	Codice a barre della ricetta
34	N 6	Importo lordo totale calcolato dalla Regione (parte intera)
40	N 2	Importo lordo totale calcolato dalla Regione (parte decimale)
42	N 6	Sconto totale calcolato dalla Regione (parte intera)
48	N 2	Sconto totale calcolato dalla Regione (parte decimale)
50	N 6	Ticket totale da tabella A (parte intera)
56	N 2	Ticket totale da tabella A (parte decimale)
58	N 6	Importo netto totale calcolato dalla Regione (parte intera)
64	N 2	Importo netto totale calcolato dalla Regione (parte decimale)
66	AN 2	Provincia di residenza fornito da azienda
68	AN 3	AUSL di residenza fornito da azienda
71	AN 6	Codice comune ISTAT fornito da regione
77	AN 4	Codice segnalazione dell'eventuale incongruenza

MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE

Si forniscono due file distinti, parte anagrafica e parte sanitaria, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy. I file contengono tutti i record validati dei farmaci erogati dalle farmacie del territorio di altre Aziende Usl della regione a favore dei residenti della Ausl di competenza.

Tracciati della mobilità passiva infraregionale:**Tabella A - MOBPASINFRA.uuuaaaaii.ANA.TXT**

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 6	Codice farmacia
7	AN 4	Anno distinta
11	AN 2	Mese distinta
13	AN 5	Progressivo ricetta
18	AN 16	Codice a barre della ricetta
34	AN 8	Data di spedizione (data di erogazione del farmaco)
42	2	filler
44	N 6	Importo lordo totale calcolato dalla Regione (parte intera)
50	N 2	Importo lordo totale calcolato dalla Regione (parte decimale)
52	N 6	Sconto totale calcolato dalla Regione (parte intera)
58	N 2	Sconto totale calcolato dalla Regione (parte decimale)
60	N 6	Ticket totale da tabella A (parte intera)
66	N 2	Ticket totale da tabella A (parte decimale)
68	N 6	Importo netto totale calcolato dalla Regione (parte intera)
74	N 2	Importo netto totale calcolato dalla Regione (parte decimale)

76	AN 16	Codice fiscale
92	AN 30	Cognome
122	AN 20	Nome
142	AN 8	Data di nascita
150	AN 2	Provincia di residenza fornito da azienda
152	AN 3	USL di residenza fornito da azienda
155	AN 6	Codice comune ISTAT fornito da regione
161	AN 4	Codice segnalazione dell'eventuale incongruenza

Tabella B - MOBPAINFRA.uuuaaaaii.SPE.TXT

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 6	Codice farmacia
7	AN 4	Anno distinta
11	AN 2	Mese distinta
13	AN 5	Progressivo ricetta
18	AN 16	Codice a barre della ricetta
34	AN 9	Codice specialità
43	N3	Numero pezzi specialità <u>(da tabella B)</u>
46	N 5	Prezzo della specialità <u>(da tabella B parte intera)</u>
51	N 2	Prezzo della specialità <u>(da tabella B parte decimale)</u>
53	N 4	Ticket specialità <u>(da tabella B parte intera)</u>
57	N 2	Ticket specialità <u>(da tabella B parte decimale)</u>
59	N 5	Importo sconto L. 662/96 <u>(da tabella B parte intera)</u>
64	N 2	Importo sconto L. 662/96 <u>(da tabella B parte decimale)</u>
66	N 5	Importo sconto Det. AIFA 27/09/06 <u>(da tabella B parte intera)</u>
71	N 2	Importo sconto Det. AIFA 27/09/06 <u>(da tabella B parte decimale)</u>
73	N 5	Importo sconto Det. AIFA 09/02/07 <u>(da tabella B parte intera)</u>
78	N 2	Importo sconto Det. AIFA 09/02/07 <u>(da tabella B parte decimale)</u>
80	N 5	Importo sconto DL n. 78 del 31/05/2010 <u>(da tabella B parte intera)</u>
85	N 2	Importo sconto DL n. 78 del 31/05/2010 <u>(da tabella B parte decimale)</u>
87	AN 6	Codice esenzione

Note:

IMPORTO LORDO TOTALE calcolato dalla regione:= Prezzo della specialità * n° pezzi specialità
(fonte: TAB B)

SCONTO TOTALE calcolato dalla regione: = Importo sconti (L.662/96, det AIFA...) * n° pezzi specialità
(fonte:TAB B)

TICKET TOTALE = Importo totale pagato dal cittadino (fonte: TAB A)

IMPORTO NETTO TOTALE calcolato dalla regione = Importo lordo totale - Sconto totale - Ticket totale

L'importo netto totale e' l'importo in compensazione.

Gli importi sono calcolati come SOMMA di TUTTE le righe di una stessa ricetta.

FILE DELLE INCONGRUENZE SULLA RESIDENZA **(Incongruenze.uuuaaaaii.TXT)**

Il file è elaborato esclusivamente sui dati validati e quindi non contiene i record scartati nella fase del controllo logico formale.

Sono segnalate le incongruenze sulla residenza riscontrate tra l'informazione presente in AFT e in NAAR (Nuova Anagrafe degli Assistiti Regionale).

Nel file sono stati inclusi anche i record con provincia di residenza non valorizzata (campo compilato con 00). Sono esclusi i record relativi ad assistiti privi di codice fiscale (anonimi, STP, AS, ENI, PSU).

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 6	Codice farmacia
7	AN 4	Anno distinta
11	AN 2	Mese distinta
13	AN 5	Progressivo ricetta
18	AN 16	Codice a barre della ricetta
34	AN 16	Codice fiscale dell'assistito
50	AN 2	Provincia di residenza (sigla) fornito da azienda
52	AN 3	Ausl di residenza (codice) fornito da azienda
55	AN 6	Comune di residenza (Codice Istat a 6 cifre) fornito da NAAR
61	AN 4	Codice segnalazione dell'eventuale incongruenza
65	AN 30	Descrizione della segnalazione

FLUSSO INFORMATIVO DEI FARMACI A EROGAZIONE DIRETTA (FED)

INTRODUZIONE

Le specifiche tecniche per il flusso FED valide dal 1° gennaio 2013 sono articolate nei seguenti punti:

1. Adeguamenti e modifiche
2. Ambito di applicazione
3. Codifica e contenuto delle variabili
4. Tracciato record e controlli
5. Modalità di invio e scadenze,
6. Ritorno informativo

1. ADEGUAMENTI E MODIFICHE

Dal 2013 le **principali novità** riguardano

- Farmaci per l'HIV;
- Emocomponenti;
- farmaci fuori commercio
- Prodotti galenici

- Farmaci per l'HIV

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

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

I farmaci sottoposti a monitoraggio per l'HIV, ovvero appartenenti ai gruppi ATC J05 quando l'erogazione avviene nell'ambito del piano terapeutico per l'HIV, ovvero appartenenti ai gruppi ATC J05AE, J05AF (esclusi gli ATC di quinto livello J05AF08, J05AF11), J05AG, J05AR, J05AX.

Sono aggiunti in coda al tracciato del file B due nuovi campi la cui **compilazione è obbligatoria**:

- **FLAG HIV** (file B, posizione 110), articolato in quattro valori:

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

- **PROGRESSIVO ANONIMO PAZIENTE** (file B, posizione 111): 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.

La mancata compilazione di questi campi non comporta scarto ma viene fornita una segnalazione. Se i campi sono compilati, le informazioni devono essere corrette: codici diversi da quelli previsti dalle specifiche comportano scarto del record.

Per dare alle aziende il tempo necessario ad adeguare il tracciato record, per il primo invio 2013 **deve essere utilizzato il tracciato 2012**, senza l'aggiunta dei nuovi campi. Le informazioni relative alla terapia antiretrovirale potranno essere conferite successivamente con posizione contabile 3 (modifica di record già inviati) con il nuovo tracciato.

Per la compilazione del nuovo tracciato occorre attenersi alle seguenti indicazioni:

Pos.	Nome 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, J05AF (esclusi gli ATC di quinto livello J05AF08, J05AF11), J05AG, J05AR, J05AX.</p> <p>Compilare con uno dei seguenti valori:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>codice setting</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 <u>non</u> deve essere compilato.</p>	codice setting	Descrizione	A	Profilassi post esposizione	B	1° linea	C	2° linea (semplificazione o tossicità/intolleranza)	D	Dopo fallimento virologico	OBB	Segnalazione
codice setting	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 <u>non</u> deve essere compilato.</p>	OBB	Segnalazione										

- Emocomponenti

Dal 2010 sono stati inseriti nella mobilità sanitaria i prodotti derivati dalla lavorazione del sangue previsti dal DM del 5 novembre 1996, con il superamento del meccanismo della fatturazione diretta. Le aziende sanitarie hanno ricevuto le specifiche tecniche con la nota n. PG/2009/291977 del 22/12/2009, recepite poi dalla circolare n. 2/2012. La delibera di Giunta Regionale n. 1663/2010 ha ridefinito le tariffe relative alla cessione del sangue e degli emoderivati fra le strutture sanitarie pubbliche e private della Regione, introducendo delle maggiorazioni di tariffa per il livello regionale, in considerazione, tra l'altro, di nuove metodiche per la validazione biologica delle unità di sangue. Tali maggiorazioni sono riportate nella tabella n. 3 della medesima delibera.

Dal 2013 è possibile inviare il costo sostenuto per le pratiche di cui alla tabella 3 di tale DGR quando tali "prodotti" sono stati **erogati a pazienti residenti in regione (mobilità infraregionale)**.

Si riportano di seguito le specifiche di cui alla nota citata, integrate dalle indicazioni per le maggiorazioni.

Specifiche tecniche per gli emocomponenti

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

Utilizzare i **codici dei prodotti** e le **tariffe** resi disponibili nella tabella in internet. Codici e tariffe difformi danno luogo a **errore scartante**.

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

Le maggiorazioni di cui alla tabella 3 della DGR N. 1663/2010 sono accettate esclusivamente per i pazienti in mobilità infraregionale. Devono essere inserite nel file B analogamente agli altri prodotti. Pertanto a fronte di un codice contatto si avrà un record di file A (dati dell'assistito) e n record di file B corrispondenti al prodotto/prestazione con maggiorazione erogati.

Nella **tabella B**, compilare i campi specifici in questo modo:

Pos.	Campo	Tipo e lung.	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
44-52	CODICE FARMACO	AN 9	Indicare il codice corrispondente al prodotto/prestazione della tabella degli emocomponenti. I prodotti di cui alla tabella 3 della DGR N. 1663/2010 sono accettati esclusivamente in presenza di un record corrispondente alla erogazione di un emocomponente.	OBB V	Scartante
...
64-76	Importo unitario parte intera e parte decimale	N 8, N 5	Indicare la tariffa di cui alla tabella in internet. Tariffe difformi daranno luogo a scarto.	OBB V	Scartante
77-78	Modalità di erogazione	AN 2	Indicare il valore 08	OBB V	Scartante
79-85	Prestazione ambulatoriale	AN 7	99.07.1	OBB	Non scartante
....
99	Flag tipo medicinale	AN 1	Indicare il valore 8 (emocomponenti DM 5 novembre 1996)	OBB V	Scartante

Nota: Per semplicità sono indicati solo i campi del tracciato rilevanti per l'esempio, ovviamente **devono essere compilati tutti**.

ESEMPIO

Rilevazione della somministrazione in occasione di trasfusioni in regime ambulatoriale di EMAZIA CONCENTRATA E FILTRATA (codice prestazione ambulatoriale 99.07.1) con **supplemento unità di emocomponenti evasa in emergenza**.

Tabella A

(...) importo totale parte intera= 213 (153+50 + 10); parte decimale = 33

Tabella B

riga 1 (...) Progr. Farmaco=01; (...); Cod. Farmaco= 99736; Quantità=1; Importo unit.parte intera =153; (...); Modalità erog. =08; Prestaz. Ambulatoriale =99.07.1; (...); flag tipo medicinale = 8;(...)

riga 2 (...) Progr. Farmaco=02; (...); Cod. Farmaco= 99712; Quantità=1; Importo unit.parte intera =50; (...); Modalità erog. =08; Prestaz. Ambulatoriale = 99.07.1; (...); flag tipo medicinale = 8 (...)

riga 3 (...) Progr. Farmaco=03; (...); Cod. Farmaco= URG; Quantità=1; Importo unit.parte intera =10; parte decimale = 33(...); Modalità erog. =08; Prestaz. Ambulatoriale = 99.07.1; (...); flag tipo medicinale = 8 (...)

- Farmaci fuori commercio

Dal 3° invio 2012 il controllo sulla validità del codice farmaco rispetto alla data di erogazione è scartante – errore 1045: codice farmaco fuori commercio. Dal 2013 anche per i farmaci esteri con codice chiuso (“fuori commercio”) il controllo è scartante (errore 1048: codice farmaco estero fuori commercio).

Si ribadisce la necessità di mantenere aggiornate le anagrafiche dei farmaci quando i prodotti risultano fuori commercio e/o sostituiti da altri. Il controllo regionale tiene conto del periodo necessario allo smaltimento di eventuali scorte di magazzino ed è costruito aggiungendo alla data di chiusura del codice il periodo di validità del farmaco. In tal modo viene individuata una data dalla quale il farmaco viene considerato fuori commercio. La precisione del codice farmaco è fondamentale in quanto impatta con il meccanismo del payback: i dati regionali sono utilizzati a livello nazionale per il calcolo dello sfondamento dei tetti di spesa farmaceutica e del ripiano tramite pay back da parte delle Aziende farmaceutiche ((L222/2007 per la farmaceutica territoriale, L135/2012 per la spesa ospedaliera). . E' pertanto fondamentale garantire un corretto aggiornamento delle anagrafiche dei farmaci in modo da poter ricondurre i consumi alle singole specialità medicinali e alle rispettive Aziende produttrici.

- Prodotti galenici

NSIS ha predisposto una codifica ministeriale, analoga a quella per i farmaci esteri. La Regione Emilia-Romagna adotterà tale codifica nel 2014. Per il 2013 i prodotti galenici saranno rilevati tramite l'ATC. Per la corretta attribuzione dell'ATC può essere utile avvalersi della tabella dei codici galenici ministeriale che è resa disponibile nel sito del sistema informativo (sezione tabelle di riferimento). E' possibile segnalare prodotti non presenti in tabella compilando l'apposito modulo pubblicato nella stessa pagina e inviandolo alla regione. Si propone di utilizzare, laddove possibile, i codici già presenti nella tabella ministeriale e di richiedere la nuova codifica in mancanza di alternative utili, al fine di contenere la numerosità dei codici dei prodotti galenici.

Altri punti di attenzione:

- **Ossigeno terapeutico:** si ribadisce la necessità di rilevare in modo completo e puntuale la distribuzione diretta dell'ossigeno terapeutico. Non è prevista a livello nazionale la possibilità di derogare inviando un dato aggregato, restano pertanto valide le indicazioni fornite con la circolare 2/2012
- **Tabella di confronto dei dati dell'erogazione diretta di fonte FED e AFO e dell'ossigeno:** per supportare le aziende nel monitoraggio della completezza del flusso FED rispetto ad AFO, viene inviata mensilmente via e-mail ai referenti aziendali dei flussi FED e AFO.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

L'erogazione diretta dei farmaci deve essere rilevata per le seguenti tipologie:

- i farmaci erogati alla dimissione da ricovero (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura l. 405/2001 art. 8 lettera C);
- i farmaci erogati a seguito di visita specialistica ambulatoriale (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura l. 405/2001 art. 8 lettera C);
- i farmaci erogati direttamente a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico (PHT, piani terapeutici, fibrosi cistica, fattori della coagulazione, ecc.);
- I farmaci erogati direttamente a pazienti affetti da malattie rare attraverso piani terapeutici personalizzati (D.G.R. n. 160/2004).
- i farmaci necessari al trattamento di pazienti seguiti dalle seguenti strutture territoriali: Centri di salute mentale, SERT .

- i farmaci distribuiti “per conto” attraverso accordi dell’Azienda USL con le farmacie territoriali convenzionate;
- tutti i farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare;
- I farmaci forniti nelle **strutture residenziali, semiresidenziali e istituti penitenziari**, quando è disponibile il dato individuale.
- I farmaci forniti ai sensi dell’art. 1, comma 4 della l. 648/96, distribuiti in erogazione diretta; la l. 648/96 consente di erogare a carico del SSR specialità innovative la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non in Italia, medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e farmaci da impiegare per indicazioni terapeutiche diverse da quelle già autorizzate (utilizzi off-label). Gli elenchi dei farmaci erogabili vengono periodicamente aggiornati dall’AIFA.

Il conferimento dei dati relativi a **residenze, semiresidenze e istituti penitenziari** è facoltativo. Per queste tipologie e per l’ADI nelle analisi regionali e nell’invio dei dati a NSIS saranno pertanto utilizzati i dati derivanti dal flusso AFO.

Prodotti rilevati:

Sono rilevati i seguenti **prodotti distribuiti direttamente**:

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

Sono inoltre rilevati i seguenti prodotti che non costituiscono erogazione diretta, ma rientrano nella **mobilità sanitaria** relativa ai farmaci:

- **i fattori della coagulazione** somministrati in regime di ricovero ad emofilici o a pazienti affetti da malattia emorragica congenita;
- **i farmaci** somministrati in occasione di **terapie ambulatoriali** quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco. Dal 2009 sono compresi anche gli **emocomponenti/i prodotti derivati dalla lavorazione del sangue** previsti dal Decreto Ministro della Sanità del 5 novembre 1996, individuati dallo specifico codice.
Queste due tipologie devono essere rilevate **solo** per i pazienti **non residenti** nell’ambito dell’azienda erogante.
- **i farmaci innovativi oncologici ed ematologici**, ad elevato costo, erogati in regime di ricovero (regime di fornitura OSP), ammessi in mobilità sanitaria. La tabella relativa ai principi attivi è pubblicata sul sito internet del Sistema informativo Sanità e Politiche sociali. -

3. CODIFICA E CONTENUTO DELLE VARIABILI

Tabella A - DATI dell’EROGATORE e dell’ASSISTITO (1 record per contatto)

TIPO EROGATORE

Valori ammessi:

- 01 = *Struttura ospedaliera*
- 02 = *Struttura ambulatoriale interna all’ospedale*
- 03 = *Struttura ambulatoriale territoriale*
- 04 = *Altra struttura territoriale (CSM, SERT, ...)*
- 05 = *Farmacia convenzionata*
- 06 = *ADI*
- 07 = *Strutture residenziali, semiresidenziali, hospice*
- 08 = *Carcere*

Per farmaci consegnati al paziente da una **divisione o dalla farmacia ospedaliera**, il campo deve essere compilato con 01.

Per i farmaci distribuiti *somministrati in regime di ricovero ad emofilici e farmaci innovativi oncologici ed ematologici somministrati in regime di ricovero* (modalità di erogazione 7), il campo deve essere compilato con 01.

Per i farmaci consegnati al paziente da un **ambulatorio interno** all'ospedale, il campo deve essere compilato con 02.

Per farmaci consegnati al paziente da una **struttura ambulatoriale territoriale**, compilare con 03.

Nel caso di farmaci consegnati al paziente da un'**altra struttura territoriale**, il campo deve essere compilato con 04.

Nel caso di farmaci consegnati al paziente da **farmacie convenzionate** (cosiddetta erogazione per conto) il campo deve essere compilato con 05.

Nel caso di farmaci consegnati a pazienti in **Assistenza domiciliare integrata**, il campo deve essere compilato con 06.

Per **Strutture residenziali, semiresidenziali, hospice** compilare con 07. Per **istituti penitenziari** con 08.

CODICE AZIENDA, CODICE STRUTTURA/FARMACIA, SUBCODICE

Se TIPO EROGATORE = 01:

I 3 campi individuano la struttura/farmacia ospedaliera erogatrice.

A seconda dell'organizzazione aziendale la struttura/farmacia può essere individuata:

dal solo CODICE AZIENDA nel caso di erogazione diretta effettuata da Azienda Ospedaliera;

da CODICE AZIENDA + CODICE PRESIDIO

da CODICE AZIENDA + CODICE PRESIDIO + SUBCODICE.

L'informazione codice presidio deve essere inserita nel campo STRUTTURA/FARMACIA.

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.

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.

Nel campo STRUTTURA /FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 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

Se TIPO EROGATORE = 03:

Questi campi individuano la struttura ambulatoriale territoriale (compresa emodialisi territoriale).

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 STS.11 della rilevazione ministeriale. Le tipologie di assistenza ammesse sono: S01, S02, S03, S04.

Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.

Se TIPO EROGATORE = 04:

Questi campi individuano la struttura territoriale (CSM, SERT,...)

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 STS.11 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.

Se TIPO EROGATORE = 05:

Questi campi individuano la farmacia convenzionata erogatrice.

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, concordato con il sistema informativo sanità e politiche sociali.

Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.

Se TIPO EROGATORE = 06:

Questi campi individuano il distretto che eroga l'ADI

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

Il campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere blank.

Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.

Se TIPO EROGATORE =07

Questi campi individuano le strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni, hospice.

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

Se TIPO EROGATORE = 08:

Questi campi individuano gli istituti penitenziari.

CAMPO TIPO EROGATORE: 08.

CAMPO CODICE AZIENDA: riportare il codice della Azienda USL 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)

Esempio: 080002C CASA CIRCONDARIALE DI PARMA.

campo cod azienda (pos3) 102

campo cod struttura (pos6) 080002

campo subcodice (pos12)

CODICE CONTATTO

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.

IMPORTO TOTALE (parte intera e parte decimale)

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.

COSTO DEL SERVIZIO (parte intera e parte decimale)

Da compilare solo per la distribuzione per conto. Costo totale del servizio imputato dalla farmacia convenzionata alla Azienda Usl e riferito alla singola ricetta.

MODALITÀ ORGANIZZATIVA

Identifica particolari modalità organizzative della distribuzione diretta.

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

POSIZIONE CONTABILE

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

CODICE FISCALE DELL'ASSISTITO

Non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici.

Questa variabile va compilata:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri)
con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50) ovvero quello riportato nella tessera sanitaria;
- per gli stranieri temporaneamente presenti
con il codice STP, (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri, ai sensi del D.P.R. 31/8/1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24/4/2000, n.5;
- per i cittadini neocomunitari residenti in Bulgaria e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di provenienza,
con il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- per gli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale (D.G.R. 11 704/2011 n. 487) ed in particolare per i rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa
con il codice PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari). Anche questo codice è composto da 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2011/96394 del 15.04.2011;
- per gli immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per asilo
con il codice regionale AS a 16 caratteri costruito come previsto nella nota regionale P.G./2011/215405 dell'08/09/2011.

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

- farmaci relativi a terapia antivirale, ad uso sistemico, di impiego nel trattamento delle infezioni da HIV e di quelle ad essa correlata (ATC J05, con l'esclusione di J05AB04, J05AF08, J05AF11, J05AH01 e J05AH02 in quanto farmaci con indicazioni diverse da HIV e patologie immediatamente correlabili ad essa)
- 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).

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.

COGNOME E NOME

Indicare rispettivamente il cognome e il nome dell'assistito. Compilare tutto maiuscolo. Nei casi sopra descritti per i quali è previsto l'anonimato, i campi devono essere compilati obbligatoriamente con la dicitura ANONIMO.

SESSO

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

DATA DI NASCITA

Formato GGMMAAAA

Deve essere congruente con la data di nascita ricavabile dal Codice Fiscale

COMUNE DI NASCITA

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.

COMUNE DI RESIDENZA

Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Nel caso di stranieri regolarmente iscritti al SSN 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)

CITTADINANZA

Indica la cittadinanza dell'assistito.

Utilizzare il codice a 3 cifre presente nella tabella TCOMNOS .

Per i cittadini Italiani codificare con 100, gli apolidi con 999

NUMERO RICETTA

Indicare il codice a barre della ricetta, se l'erogazione avviene a fronte di ricetta rossa.

L'indicazione è obbligatoria per la per conto (errore scartante).

CODICE PRESCRITTORE

Indicare il codice fiscale del medico prescrittore.

TIPO PRESCRITTORE

Indica il ruolo del prescrittore ed assume i seguenti valori:

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

DATA DI PRESCRIZIONE

Indicare facoltativamente la data di prescrizione in formato GGMMAAAA

Se valorizzato, deve essere valida (errore scartante)

ISTITUZIONE COMPETENTE

Codice di identificazione di assicurazione competente

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

TIPO EROGATORE, CODICE AZIENDA, CODICE STRUTTURA/FARMACIA, SUB CODICE, CODICE CONTATTO: Vedere i campi omonimi in tabella A

PROGRESSIVO FARMACO

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).

DATA DI EROGAZIONE FARMACO

Compilare indicando la data di erogazione del farmaco. Formato GGMMAAAA

Deve essere formalmente valida.

CODICE FARMACO

Tutti i farmaci dotati di codice all'immissione in commercio (AIC) devono essere identificati con il codice Minsan10.

Le formule magistrali, i prodotti galenici e le formule officinali, sono attualmente identificati dal **codice Anatomical Therapeutic Chemical - ATC**, con il maggior dettaglio possibile.

Nell'ambito di NSIS, dal 2011 è stata predisposta una **codifica nazionale di tali preparazioni**. Il codice, come per i farmaci esteri, permette una identificazione di maggior dettaglio di questi prodotti. A livello regionale tale codifica sarà adottata dal 1.1.2014.

Sul sito del Sistema informativo Sanità e politiche sociali è disponibile la tabella ministeriale delle preparazioni galeniche e magistrali già codificate utilizzata attualmente per l'individuazione corretta dell'ATC e dal 2013 per il codice nazionale.

In preparazione a questo passaggio, per i prodotti non codificati sarà attivata, una procedura per richiedere la codifica, come già avviene per gli esteri.

L'ossigeno terapeutico liquido e gas (ATC V03AN01) deve essere rilevato identificandolo obbligatoriamente con il **codice MINSAN**. I codici, con relativa descrizione e prezzo, sono pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale n. 4 del 7 gennaio 2010 – Serie generale.

Per la compilazione del tracciato record è necessario seguire le seguenti indicazioni:

Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza del campo	Modalità di compilazione
44-52	Codice farmaco	AN	9	Codice MINSAN
53-58	Quantità parte intera	N	6	- Ossigeno gas in bombole/contenitori criogenici: Indicare il numero di bombole/contenitori criogenici
59-60	Quantità parte decimale	N	2	
61-63	Quantità erogata per tipologia 06- erogazione per conto<	N	3	- Altro ossigeno gas e ossigeno liquido: Indicare il numero di litri erogati
64-71	Importo unitario parte intera	N	8	- Ossigeno gas in bombole/ contenitori criogenici: Indicare il prezzo per bombola contenitore criogenico comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo) - Altro ossigeno gas e ossigeno liquido: Indicare il prezzo al litro, comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo).
72-76	Importo unitario parte decimale	N	5	
99	Flag tipo medicinale	AN	1	Indicare il valore 1 (confezione con MINSAN)

Per gli **emocomponenti** utilizzare i codici della tabella disponibile in internet.

QUANTITÀ EROGATA (parte intera e parte decimale)

Il campo deve essere compilato per tutte le tipologie di erogazione diretta esclusa 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** la quantità è espressa in litri /n° di contenitori, come da tabella soprariportata.

QUANTITÀ EROGATA (tipologia 06 – distribuzione per conto)

Il campo deve essere compilato esclusivamente per l'erogazione per conto. E' espressa in numero di confezioni/scatole del Minsan erogato.

Per **ossigeno** la quantità è espressa in litri. o numero di bombole/contenitori criogenici.

Esempio:

038904443 oss compr 200bar 7lt

038904482 oss compr 200bar 14lt

038904621 oss cryogen 32 lt mobile

Per formule magistrali, prodotti galenici, formule officinali la quantità è =1

IMPORTO UNITARIO (parte intera e parte decimale)

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.

MODALITÀ DI EROGAZIONE

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 emofili 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.

PRESTAZIONE AMBULATORIALE

Compilare il campo solo se modalità di erogazione =08, 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

CODICE DISCIPLINA

Compilare il campo in tutti i casi in cui è disponibile l'informazione.

Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella disponibile in internet

PROGRESSIVO DIVISIONE

Compilare il campo se è disponibile l'informazione. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della salute, modello HSP12

SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

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). La compilazione, pur essendo facoltativa è particolarmente richiesta per modalità 07.

Il campo è facoltativo, se compilato deve essere valido:

- deve essere numerico (scartante).
- i primi 2 caratteri devono essere le ultime cifre di un anno inferiore o uguale all'anno dell'invio (scartante).

FLAG TIPO MEDICINALE

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

FLAG L. 648/96

1= farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della L. 648/96

2= tutti gli altri farmaci

TARGATURA

Non compilare

FLAG HIV

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, J05AF (esclusi J05AF08, J05AF11), J05AG, J05AR, J05AX. Compilare con uno dei seguenti valori:

codice	Descrizione
A	Profilassi post esposizione
B	1^ linea
C	2^ linea (semplificazione o tossicità/intolleranza)
D	Dopo fallimento virologico

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).

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

PROGRESSIVO ANONIMO PAZIENTE

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. .

In tutti gli altri casi il campo non deve essere compilato

6. TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

I contenuti delle colonne sono:

Posizione

La cifra indica la posizione del campo nel tracciato.

Nome Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

Tipo e lunghezza

Definisce il formato del campo e il numero dei caratteri del campo

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero".

Note per la compilazione

Forniscono le indicazioni per la compilazione del campo

Vincolo

Codice che identifica il grado di obbligatorietà del campo.

OBB V: campo obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record viene scartato.

OBB: campo obbligatorio in determinate circostanze. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

FAC: campo facoltativo. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato

Controllo

Controlli logico formali a cui i record sono sottoposti prima di entrare in banca dati.

I controlli sono:

- di 1° livello e producono scarto del record (scartante)
- di 2° livello e non producono scarto (segnalazione).

Tutti campi obbligatori vincolanti devono essere valorizzati e validi.

Tutti i campi obbligatori se valorizzati devono essere validi.

I campi Facoltativi se valorizzati in modo errato generano un errore di primo livello (scartante) o un errore di secondo livello (segnalazione).

Tutte le tabelle utili al Flusso sono disponibili nel sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali:

www.saluter.it/siseps

selezionare Assistenza Farmaceutica –FED

FED - TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

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

A1 – Dati dell'erogatore e valorizzazione

Pos	Campo	Tipo e lung	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
1	TIPO EROGATORE	AN 2	<p>Valori ammessi:</p> <p>01 = <i>Struttura ospedaliera</i></p> <p>02 = <i>Struttura ambulatoriale interna all'ospedale</i></p> <p>03 = <i>Struttura ambulatoriale territoriale</i></p> <p>04 = <i>Altra struttura territoriale (CSM, SERT, ...)</i></p> <p>05 = <i>Farmacia convenzionata</i></p> <p>06 = <i>ADI</i></p> <p>07 = <i>Strutture residenziali, semiresidenziali, hospice</i></p> <p>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.</p> <p>Per la modalità di erogazione 7, il campo deve essere compilato con 01.</p> <p>Per i farmaci consegnati al paziente <u>da un ambulatorio interno all'ospedale</u>, il campo deve essere compilato con 02.</p> <p>Per farmaci consegnati al paziente <u>da una struttura ambulatoriale territoriale</u>, compilare con 03.</p> <p>Nel caso di farmaci consegnati al paziente <u>da un'altra struttura territoriale</u>, il campo deve essere compilato con 04.</p> <p>Nel caso di farmaci consegnati al paziente <u>da farmacie convenzionate (cosiddetta erogazione per conto)</u> il campo deve essere compilato con 05.</p> <p>Nel caso di farmaci consegnati <u>a pazienti in Assistenza domiciliare integrata</u>, il campo deve essere compilato con 06.</p> <p>Per Strutture residenziali, semiresidenziali, hospice compilare con 07. Per istituti penitenziari con 08.</p>	OBB V	Scartante
3	CODICE AZIENDA	AN 3	<p><u>Se TIPO EROGATORE = 01:</u></p> <p><i>I 3 campi individuano la struttura/farmacia ospedaliera erogatrice.</i></p> <p>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.</p> <p>L'informazione codice presidio deve essere inserita nel campo STRUTTURA/FARMACIA.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 02:</u></p> <p><i>Questi campi individuano la struttura ambulatoriale interna all'ospedale.</i></p> <p>Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda sanitaria alla quale appartiene</p>	OBB V	Scartante
6	CODICE STRUTTURA/FARMACIA	AN 6			
12	SUBCODICE	AN 2			

Pos	Campo	Tipo e lunghezze	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
			<p>l'ambulatorio interno all'ospedale. 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 l'ADI</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda Usl. Il campo STRUTTURA/FARMACIA non deve essere compilato. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 07</u> Questi campi individuano le strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni, hospice. Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda Usl 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>		

Pos	Campo	Tipo e lunghezza	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
			<u>Se TIPO EROGATORE = 08:</u> <i>Questi campi individuano gli istituti penitenziari.</i> CAMPO TIPO EROGATORE: 08. CAMPO CODICE AZIENDA: riportare il codice della Azienda Usl 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)		
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 usl 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 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 lunghezza	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, con l'esclusione di J05AB04, J05AF08, J05AF11, J05AH01 e J05AH02 in quanto farmaci con indicazioni diverse da HIV e patologie immediatamente correlabili ad essa) • 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.</p> <p>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	<p><i>Valori ammessi:</i></p> <p>1 = Maschio 2 = Femmina</p>	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	<p>Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS .</p> <p>Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (tabella TCOMNOS).</p> <p>Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non è presente nella tabella TCOMNOS.</p> <p>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.</p> <p>Per gli assistiti anonimi il campo non deve essere compilato.</p>	OBB	Scartante condizionato																						
136	COMUNE DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO	AN 6	<p>Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.</p> <p>Nel caso di stranieri regolarmente iscritti al SSN è possibile indicare, in mancanza del comune di residenza, l'effettiva dimora, ovvero il comune di domicilio.</p> <p>Per i residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS .</p> <p>Per i residenti all'estero, compresi STP, ENI, AS, PSU, codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (tabella TCOMNOS)</p>	OBB V	Scartante																						
142	CITTADINANZA DELL'ASSISTITO	AN 3	<p>Utilizzare il codice a 3 cifre presente nella tabella TCOMNOS .</p> <p>Per i cittadini Italiani codificare con 100, gli apolidi con 999.</p>	OBB V	Scartante																						
145	NUMERO RICETTA	AN 15	<p>Indicare il codice a barre della ricetta, se l'erogazione avviene a fronte di ricetta rossa.</p> <p>L'indicazione è obbligatoria per la distribuzione per conto (errore scartante).</p>	OBB	Scartante condizionato																						
160	CODICE PRESCRITTORE	AN 16	<p>Indicare il codice fiscale del medico prescrittore.</p>	FAC	Segnalazione																						
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																										

Pos.	Campo	Tipo e lunghezza	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
177	DATA DI PRESCRIZIONE	AN 8	Indicare facoltativamente la data di prescrizione in formato GGMMAAAA Se valorizzato, deve essere valida (errore scartante)	FAC	Scartante
185	FILLER	AN 2	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**

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 la quantità è espressa in litri.:	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

Pos.	Campo	Tipo e lungh.	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
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 litri. o numero di bombole/contenitori criogenici. Esempio: 038904443 oss compr 200bar 7lt 038904482 oss compr 200bar 14lt 038904621 oss cryogen 32 lt mobile Per formule magistrali, prodotti galenici, formule officinali la quantità è =1	OBB V	Scartante
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.	OBB V	Scartante
72	IMPORTO UNITARIO PARTE DECIMALE	N 5	Parte decimale	OBB V	Scartante
77	MODALITA' EROGAZIONE	AN 2	Valori ammessi: <i>01 = Erogazione alla dimissione da ricovero;</i> <i>02 = Erogazione a seguito di visita specialistica ambulatoriale;</i> <i>03 = Erogazione a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico;</i> <i>04 = Erogazione a pazienti affetti da malattie rare;</i> <i>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;</i> <i>06 = Erogazione "per conto" (DPC);</i> <i>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.</i> <i>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 5/1/96. Non utilizzare altre modalità.</i>	OBB V	Scartante

Pos.	Campo	Tipo e lung.	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
79	PRESTAZIONE AMBULATORIALE	AN 7	<i>Compilare il campo solo se modalità di erogazione =08, 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.</i> 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	<i>Compilare il campo in tutti i casi in cui è disponibile l'informazione.</i> Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella disponibile in internet.	FAC	Segnalazione
89	PROGRESSIVO DIVISIONE	AN 2	<i>Compilare il campo se è disponibile l'informazione.</i> Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della salute, modello HSP12 .	FAC	Segnalazione
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	Non compilare		

Pos.	Campo	Tipo e lung.	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, J05AF (esclusi J05AF08, 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	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 <u>non</u> deve essere compilato.</p>	OBB	Segnalazione										

5. MODALITÀ DI INVIO E SCADENZE

La trasmissione dei dati alla Regione va effettuata tramite il portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (<http://www.saluter.it/siseps/>), nella sezione specifica del flusso FED.

La gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: ELABORAZIONE FILE E RITORNO INFORMATIVO

Ogni azienda sanitaria invia i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verifica l'esito dell'elaborazione, corregge gli eventuali errori e segnalazioni e successivamente invia i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).

Ogni azienda può richiedere la creazione di tre utenze per la gestione del flusso informativo. L'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può in nessun caso corrispondere ad una funzione (DLgs 196/2003).

La richiesta va indirizzata al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali (e-mail sgandolfii@regione.emilia-romagna.it) indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, e-mail e telefono.

Gli invii hanno **periodicità mensile** e devono essere inviati attraverso il portale di gestione flussi del Sistema informativo Sanità e politiche sociali.

La scadenza per l'invio è **il giorno 11 del mese successivo al mese di erogazione.**

Di norma le correzioni e integrazioni devono essere fatte 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. In tale occasione la Regione effettuerà l'allineamento con il livello nazionale NSIS.

La chiusura del 13° invio 2013 è fissata al 18 febbraio 2014.

Invio	Competenza	Scadenza
1°	dati di gennaio 2013	11 febbraio 2013
2°	dati di febbraio 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di gennaio	11 marzo 2013
3°	dati di marzo 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di gennaio e febbraio	11 aprile 2013
4°	dati di aprile 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di febbraio e marzo	11 maggio 2013
5°	dati di maggio 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di marzo e aprile	11 giugno 2013
6°	dati di giugno 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti aprile e maggio	11 luglio 2013
7°	dati di luglio 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti del maggio e giugno	11 agosto 2013
8°	dati di agosto 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di tutti i mesi precedenti	11 settembre 2013
9°	dati di settembre 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di luglio e agosto	11 ottobre 2013
10°	dati di ottobre 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti di agosto e settembre	11 novembre 2013
11°	dati di novembre 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti del settembre e ottobre	11 dicembre 2013
12°	dati di dicembre 2013 e modifiche e recupero di eventuali scarti del ottobre e novembre	11 gennaio 2014
13°	Modifiche e recupero di eventuali scarti di tutto l'anno	18 febbraio 2014

6. RITORNO INFORMATIVO

Ad ogni caricamento viene fornito il **ritorno informativo** attraverso l'applicativo di gestione flussi che consente di monitorare in tempo reale la qualità e la completezza delle informazioni fornite.

Nei file degli scarti e delle segnalazioni è fornita la chiave di ciascun record contenente rispettivamente errori di 1° o 2° livello, seguita dal codice di errore. L'elenco completo dei codici di errore è pubblicato sul sito del Sistema informativo Sanità e Politiche sociali, nelle tabelle di riferimento.

Si prega di fornire particolare attenzione alla coerenza dei campi quantità e prezzo.

Per quanto riguarda il prezzo, il controllo non è scartante, ma viene fornita una segnalazione quando il valore indicato dall'azienda è superiore al prezzo al pubblico presente nel database regionale utilizzato in fase di controllo (fonte FARMADATI).

Si sottolinea inoltre l'importanza di aggiornare le anagrafiche dei farmaci quando i prodotti risultano fuori commercio e/o sostituiti da altri. Il controllo regionale che segnala la presenza di prodotti fuori commercio è costruito tenendo conto del periodo di validità del prodotto.

Inoltre, per supportare le aziende nel monitoraggio della completezza del flusso FED rispetto ad AFO, viene fornita una **tabella di confronto dei dati dell'erogazione diretta di fonte FED e AFO**, inviata mensilmente via e-mail ai referenti aziendali dei flussi FED e AFO.

Sono forniti i seguenti file:

Denominazione	Descrizione
MOBATTINFRA.uuuaaaaii.ZIP	Mobilità attiva infraregionale
MOBATTEXTRA.uuuaaaaii.ZIP	Mobilità attiva interregionale
MOBPASINFRA.uuuaaaaii.ANA.ZIP	Mobilità passiva infraregionale , parte anagrafica (solo per Aziende UsI)
MOBPASINFRA.uuuaaaaii.SPE. ZIP	Mobilità passiva infraregionale , parte specialità (solo per Aziende UsI)
RIEPILOGOuuuuaaii	Riepilogo
SCARTIuuuuaaii	Scarti
SEGNALAZIONIuuuuaaii	Segnalazioni
TB4-uuuuaaii	Anomalie riscontrate dal controllo sul prezzo
TB5- uuuuaaii	Anomalie riscontrate dal controllo sul MINSAN

Legenda:

uuu = azienda (es.105)

aaaa = anno a 4 cifre (es.2010)

aa = anno a 2 cifre (es: 10)

ii = invio (es.02)

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

RITORNO INFORMATIVO DI MOBILITA' SANITARIA

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

Per l'ottenimento dei file della mobilità infraregionale, il criterio di selezione è il comune di residenza dell'assistito inviato dalle aziende nel flusso FED.

MOBILITA' ATTIVA INTERREGIONALE E RESIDENTI ALL'ESTERO (MOBATTEXTRA.uuuaaaaii.ZIP)

Questo file contiene tutti i record validati dei farmaci oggetto di compensazione interregionale da addebitare alle altre Regioni. Soltanto i farmaci accettati in banca dati concorrono a determinare

l'importo da compensare. Il file della mobilità interregionale contiene anche i farmaci erogati ai residenti all'estero (comune di residenza 999+ codice nazione)

MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONALE (MOBATTINFRA.uuuaaaaii.ZIP)

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

Tracciati della mobilità attiva interregionale e infraregionale:

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 2	Tipo erogatore
3	AN 3	Codice azienda
6	AN 6	Codice struttura/farmacia
12	AN 2	Subcodice
14	AN 20	Codice contatto
34	N 8	Importo totale (da tabella A parte intera) inviato dall'azienda
42	N 2	Importo totale (da tabella A parte decimale) inviato dall'azienda
44	N 8	Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte intera)
52	N 2	Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte decimale)
54	AN 6	Comune di residenza assistito
60	N 6	Costo del servizio – parte intera
66	N 2	Costo del servizio – parte decimale

MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE (solo per AUSL)

Questo file contiene tutti i record validati delle prestazioni erogate dalle altre Aziende Usl della Regione a favore dei propri residenti.

Tracciato mobilità passiva infraregionale:

Tabella A MOBPASINFRA.uuuaaaaii.ANA.ZIP

Pos	FORMATO E LUNGH.	CAMPO
1	AN 2	Tipo erogatore
3	AN 3	Codice azienda erogante
6	AN 6	Codice struttura/farmacia
12	AN 2	Subcodice
14	AN 20	Codice contatto
34	N 8	Importo totale (parte intera) inviato dall'azienda
42	N 2	Importo totale (parte decimale) inviato dall'azienda
44	N 8	Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte intera)
52	N 2	Importo totale ricalcolato a livello regionale (parte decimale)
54	AN 2	Modalità organizzativa
56	AN 16	Codice fiscale
72	AN 30	Cognome
102	AN 20	Nome
122	AN 8	Data di nascita
130	AN 6	Comune di residenza
136	N 6	Costo del servizio – parte intera
142	N 2	Costo del servizio – parte decimale

Tabella B MOBPAINFRA.uuuuaaaaii.SPE.ZIP

Pos	FORMAT O E LUNGH	CAMPO
1	AN 2	Tipo erogatore
3	AN 3	Codice azienda erogante
6	AN 6	Codice struttura/farmacia
12	AN 2	Subcodice
14	AN 20	Codice contatto
34	AN 8	Data erogazione farmaco
42	AN 9	Codice Farmaco
51	N 6	Quantità parte intera
57	N 2	Quantità parte decimale
59	N3	Quantità erogata (tipologia 6 erog per conto)
62	N 8	Importo unitario (parte intera)
70	N 5	Importo unitario (parte decimale)
75	AN 2	Modalità di erogazione
77	AN 7	Prestazione ambulatoriale
84	AN 8	Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO)

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

Luisa Martelli



Eleonora Verdini

