

Il Direttore Generale
Leonida Grisendi

TIPO ANNO NUMERO
Reg. PG | 2007 | 327457
del 21/12/ 2007

CIRCOLARE N. 14

- Ai Direttori Generali
- Ai Direttori Amministrativi
- Ai Direttori Sanitari
- Ai Direttori dei Servizi Farmaceutici Ospedalieri e territoriali
- Ai Responsabili del controllo di gestione
- Ai Direttori del Sistema informativo- informatico
- Ai Referenti aziendali del flusso informativo AFO
- Ai Referenti aziendali del flusso informativo AFT
- Ai Referenti aziendali del flusso informativo FED

delle Aziende Sanitarie e degli I.I.OO.R.
della Regione Emilia-Romagna

L O R O S E D I

Oggetto: “Specifiche del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza farmaceutica - rilevazioni AFT, AFO, FED”

L’assistenza farmaceutica è uno dei maggiori capitoli di spesa del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale. L’erogazione avviene attraverso molteplici e complesse modalità riconducibili a tre tipologie principali:

1. **assistenza farmaceutica convenzionata** che concerne l’erogazione dei farmaci a carico SSN attraverso le farmacie aperte al pubblico a seguito di ricetta medica rilasciata da medici di medicina generale (MMG) e da pediatri di libera scelta (PLS); questo canale di erogazione identifica il vero e proprio livello essenziale di assistenza (LEA) della farmaceutica;
2. **assistenza farmaceutica ospedaliera** che concerne l’erogazione di farmaci nell’ambito di prestazioni fornite dal Sistema Sanitario Nazionale come ricoveri e prestazioni ambulatoriali, in cui il farmaco rientra come bene intermedio utilizzato nell’ambito dell’erogazione di ulteriori LEA;
3. **assistenza farmaceutica in erogazione diretta** (introdotta con la L. 405/2001) in cui l’erogazione dei farmaci a carico SSN per l’utilizzo al proprio domicilio viene eseguita

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

ANNO		NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB	
a uso interno	DP		Classif.	3401	600	50	30		Fasc.	2006	8	

direttamente dalle strutture sanitarie a seguito di ricovero (erogazione alla dimissione), di visita specialistica, di presa in carico di pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico in conseguenza del fatto che l'assistito è seguito da strutture territoriali dell'azienda come RSA, ADI, residenze e semiresidenze. In questa tipologia di assistenza rientra anche l'erogazione da parte delle farmacie convenzionate di farmaci acquistati dalle aziende sanitarie (erogazione diretta "per conto"). La componente di farmaci di fascia A erogata direttamente – come sopra descritto – costituisce, insieme all'assistenza farmaceutica convenzionata, l'assistenza farmaceutica territoriale.

Disposizioni di legge, che impongono tetti di spesa per le diverse forme di assistenza farmaceutica e relativi meccanismi di ripiano degli sfondamenti dei medesimi (la più recente è la L. 222/2007, legge di conversione del collegato alla "Finanziaria per l'anno 2008"), nonché la necessità di coniugare ai monitoraggi di spesa valutazioni di appropriatezza d'uso dell'utilizzo della risorsa farmaco, hanno richiesto, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo nazionale (NSIS) la realizzazione di modalità strutturate di rilevazione dei dati : in particolare che siano stati istituiti flussi informativi relativi alle tipologie di assistenza sopra indicate e che al momento sono: l'art. 50 del DL 269 del 30 settembre 2003 convertito in L. 326 del 24 novembre 2003 per farmaceutica convenzionata e il Decreto N. 229 del 31 luglio 2007 del Ministero della salute per erogazione diretta. Inoltre il "progetto Mattoni del NSIS" ha già previsto l'istituzione del flusso informativo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e che sarà di prossima implementazione, anche alla luce di quanto previsto dalla L. 222/2007.

La Regione Emilia-Romagna ha già attivi i flussi informativi relativi ai tre ambiti dell'assistenza farmaceutica sopra descritti, denominati rispettivamente AFT, AFO, FED : con la presente circolare si è inteso apportare tutte le modifiche necessarie per rispondere alle disposizioni normative armonizzando e considerando in un'unica soluzione le tre rilevazioni come un unico strumento volto a cogliere le molteplici sfaccettature dell'assistenza farmaceutica.

Data la rilevanza dei temi anche nell'ambito dei rapporti col livello nazionale, i contenuti di questa circolare saranno oggetto di un provvedimento della Giunta regionale.

Le specifiche che illustrano in dettaglio le modifiche introdotte sono contenute nell'allegato tecnico, che costituisce parte integrante della presente circolare.

Distinti saluti.

f.to
Leonida Grisendi

ALL. n. 1

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

ANNO		NUMERO		INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB	
a uso interno	DP			Classif.	3401	600	50	30		Fasc.	2006	8	

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****Allegato tecnico**

INTRODUZIONE

Con il presente allegato tecnico si intendono apportare modifiche nei flussi informativi dell'assistenza farmaceutica per adeguare le attuali rilevazioni alla istituzione a livello nazionale del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) e in particolare alle disposizioni che attivano il flusso nazionale della erogazione diretta e per conto (Decreto N. 229 del 31 luglio 2007 del Ministero della salute, pubblicato in G.U. n. del 2 ottobre 2007). Il conferimento dei dati al NSIS è tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato (Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

A ciò si aggiungono i vincoli posti in fase di predisposizione della finanziaria 2008, che prevedono il conferimento dei dati agli organi centrali mensilmente, entro il giorno 15 del mese successivo a quello di competenza (L. 29 novembre 2007, n. 222 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale).

Il flusso nazionale si applica a tutti i medicinali per uso umano dotati di autorizzazione all'immissione in commercio (A.I.C.), alle formule magistrali e officinali, ai farmaci esteri non autorizzati al commercio in Italia, utilizzati ai sensi del Decreto del Ministero della salute 11/02/1997. A livello nazionale la raccolta delle informazioni riguarda i dati relativi alle singole prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto ed erogate dalle aziende sanitarie a partire dal 1° ottobre 2007, in riferimento per ciascuna azienda sanitaria a queste informazioni:

- a) dati analitici dell'assistito (codice anonimizzato, data di nascita, sesso, residenza, cittadinanza, esenzione)
- b) dell'erogatore (regione, asl, struttura)
- c) del prescrittore (tipologia e codice)
- d) della prestazione (canale, tipo di erogazione, medicinale, costo di acquisto del medicinale, costo del servizio e codice ricetta per la distribuzione per conto)

I dati potranno essere inviati al NSIS in una prima fase in forma aggregata ed entro un periodo non superiore a 12 mesi in forma analitica.

Tenuto conto dell'impatto in termini organizzativi e di sistema informativo sulle aziende sanitarie, la regione ha ritenuto di avvalersi di un periodo transitorio per poter conformare le proprie rilevazioni alle disposizioni del decreto N. 229 del 31 luglio 2007 e garantire il livello di completezza e correttezza richiesto dal livello nazionale ed ha pertanto presentato il proprio Piano di adeguamento ai sensi del art. 6 del citato decreto.

L'impegno assunto dalla Regione nei confronti del Ministero è il seguente:

- I dati del 4° trimestre 2007 saranno forniti entro il 31 gennaio 2008 in forma aggregata, fonte AFO;
- Dal gennaio 2008 saranno forniti, per tutto l'anno, mensilmente in forma aggregata - fonte AFO;
- Da ottobre 2008 saranno forniti anche i dati mensili individuali, fonte FED.

I flussi regionali attualmente in essere rispondono in parte alle disposizioni nazionali e necessitano di essere integrati e adeguati nei tempi e modi di seguito descritti.

Per il **2007**, si chiede alle aziende di **anticipare la scadenza del 4° invio del flusso AFO al 21 gennaio 2008**. Tali dati saranno trasmessi con il tracciato della circolare n. 12 del 20 giugno 2003 e successive modifiche.

Per il **2008**, le modifiche riguardano:

AFO:

- la periodicità nell'invio dei dati a livello regionale, per cui gli invii da trimestrali diverranno mensili;
- l'introduzione della posizione contabile nel tracciato per gestire le modifiche;
- la raccolta delle informazioni di prodotti galenici/ magistrali e formule officinali

La trasmissione dei dati AFO a partire dal 2008 dovrà avvenire entro il giorno 10 del mese successivo a quello di erogazione; ciò consentirà al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, una volta applicati gli opportuni controlli di qualità e completezza, di inviare entro il giorno 15 del mese stesso il flusso agli organi centrali.

FED:

- la raccolta dei dati individuali per farmaci erogati/utilizzati in ADI.
- la raccolta delle informazioni di prodotti galenici/ magistrali e formule officinali
- l'introduzione nel tracciato delle variabili:
 - codice ricetta (per la per conto su ricetta rossa)
 - targatura (codice che identifica la confezione)
 - tipo e codice esenzione
 - codice e tipologia del prescrittore
 - data della prescrizione
 - stato estero di residenza e istituzione competente per gli stranieri

La compilazione di questi campi è facoltativa.

Per quanto riguarda la trasmissione dei dati, per il **2007** la scadenza per il 4° invio è confermata al 28 febbraio 2008. Non verrà effettuato il 5° invio.

Nel **2008**, la **periodicità** degli invii del flusso FED **da trimestrale diverrà mensile a partire dai dati di luglio**, con scadenza al 10 del mese successivo a quello di erogazione, secondo questo specifico calendario:

INVIO	Periodo di erogazione	Scadenza
1°	Dati di gennaio, febbraio, marzo	30 aprile 2008
2°	Dati di aprile, maggio, giugno	31 luglio 2008
3°	Dati di luglio	10 agosto
4°	Dati di agosto	10 settembre
Gli invii successivi avranno scadenza al 10 del mese successivo a quello di erogazione		

Nel 2009 la periodicità sarà mensile.

Per quanto riguarda la mobilità sanitaria, ai fini della compensazione, le Aziende dovranno continuare ad utilizzare il file F in conformità a quanto disposto dalle circolari regionali che regolano la materia e dal Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome.

Nel corso del 2008, saranno effettuate le verifiche di qualità e completezza del flusso FED per valutare l'opportunità di chiudere il file F e ricavare i flussi informativi di mobilità infraregionale ed interregionale dalla nuova Banca dati Regionale FED.

AFT:

- Scadenze; si rende necessario cambiare la tempistica degli invii per evitare che la contemporaneità della scadenza di più flussi sovraccarichi il sistema di simulazione, consolidamento, caricamento dei dati. Pertanto **i dati dell'AFT dovranno essere trasmessi entro il giorno 20 del secondo mese successivo a quello di competenza** (esempio: dati di gennaio 2008 - scadenza 20 marzo 2008).

- Codice fiscale del medico prescrittore; dal 2008 il campo codice fiscale del prescrittore non dovrà essere compilato, tranne i casi di prescrizione redatta su moduli privi di codice a barre - ricettari per stupefacenti, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex L. n. 12/2001 (analgesici oppiacei). L'informazione sarà comunque resa disponibile a livello di sistema, utilizzando il flusso dei ricettari.

- flag per individuare i ricettari privi di codice a barre (FLAG TIPO MODULO).

Si richiama l'attenzione sulla definizione di ricetta informatizzata. Per il Sistema TS, una prescrizione medica risulta redatta secondo un processo di stampa informatizzata laddove risulti che il medico prescrittore abbia stampato, in fase di compilazione della ricetta, il codice fiscale dell'assistito anche in formato codice a barre.

L'onerosità dell'impegno a cui le Aziende sono chiamate a rispondere, sarà facilitato dall'utilizzo del portale web che la Regione ha messo a disposizione e che consente di simulare un set di controlli qualitativi preventivamente all'invio del dato con il definitivo consolidamento del file.

Tutte le tabelle e i documenti utili ai flussi sono disponibili nelle pagine Web del Sistema informativo:

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/>

Di seguito vengono forniti i tracciati record e le specifiche dei flussi AFT, AFO, FED.

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE - AFT

Le presenti specifiche sono valide **dal 1° gennaio 2008**.

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende USL al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, secondo le caratteristiche e modalità descritte nei seguenti punti:

- Ambito di applicazione
- Contenuti e codifica delle variabili
- Tracciato record e controlli
- Modalità per l'invio dei dati e scadenze
- Ritorno informativo

Il tracciato record è costituito da due tabelle nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e sensibili stabilita dal Codice in materia di protezione dei dati personali (Dlgs n. 196 del 30 giugno 2003):

- Dati della ricetta e dell'assistito (**Tabella A**);
- Dati riguardanti il dettaglio dei farmaci (**Tabella B**).

AMBITO DI APPLICAZIONE

Il flusso AFT ha come oggetto la rilevazione dei farmaci erogati nell'assistenza farmaceutica convenzionata.

CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Tabella A

1. DATI della RICETTA dell'ASSISTITO

CODICE FARMACIA (livello di controllo scartante)

Deve essere un codice di farmacia valido ovvero presente sulla tabella delle farmacie della Regione Emilia-Romagna. La tabella delle farmacie è integrata con i codici concordati con le aziende per identificare le farmacie di confine, fuori regione, con le quali vige una convenzione.

Anche per queste ultime è necessario attenersi ai codici indicati nella medesima tabella e accordarsi tempestivamente con il servizio Sistema informativo Sanità e politiche sociali per eventuali nuovi codici.

ANNO e MESE della DISTINTA, PROGRESSIVO della RICETTA (livello di controllo scartante)

Questi tre campi, unitamente al codice farmacia, identificano in modo univoco la ricetta per la farmacia e rappresentano il Codice univoco della ricetta. L'errata compilazione genera errori di abbinamento dei record di tabella A e B.

Anno della distinta: indicare l'anno della distinta. Formato AAAA

Mese della distinta: indicare il mese della distinta. Formato MM

Progressivo ricetta: indicare il numero progressivo assegnato alla ricetta nella numerazione all'interno della farmacia; deve essere univoco all'interno della farmacia (Delibera di giunta regionale n. 617 del 01.03.2002 "Approvazione degli accordi attuativi regionali ex DPR 371/98").

CODICE a BARRE della RICETTA (livello di controllo scartante)

Il codice a barre della ricetta deve essere obbligatoriamente valorizzato e valido; non possono essere accettati codici a barre incompleti o valorizzati in modo errato.

Per le ricette compilate con il ricettario in vigore dal 1 febbraio 2005, il codice a barre è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da:

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).

Non sono accettati codici ricetta riferiti al modello antecedente.

Il campo non deve essere compilato **solo** nei seguenti casi: ricettari per stupefacenti, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex legge n. 12/2001 (analgesici oppiacei)

DATA di PRESCRIZIONE (livello di controllo scartante)

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).

La prescrizione può essere utilizzata da parte dell'assistito entro 30 giorni (escluso quello di emissione) dalla data di prescrizione, trascorso questo periodo la prescrizione non è più valida come previsto (DPR n. 371 del 8/7/1998 "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie").

Riportare la data di compilazione della ricetta da parte del medico;

Deve essere in formato GGMMAAAA.

DATA di SPEDIZIONE (livello di controllo scartante)

E' la data di erogazione del farmaco da parte della farmacia.

Si ricorda che la farmacia ha 1 anno di tempo per inviare le ricette all'azienda, 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 (DPR 371/98).

TIPOLOGIA DEL PRESCRITTORE (livello di controllo non scartante)

Si sottolinea l'importanza di impostare tale informazione.

I valori ammessi sono :

1=medico del servizio/struttura del distretto / Azienda (es. Sert, dipartimento di Salute Mentale, dipartimento di Sanità Pubblica, pediatria di comunità; si tratta comunque di un medico dipendente/convenzionato)

2=continuità assistenziale (ex Guardia Medica e turistica)

3=medico ospedaliero

4=medico specialista ambulatoriale

5=medico di medicina generale

6=pediatra di libera scelta

9=altri

FILLER

Campo per eventuali usi futuri, deve essere lasciato a spazi.

CODICE FISCALE del MEDICO (livello di controllo scartante)

Dal 2008 il codice fiscale del medico prescrittore è obbligatorio **solo per le prescrizioni redatte su moduli privi di codice a barre** - ricettari per stupefacenti, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex L. n. 12/2001 (analgesici oppiacei).

Per tutte le prescrizioni l'informazione sarà comunque resa disponibile a livello di sistema, utilizzando il flusso dei ricettari.

IMPORTO TOTALE PAGATO dal CITTADINO (livello di controllo non scartante)

Indicare l'eventuale importo pagato dal cittadino, parte intera e parte decimale

FLAG RICETTA INFORMATIZZATA (livello di controllo **scartante**)

Per il Sistema TS, una prescrizione medica risulta redatta secondo un processo di stampa informatizzata laddove risulti che il medico prescrittore abbia stampato, in fase di compilazione della ricetta, il codice fiscale dell'assistito anche in formato codice a barre.

Il flag assume i seguenti valori:

S= ricetta informatizzata

N= ricetta non informatizzata

FLAG TIPO MODULO (livello di controllo scartante)

Per la **ricetta medica a lettura ottica**, introdotta dall'art. 50 del Decreto legge n. 269/2003 convertito dalla L. 326/2003 il campo assume il valore **1**.

Per i **moduli dei ricettari per stupefacenti, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex L. n. 12/2001** (analgesici oppiacei) il campo assume il valore **2**.

TIPO RICETTA (livello di controllo 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

In caso di assistito SSN residente in Italia il campo deve essere lasciato a spazi.

CAMPO RISERVATO per UTILIZZI SPECIFICI (livello di controllo non scartante)

Nel campo va riportato quanto eventualmente presente nell'analogo campo del modulo di ricetta.

In assenza di informazioni compilare a spazi.

NUMERO CONFEZIONI (livello di controllo non scartante)

Indicare il numero di confezioni presente in ricetta.

2. DATI DELL'ASSISTITO

CODICE SANITARIO ASSISTITO

Il campo non deve essere compilato.

CODICE FISCALE ASSISTITO (livello di controllo scartante)

Per i cittadini **temporaneamente presenti (tipo ricetta ST)** nel campo deve essere indicato il codice **STP**.

Il campo non deve essere compilato:

- per le ricette di tipo **UE, EE, NE, NX**;
- nei casi che prevedono l'anonimato, che sono:
 - farmaci relativi a terapia antivirale, ad uso sistemico, di impiego nel trattamento delle infezioni da HIV e di quelle ad essa correlata (ATC J05)
 - farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02).

In tutti gli altri casi il campo deve obbligatoriamente contenere il codice fiscale dell'assistito.

CODICE USL di RESIDENZA (livello di controllo scartante)

Il campo deve essere sempre impostato per i **residenti in regione** e i valori ammessi sono: 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 111, 112 e 113.

Per i **non residenti** deve essere comunque impostato se il dato risulta individuabile.

SIGLA PROVINCIA di RESIDENZA (livello di controllo scartante)

Il dato è sempre obbligatorio; esso assume valore 99 per residenti all'estero e 00 se la provincia è sconosciuta (per le sigle fare riferimento alla tabella TCOMNOS).

COGNOME e NOME dell'ASSISTITO (livello di controllo non scartante)

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

SESSO dell'ASSISTITO (livello di controllo non scartante)

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

ETA' (livello di controllo non scartante)

Indicare l'età dell'assistito se presente in ricetta o se ricavabile dalle anagrafi aziendali. Valorizzare a 999 se il dato è sconosciuto.

DATA di NASCITA (livello di controllo non scartante)

Indicare la data di nascita, obbligatoriamente per gli assistiti in Regione.

POSIZIONE CONTABILE

Attualmente questo campo non viene gestito, pertanto **non deve essere compilato**.

CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE (livello di controllo non scartante)

Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, EE, NE, NX . Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.

STATO ESTERO (livello di controllo non scartante)

Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE (livello di controllo non scartante)

Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA (livello di controllo non scartante)

Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.

CITTADINANZA (livello di controllo non scartante)

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.

Tabella B

DETTAGLIO PER I FARMACI

CODICE UNIVOCO DELLA RICETTA (livello di controllo scartante)

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

PROGRESSIVO SPECIALITÀ (livello di controllo 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.

CODICE SPECIALITÀ (livello di controllo scartante)

Deve essere obbligatoriamente indicato il codice ministeriale MINSAN10 tranne per il galenico ossigeno liquido e il galenico ossigeno gas, per i quali i valori ammessi sono i seguenti:

11111112 = galenici Ossigeno liquido

11111113 = galenici Ossigeno gas

Si ribadisce che le aziende non devono accettare ricette in cui la specialità non sia codificata correttamente (DPR N. 371/98, art. 4).

NUMERO PEZZI SPECIALITÀ (livello di controllo scartante)

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

- esenzione per patologia (cod. esenzione 10) 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.

CODICE ESENZIONE TICKET (livello di controllo non scartante)

Vengono rilevate le esenzioni per patologia e per invalidità di guerra, con le seguenti codifiche:

10 se l'assistito e' esente per patologia

11 se l'assistito e' esente per invalidità di guerra

Per tutti gli altri assistiti il campo deve essere compilato con 00.

PREZZO DELLA SPECIALITÀ (livello di controllo non scartante)

Indicare il prezzo della specialità per confezione (parte intera e parte decimale).

TICKET SPECIALITÀ (parte intera e parte decimale) (livello di controllo non scartante)

Si intende l'importo unitario che paga il cittadino in caso di non sostituibilità, di scelta diversa dal generico o di non reperibilità.

NOTA CUF/AIFA (livello di controllo non scartante)

Impostare la nota CUF/AIFA inserita dal medico in ricetta.

TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

I contenuti delle colonne sono:

Posizione

Posizione del primo carattere del campo nell'ambito del tracciato

Formato

Definisce il formato del campo:

AN = alfanumerico

N = numerico

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

Campi numerici: devono essere allineati a destra, se parte intera; a sinistra, se parte decimale; le cifre non significative e le posizioni non utilizzate devono essere impostate con il valore "zero".

Lunghezza

Numero dei caratteri del campo

Nome Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

Vincolo

Il vincolo indica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBB V: campo obbligatorio e vincolante.

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.

Livello di controllo

Indica se il tipo di controllo è scartante oppure non scartante in riferimento all'inserimento in banca dati del record.

AFT - TRACCIATO RECORD

TRACCIATO TABELLA A (1 record per ogni ricetta)

Pos.	Forma to	Lun ghe zza	Nome campo	Vincolo	Livello di controllo	Note per la compilazione
DATI DELLA RICETTA						
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 n maniera Univoca la ricetta per la farmacia. Rappresentano il Codice Univoco della ricetta			
18	AN	16	Codice a barre della ricetta	OBB V	SCARTANTE	Riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta. il codice a barre è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da: 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). Non sono accettati codici ricetta riferiti al modello antecedente. Il campo non deve essere compilato solo nei seguenti casi: ricettari degli stupefacenti, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex legge n. 12/2001 (analgesici oppiacei)
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	N	2	Tipologia prescrittore	OBB V	NON SCARTANTE	Valori ammessi : 1=medico del servizio/struttura del distretto / Azienda (es. SerT, dipartimento di Salute Mentale, dipartimento di Sanità Pubblica, pediatria di comunità ; si tratta comunque di un medico dipendente/convenzionato) 2=continuità assistenziale (ex Guardia Medica e turistica) 3=medico ospedaliero 4=medico specialista ambulatoriale 5=medico di medicina generale 6=pediatra di libera scelta 9=altri
52	FILLER	5				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, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex L. n. 12/2001 (analgesici oppiacei). Non impostare per le ricette mediche a lettura ottica (art. 50 DL 269/2003, convertito con L. 326/2003)
73	N	4	Importo totale pagato dal cittadino: parte intera	OBBV	NON SCARTANTE	Se non presente alcun importo deve essere impostato a zero.
77	N	2	Importo totale pagato dal	OBBV	NON	Se non presente alcun importo deve essere impostato a zero.

			cittadino: parte decimale		SCARTANTE	
79	AN	1	FLAG ricetta informatizzata	OBB	NON SCARTANTE	Valori ammessi: S = ricetta informatizzata N = ricetta non informatizzata
80	AN	1	FLAG tipo modulo	OBBV	SCARTANTE	Per la ricetta medica a lettura ottica, introdotta dall'art. 50 del Decreto legge n. 269/2003 convertito dalla L. 326/2003 il campo assume il valore 1. Per i moduli dei ricettari per stupefacenti, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex L. n. 12/2001 (analgesici oppiacei) il campo assume il valore 2.
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	FAC	NON SCARTANTE	Riportare l'eventuale contenuto nell'analogo campo del nuovo modulo di ricetta. In assenza di informazioni compilare a spazi.
91	N	3	Numero confezioni	OBB	NON SCARTANTE	Indicare il numero di confezioni presenti sulla ricetta
94	FILLER	14	Filler			Riservato per usi futuri

Pos.	Formato	Lunghezza	Nome campo	Vincolo	Livello di controllo	Note per la compilazione
DATI DELL'ASSISTITO						
108	N	7	Codice Sanitario Assistito/Filler			Il campo non deve essere impostato.
115	AN	16	Codice fiscale assistito	OBB	SCARTANTE	Per i cittadini temporaneamente presenti (tipo ricetta ST) nel campo deve essere indicato il codice STP. Il campo non deve essere compilato: <ul style="list-style-type: none"> per le ricette di tipo UE, EE, NE, NX; nei casi che prevedono l'anonimato (ATC N02, N07BC02, J05). In tutti gli altri casi il campo deve obbligatoriamente contenere il codice fiscale dell'assistito.
131	AN	3	Codice USL di residenza	OBB	SCARTANTE	Il campo deve essere sempre impostato per i residenti in regione e i valori ammessi sono: 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 111, 112 e 113. Per i non residenti deve essere comunque impostato se il dato risulta individuabile.
134	AN	2	Sigla provincia di residenza	OBBV	SCARTANTE	Indicare la sigla della provincia di residenza (tabella TCOMMOS). Se la provincia è sconosciuta indicare 00. Per i residenti all'estero assume il valore 99.
136	AN	30	Cognome Assistito	OBB	NON SCARTANTE	Indicare il cognome dell'assistito. Nei casi di anonimato inserire la dicitura ANONIMO.
166	AN	20	Nome Assistito	OBB	NON SCARTANTE	Indicare il nome dell'assistito. Nei casi di anonimato inserire la dicitura ANONIMO.
186	N	1	Sesso Assistito	OBB	NON SCARTANTE	Valori ammessi: 1 = Maschio 2 = Femmina
187	N	3	Età assistito	FAC	NON SCARTANTE	Indicare l'età dell'assistito Valorizzare a 999, se il dato è sconosciuto.
190	N	8	Data di nascita	OBB	NON SCARTANTE	Obbligatorio per assistiti in Regione . Deve essere in formato GGMMAAAA
198	AN	1	Posizione contabile			Attualmente il campo non è gestito.
199	AN	28	Codice istituzione competente	OBB	NON SCARTANTE	Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, EE, NE, NX . Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.
227	AN	2	Stato estero	OBB	NON SCARTANTE	Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.
229	AN	20	Numero di identificazione personale	OBB	NON SCARTANTE	Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.
249	AN	20	Numero di identificazione della tessera	OBB	NON SCARTANTE	Impostare se il tipo ricetta assume uno dei seguenti valori : UE, NE. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta.
269	AN	3	Cittadinanza	OBB	NON SCARTANTE	La cittadinanza deve essere indicata se ricavabile dalle anagrafi aziendali. Indicare il codice ISTAT a 3 cifre (file TCOMMOS). Per i cittadini italiani il valore è 100. Per gli apolidi 999.

TRACCIATO TABELLA B (1 record per ogni specialità)

Pos.	Formato	Lunghezza	Nome Campo	Vincolo	Livello di Controllo	Note per la compilazione
Dettaglio per farmaci						
1	N	17	Codice Univoco della ricetta	OBBV	SCARTANTE	Chiave di collegamento fra i dati della ricetta e quelli della prescrizione (chiave del FILE A).
18	N	1	Progressivo specialità	OBBV	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. Le righe devono essere sequenzialmente ordinate.
19	AN	9	Codice specialità	OBBV	SCARTANTE	Codice ministeriale MINSAN10, oppure altri valori ammessi: 111111112=galenici OSSIGENO LIQUIDO 111111113=galenici OSSIGENO GAS
28	N	3	Numero pezzi specialità	OBBV	SCARTANTE	Il numero di pezzi prescritti per ricetta può essere al massimo di 2 , tranne i seguenti casi: - esenzione per patologia (cod. esenzione 10) 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. Se codice specialità =ossigeno , impostare a 1
31	AN	2	Codice esenzione ticket	OBBV	NON SCARTANTE	Valori ammessi: 10 = esente per patologia 11 = esente per invalidità di guerra 00 = tutti gli altri assistiti
33	N	5	Prezzo della specialità: parte intera	OBBV	NON SCARTANTE	Indicare il prezzo per confezione della specialità, parte intera.
38	N	2	Prezzo della specialità: parte decimale	OBBV	NON SCARTANTE	Indicare il prezzo per confezione della specialità, parte decimale.
40	N	4	Ticket specialità: parte intera (compartecipazione dell'assistito alla spesa)	OBB	NON SCARTANTE	Compilare solo per i farmaci generici: si tratta dell'importo che paga il cittadino in caso di non sostituibilità, di scelta diversa dal generico o di non reperibilità. Indicare il ticket unitario per specialità.
44	N	2	Ticket specialità :parte decimale	OBB	NON SCARTANTE	
46	AN	3	Nota CUF/AIFA	OBB	NON SCARTANTE	Nota CUF/AIFA inserita dal medico.
49	FILLER	26				Riservato per usi futuri.

SCADENZE

I file dovranno essere trasmessi **a scadenza mensile, entro il giorno 20 del secondo mese successivo a quello di rilevazione** (esempio: entro il 20 marzo invio di gennaio).

MODALITA' PER L'INVIO

Ogni Azienda USL dovrà inviare 2 file (Tabella A e Tabella B) in formato testo (caratteri ASCII) a lunghezza fissa. Ogni record è terminato dalla coppia di caratteri ASCII 13 e 10 (carriage return e line feed). I file che non rispettano queste caratteristiche non potranno essere caricati nella banca dati regionale.

Le Aziende USL dovranno trasmettere i file tramite un applicativo nel portale web del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>). All'applicativo accedono i possessori di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna (2 utenze per ogni Azienda usl). Per le richieste di nuove utenze ed eventuali problemi connessi al loro utilizzo, rivolgersi al referente regionale dell'AFT per il sistema informativo.

L'utenza potrà monitorare o valutare direttamente la qualità delle informazioni inviate attraverso l'uso di opportune procedure di simulazione di caricamento che produrranno un ritorno informativo.

La simulazione consente di sottoporre i file al sistema dei controlli formali regionali prima dell'invio definitivo.

RITORNO INFORMATIVO

Attraverso il portale web, dopo il caricamento in banca dati, viene fornito il ritorno informativo allo scopo di favorire la qualità delle informazioni raccolte e la corretta compilazione dei campi del tracciato record.

Il ritorno informativo è fornito mensilmente ad ogni caricamento dei dati e consiste in due file per ciascun mese di invio:

File di riepilogo - riepilogo degli errori bloccanti e informativi distinti per tipologia e relativa quantità.

File degli scarti – Record che non hanno superato il sistema dei controlli e che pertanto non entrano in banca dati per errori bloccanti.

Gli eventuali record "scartati" sono conservati dal sistema informativo in un archivio ad hoc. Nel file degli scarti, ogni record presenterà le informazioni secondo il seguente tracciato:

TRACCIATO FILE SCARTI

Posizione	Campo	Tipo	Lunghezza
1	TIPO FILE (A/B)	AN	1
2	AZIENDA USL	AN	3
5	CODICE FARMACIA	N	6
11	ANNO DISTINTA	N	4
15	MESE DISTINTA	N	2
17	PROGRESSIVO RICETTA	N	5
22	CODICE SPECIALITA'	AN	9
31	CODICE ERRORE	AN	4
35	DESCRIZIONE ERRORE	AN	60
95	POSIZIONE DEL CAMPO CHE PRESENTA L'ERRORE	N	3
98	FILLER	AN	3

Nella pagina web è a disposizione **una guida per l'utilizzo delle funzionalità** previste per l'invio, la simulazione, il ritorno informativo.

REPORTISTICA PREDEFINITA

Nel sito del Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali è a disposizione delle aziende una reportistica predefinita (accesso riservato con password).

REFERENTE AZIENDALE

Per tutte le comunicazioni e gli eventuali problemi connessi a questa rilevazione si ritiene necessario che ciascuna Azienda Usl individui un referente aziendale il cui nominativo e coordinate (telefono ed e-mail) devono essere trasmessi per e-mail al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche sociali.

REFERENTI REGIONALI

Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali

Sonia Gandolfi

Tel. 051 6397426 – Fax. 051 6397084

sgandolfi@regione.emilia-romagna.it

Direzione generale sanità e politiche sociali

Vi. Aldo Moro 21

40127 Bologna

Servizio Politica del Farmaco e Medicina generale

Monica Lanzoni

Tel. 051 6397257

mlanzoni@regione.emilia-romagna.it

Direzione generale sanità e politiche sociali

Vi. Aldo Moro 21

40127 Bologna

Flusso informativo AFO

Le informazioni devono essere trasmesse dalle aziende sanitarie (Usl e Ospedaliere) al Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali della Direzione Generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, secondo caratteristiche e modalità descritte nei seguenti punti:

- Ambito di applicazione
- Contenuti e codifica delle variabili
- Tracciato record e controlli
- Modalità per l'invio dei dati e scadenze
- Ritorno informativo e validazione delle informazioni

Si precisa che per quanto non espressamente esplicitato nella presente circolare valgono le indicazioni fornite dalla circolare n. 12 del 20/06/2003 e successive integrazioni.

La rilevazione, a differenza degli anni precedenti, è caratterizzata dalla **periodicità mensile a partire dai dati di gennaio 2008**, secondo le indicazioni fornite nel punto "modalità per l'invio dei dati e scadenze".

AMBITO DI APPLICAZIONE

Il flusso ha come oggetto i farmaci distribuiti dalla farmacia ospedaliera/aziendale *per l'attività ospedaliera e nelle strutture distrettuali*, ad uso interno e in erogazione diretta (compresa la distribuzione per conto).

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;
- 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*

Le presenti specifiche sono valide a partire dal gennaio 2008.

CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

La rilevazione si basa sulle seguenti variabili:

EROGATORE: Codice azienda, codice presidio, subcodice stabilimento

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

- 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.

UNITÀ DI RILEVAZIONE: codice farmaco, flag tipo medicinale, quantità.

CODICE FARMACO

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 sono identificati dal codice MINSAN.

I **medicinali esteri** non autorizzati all'immissione in commercio in Italia, utilizzati ai sensi del decreto del Ministero della salute 11 febbraio 1997 sono identificati dal codice regionale dei farmaci esteri;

Per l'**ossigeno** devono essere utilizzati i seguenti valori:

11111112 ossigeno liquido

11111113 ossigeno gas.

Per le **formule magistrali, i prodotti galenici, le formule officinali** il campo codice farmaco deve essere lasciato blank.

Al fine di marcare tutte le tipologie di farmaci si inserisce un flag a fine tracciato che distingua i medicinali con Minsan, i galenici, le officinali e gli esteri.

Per i **farmaci esteri** non registrati in Italia utilizzati ai sensi del decreto del Ministero della salute 11 febbraio 1997, la Regione Emilia-Romagna fornisce una propria codifica a disposizione delle aziende nella tabella dei codici dei farmaci esteri in internet. I codici dei prodotti non presenti nella tabella devono essere richiesti alla regione che, attraverso il Centro regionale di valutazione e informazione sui farmaci (CReVIF), provvede alla codifica regionale. Tali richieste devono essere inviate per e-mail all'indirizzo sgandolfi@regione.emilia-romagna.it allegando il modulo scaricabile dal sito web, compilato con l'indicazione di queste informazioni (reperibili dalle schede tecniche del farmaco):

- Nome commerciale del farmaco
- Forma farmaceutica
- Dosaggio unitario
- Numero delle unità posologiche
- Via di somministrazione
- Principio attivo

La tabella viene aggiornata bimestralmente (entro il giorno 10 dei mesi pari). Saranno codificate le richieste arrivate entro l'ultimo giorno del mese dispari (esempio: le richieste di gennaio dovranno arrivare entro il 31 gennaio, la tabella aggiornata sarà pubblicata entro il 10 febbraio).

FLAG TIPO MEDICINALE

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

1= confezione con MINSAN

2= formule magistrali e officinali

3= esteri

4= galenici

9= ossigeno

QUANTITÀ E' espressa in numero di unità posologiche erogate, nel mese, come approssimazione della **quantità consumata/erogata**.

Per i **prodotti galenici, magistrali e officinali** il campo quantità erogata è sempre 1. La quantità per l'**ossigeno** deve essere espressa in **litri erogati**, arrotondando in eccesso o in difetto le eventuali cifre decimali.

Gli eventuali resi devono essere gestiti attraverso la posizione contabile, cioè correggendo i dati già inviati e entrati in banca dati. Non devono essere trasmesse quantità negative.

PERIODO: mese, anno.

Il periodo di tempo cui si riferiscono i consumi è rappresentato da **un mese** di calendario, nel formato MMAAAA.

RICEVENTE

Deve essere definito con il massimo dettaglio possibile.

I riceventi possono essere ospedaliero e territoriale.

- **Ricevente ospedaliero:** unità operative/servizi ospedalieri, che devono essere puntualmente identificati all'interno del presidio ospedaliero, per procedere successivamente a mettere in relazione i consumi con l'attività specifica di ricovero; si chiede pertanto di specificare il presidio ricevente, l'eventuale subcodice stabilimento, il codice disciplina del servizio ricevente, il progressivo reparto (divisione) e il codice regime di attività (ordinaria, day-hospital, ambulatoriale).

Si precisa che le **discipline** ammesse per questo flusso sono quelle individuate nella tabella delle discipline per il flusso di Assistenza farmaceutica ospedaliera.

Il **progressivo reparto (divisione)** deve essere individuato dal codice aggiornato in base alla mappatura in uso per la trasmissione dei dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

I codici **regime di attività** ammessi sono i seguenti:

Regime	Codice
Ordinario	OR
Day-hospital	DH
Ambulatoriale	AM
Regime non disponibile	NN

Si precisa che l'utilizzo del codice NN è riservato ai soli casi in cui non sia possibile identificare il regime. Il regime di attività non deve essere compilato per l'erogazione diretta.

- **Ricevente territoriale:** strutture/servizi extraospedalieri (attività distrettuali quali consultori etc., assistenza domiciliare, RSA, Case protette, Sert etc.); in questo caso deve essere identificata la tipologia del ricevente attraverso il codice del **centro di costo**, come dal piano regionale dei Centri di costo della contabilità analitica.

Specifiche per SPDC – Salute mentale ospedaliero

L'SPDC è una struttura territoriale, pertanto tutti i consumi di farmaci relativi ai ricoveri delle strutture SPDC devono essere codificati come ricevente territoriale e attribuiti al relativo centro di costo come da Piano dei Centri di costo (SM 001 02).

Nel ricevente ospedaliero il codice disciplina 040 – PSICHIATRIA rimane attivo solo per quelle aziende le cui strutture hanno divisioni universitarie di Psichiatria (Aziende Ospedaliere di Parma e Modena).

Specifiche per Istituti Penitenziari

Per ottemperare alle disposizioni di legge che istituiscono il flusso nazionale della erogazione diretta e per conto, è necessario individuare le strutture carcerarie che erogano farmaci. Per questo il centro di costo Assistenza sanitaria delle carceri DT 025 deve essere articolato in modo da individuare la singola struttura. Pertanto i farmaci erogati agli istituti penitenziari dovranno afferire al centro di costo DT 025 e il singolo istituto sarà individuato utilizzando il campo tipologia di assistenza attribuendo il

progressivo regionale assegnato a ciascun istituto. La tabella degli istituti penitenziari è disponibile in internet nel sito del Sistema Informativo sanità e politiche sociali.

FLAG DI EROGAZIONE DIRETTA

Si richiamano i farmaci che rientrano nell'erogazione diretta:

1. i farmaci erogati alla dimissione da ricovero (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura l. 405/2001 art. 8 lettera C);
2. i farmaci erogati a seguito di visita specialistica ambulatoriale (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura l. 405/2001 art. 8 lettera C);
3. i farmaci erogati a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico (PHT, piani terapeutici, fibrosi cistica, fattori della coagulazione, ecc.);
4. farmaci indicati nei piani terapeutici personalizzati dei pazienti affetti da malattie rare, forniti in erogazione diretta (D.G.R. n. 160/2004). Nella terapia delle malattie rare sono spesso utilizzati farmaci non erogabili a carico del SSR, appare quindi particolarmente necessario garantire ai pazienti un percorso alternativo di accesso alle cure e monitorare adeguatamente la spesa sostenuta per questo tipo di problema;
5. i farmaci necessari al trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali (es. salute mentale territoriale, SERT, ecc);
6. tutti i farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare.
7. i farmaci forniti ai pazienti in assistenza residenziale e semiresidenziale;
8. i farmaci forniti direttamente alle strutture penitenziarie;
9. i farmaci distribuiti "per conto" attraverso accordi dell'Azienda USL con le farmacie territoriali convenzionate;

L'erogazione diretta al paziente, per tutte le tipologie previste nell'articolazione precedente, viene caratterizzata dall'impostazione dell'apposito **flag di erogazione diretta** che assume i seguenti valori:

- **D** in caso di erogazione in dimissione da ricovero, punto 1
- **S** erogazione al paziente in riferimento alle tipologie dei punti 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9
- **R** erogazioni a pazienti affetti da malattie rare, punto 4
- **N** erogazione non diretta, consumo interno alle strutture

Il flag deve essere utilizzato sia per riceventi di tipo ospedaliero che di tipo territoriale.

In caso di erogazione diretta al paziente si chiede comunque di compilare i normali campi previsti per i diversi tipi di ricevente; pertanto:

In caso di **ricevente ospedaliero**:

specificare la disciplina + flag=D, se erogazione in dimissione;

specificare la disciplina + flag=S, per le tipologie 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9

specificare la disciplina + flag=R, per la tipologia 4

Solo qualora non sia rilevabile la disciplina, utilizzare il codice disciplina 124 (Farmacia ospedaliera), sempre accompagnato dal flag=D o S o R.

In caso di **ricevente territoriale**:

Il ricevente territoriale deve essere identificato dal relativo centro di costo e la tipologia di erogazione dalla compilazione del flag, pertanto in caso di erogazione diretta al paziente:

specificare il centro di costo + flag = S o R.

Utilizzare flag=D se erogazione in dimissione da ricovero dal centro di costo SPDC.

Qualora, per l'erogazione diretta, non fosse possibile individuare il centro di costo ricevente, si deve utilizzare il centro di costo Altre forme di erogazione diretta (DT 005 09) + FLAG = S o R o D. Si ribadisce che vi devono essere imputati solo i consumi non riconducibili ad altri centri di costo.

COSTI

Il prezzo deve essere inteso come prezzo medio ponderato continuo del farmaco per unità posologica, comprensivo di IVA, in coerenza con il criterio previsto dal regolamento regionale di contabilità n. 61/1995. Per l'erogazione per conto al prezzo **non va aggiunta la percentuale quota applicata dalle farmacie** per la erogazione del servizio. **Il campo è ampliato (da 4 a 8 caratteri)** per la corretta rilevazione dei farmaci con costi superiori alle 4 cifre intere.

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.

EROGAZIONE PER CONTO

L'erogazione per conto rientra nel flusso AFO come dato aggregato di quanto fornito alle farmacie convenzionate. Per la compilazione del tracciato si richiamano le indicazioni fornite con lett. Prot. ASS/INS/04/38103 del 29/10/04. In particolare:

Erogatore: è la farmacia ospedaliera che effettua l'ordine al distributore e, pertanto, deve essere individuato dalle informazioni che specificano l'erogatore, secondo le relative indicazioni.

Unità di rilevazione: valgono le specifiche proprie del flusso e si sottolinea che il campo quantità deve essere valorizzato con il numero di dosi unitarie (unità posologiche) erogate nell'unità di tempo indicata nel campo "Periodo". Per la transcodifica confezione/unità posologiche si può fare riferimento alla tabella dei farmaci, disponibile in internet.

Periodo: valorizzare con mese e anno in cui la farmacia ha ricevuto il farmaco, nel formato MMAAAA (la data può coincidere con il mese in cui è stato effettuato l'ordine al distributore, qualora per motivi organizzativi non sia possibile indicare la data di ricezione).

Ricevente territoriale: Il campo codice distretto/dipartimento di prevenzione deve contenere il codice distretto del Comune dove è ubicata la farmacia territoriale; l'informazione è ricavabile dalle tabelle delle farmacie e TCOMNOS.

Devono essere compilati i campi area problematica, centro di costo regionale, tipologia di assistenza utilizzando il centro di costo **DT00508** – Erogazione diretta tramite farmacie convenzionate.

Flag di erogazione diretta: Flag = S o R

Costi: Indicare il **prezzo medio** ponderato del farmaco **per unità posologica, comprensivo di IVA**, calcolato sul prezzo d'acquisto del prodotto ordinato nel periodo di riferimento.

TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

I contenuti delle colonne sono:

Posizione

Posizione del primo carattere del campo nell'ambito del tracciato

Nome Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

Tipo formato

Definisce il formato del campo:

AN = alfanumerico

N = numerico

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

Campi numerici: devono essere allineati a destra, se parte intera; a sinistra, se parte decimale; le cifre non significative e le posizioni non utilizzate devono essere impostate con il valore "zero".

Lunghezza

Numero dei caratteri del campo

CONTROLLI

Tutti i campi sono obbligatori vincolanti e il controllo di validità è scartante.

Il sistema dei controlli prevede anche segnalazioni aggiuntive (non scartanti)

TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Contenuti e modalità di compilazione
Erogatore	1	Codice azienda	AN	3	<p>A seconda dell'organizzazione aziendale la farmacia erogante può essere individuata:</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	10	<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 i seguenti valori: 11111112 ossigeno liquido 11111113 ossigeno gas. Per le formule magistrali, i prodotti galenici, le formule officinali il campo codice farmaco deve essere lasciato blank.</p>
	22	Quantità	N	6	Valorizzare con il numero di dosi unitarie erogate nell'unità di tempo indicata nel campo "Periodo"
Periodo	28	mese	AN	2	Valorizzare con il mese in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato MM
	30	anno	AN	4	Valorizzare con l'anno in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato AAAA
Ricevente ospedaliero	34	Codice presidio ricevente	AN	6	Per i codici del presidio si veda quanto scritto sopra
	40	Sub codice stabilimento ricevente	AN	2	
	42	Codice Disciplina/servizio ricevente	AN	3	Utilizzare le codifiche a 3 cifre (allegato 2.2) della tabella delle discipline
	45	Progressivo reparto (divisione)	AN	2	Solo per i reparti di degenza. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della Sanità Modelli HSP. 12
	47	Codice regime di attività	AN	2	<p>OR = ordinario; DH = Day hospital; AM = ambulatoriale; NN = non disponibile <u>Il regime di attività non deve essere compilato per l'erogazione diretta.</u></p>
					<p>Utilizzare questi 6 campi quando il ricevente è un'unità operativa/servizio di un ospedale e riempirli a spazi quando il ricevente è una struttura extraospedaliera. A <u>livello ospedaliero</u>, codificare l'erogazione diretta nel modo seguente: specificare disciplina + regime + flag solo qualora non sia disponibile la disciplina: cod. disc. 124 (Farmacia ospedaliera) + regime +flag; E' accettata la codifica regime= NN, solo nel caso non sia possibile specificare il regime di attività.</p>

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Contenuti e modalità di compilazione	
Flag di erogazione diretta	49	Flag di erogazione diretta	AN	1	<p>Flag = D per 1- dimissione da ricovero; flag = S per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2- erogazione a seguito di visita ambulatoriale; • 3 – pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico; • 5 – erogazione territoriale per consumo a domicilio (es. SERT, CSM); • 6 - farmaci erogati in assistenza domiciliare; • 7 – farmaci forniti in assistenza residenziale e semiresidenziali; • 8 – farmaci forniti a strutture penitenziarie; • 9 - erogazione per conto <p>flag = R per 4 - pazienti affetti da malattie rare flag = N per consumi interni delle strutture.</p>	Il campo del flag di erogazione diretta deve essere utilizzato sia per il ricevente territoriale che per il ricevente ospedaliero e deve <u>sempre</u> essere compilato.
Ricevente territoriale	50	Codice Distretto o Dipartimento di prevenzione	AN	3	Lettera D seguita dalle 2 cifre del distretto (codici distretto in allegato 2.3, disponibili in internet all'indirizzo sopra citato), oppure la costante DPC per il Dipartimento di prevenzione.	Utilizzare questi 4 campi quando il ricevente è una struttura extraospedaliera e riempirli a spazi quando il ricevente è un'unità operativa/servizio di un ospedale. L'erogatore territoriale è individuato dallo specifico centro di costo (cdc). Nel cdc "Assistenza farmaceutica" - DT 005 04 rientrano solo i consumi residuali, non imputabili ad altri centri di costo. Per l' erogazione diretta utilizzare il : centro di costo regionale specifico + flag L'erogazione diretta non imputabile ad uno specifico cdc deve essere imputata al cdc "Altra erogazione diretta" DT 005 09.
	53	Area problematica	AN	2	Come da piano dei Centri di costo regionali.	
	55	CDC regionale	AN	3	Carcere: per individuare i singoli istituti penitenziari utilizzare il centro di costo DT025. Nel campo tipologia di assistenza indicare il progressivo regionale.	
	58	Tipologia assistenza	AN	2	Tablelle disponibili anche in internet.	
Prezzo	60	Parte intera	N	8	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.	
	68	Parte decimale	N	5		

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Contenuti e modalità di compilazione
Flag tipo medicinale	73	Flag tipo medicinale	AN	1	Codice che indica la tipologia del farmaco. Assume i valori: 1= confezione con MINSAN 2= formule magistrali e officinali 3= esteri 4= galenici 9= ossigeno
Posizione contabile	74	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>

MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

I dati devono essere trasmessi alla Regione utilizzando l'applicativo a disposizione sul portale di gestione flussi del Sistema informativo Sanità e politiche sociali; il programma, attraverso la funzionalità simulazione, consente di sottoporre i propri dati a una verifica preventiva, prima dell'invio definitivo. La simulazione esegue, in modo simulato, la stessa procedura di caricamento e fornisce il seguente ritorno informativo:

- elenco dei record non caricabili in banca dati (.err)
- file degli errori informativi (.segnal)
- file delle anomalie sul prezzo (.tb4)
- file delle anomalie sul Minsan (.tb5)
- statistica dei record caricabili e degli errori rilevati (.stat).

Sulla base dei risultati della simulazione è possibile scegliere di inviare i dati per il caricamento, o di correggerli prima di una nuova simulazione.

La procedura di caricamento in banca dati esegue una serie di controlli logico-formali che evidenziano due tipologie di errori:

- errore scartante: il controllo logico formale sulla compilazione dei campi evidenzia un errore che impedisce al record di entrare in banca dati;
- errore informativo: il controllo segnala un errore nell'informazione trasmessa, allo scopo di migliorare la qualità della rilevazione; il record entra in banca dati.

Per garantire una gestione corretta dei dati trasmessi e per costruire ed aggiornare la banca dati regionale è necessario che per ogni invio **i record siano univoci**, esista cioè, **per ogni erogatore, mese di riferimento ed ogni diverso ricevente un solo record per ciascun farmaco erogato**, con la relativa quantità; pertanto le eventuali somme di quantità diverse dello stesso farmaco consegnato nell'arco del mese allo stesso ricevente, devono essere effettuate a cura dell'Azienda, prima della trasmissione dei dati. Non vengono accettate quantità uguali a zero. Si ribadisce che i resi devono essere gestiti attraverso la posizione contabile e che non devono essere trasmesse quantità negative.

Ogni Azienda sanitaria dovrà inviare il file in formato testo (caratteri ASCII) a lunghezza fissa. Ogni record è terminato dalla coppia di caratteri ASCII 13 e 10 (carriage return e line feed). I file che non rispettano queste caratteristiche non potranno essere elaborati.

Il sistema di trasmissione è realizzato nel rispetto delle norme previste dal Dlgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e in applicazione del Documento Programmatico sulla Sicurezza adottato dalla Regione Emilia-Romagna (DGR n. 1778 del 7 novembre 2005).

SCADENZE

Dal 2008 i dati devono essere inviati **mensilmente** e devono essere consolidati entro il giorno 10 del mese successivo al mese di erogazione, esempio:

- | | |
|---|---------------------------|
| 1° invio: prestazioni erogate nel mese di gennaio 2008 | scadenza 10/2/2008 |
| 2° invio: prestazioni erogate nel mese di febbraio, integrazioni e correzioni del mese precedente | scadenza 10/3/2008 |
| 3° invio: prestazioni erogate nel mese di marzo, integrazioni e correzioni di gennaio e febbraio | scadenza 10/4/2007 |
| 4° invio: prestazioni erogate nel mese di aprile, integrazioni e correzioni di febbraio e marzo | scadenza 10/5/2007 |

Le correzioni si potranno fare solo entro i due mesi successivi quello di competenza .

RITORNO INFORMATIVO E VALIDAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Dopo il caricamento in banca dati, sul portale di gestione flussi sarà disponibile il **ritorno informativo** sull'effettivo risultato della procedura di caricamento e controllo dei dati che consiste in un set composto dai seguenti file:

- .ERR contenente i record sui quali vengono riscontrati errori scartanti;
- .SEG contenente i record sui quali vengono fornite segnalazioni;

- .TB1 – spesa relativa a riceventi ospedalieri per disciplina e tipologia di erogazione. Ad ogni invio si forniscono anche le tabelle aggiornate dei periodi precedenti, relativi all'anno di competenza.
- .TB2 – spesa relativa ai riceventi territoriali per centri di costo e tipologia di erogazione. Come per il file .TB1, ad ogni invio si forniscono anche le tabelle aggiornate dei periodi precedenti, relativi all'anno di competenza.
- .TB3 – segnalazione dei reparti e dei centri di costo dei quali non sono stati trasmessi dati nell'invio corrente.
- .TB4 - fornisce l'elenco delle anomalie rilevate dal controllo sul prezzo (codice errore T1051 – prezzo elevato rispetto al prezzo di riferimento calcolato), con elementi utili alla verifica;

Si ribadisce che tutti i record scartati possono essere corretti e ritrasmessi nel successivo invio per permettere il loro caricamento in banca dati (ad esempio farmaci esteri privi di codice regionale); dal 2008 è prevista anche la possibilità di modificare record già caricati, attraverso la posizione contabile. **Le correzioni si potranno fare solo entro i due mesi successivi quello di competenza.**

REFERENTE AZIENDALE

Per tutte le comunicazioni e gli eventuali problemi connessi a questa rilevazione si ritiene necessario che ciascuna Azienda UsI individui un referente aziendale il cui nominativo e coordinate (telefono ed e-mail) devono essere trasmessi per e-mail al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche sociali.

REFERENTI REGIONALI

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Sonia Gandolfi

Tel. 051 6397426 – Fax. 051 6397084

e-mail: sgandolfi@regione.emilia-romagna.it

Assessorato Politiche per la Salute

VI. Aldo Moro 21

40127 Bologna

Servizio Politica del Farmaco

Monica Lanzoni

tel. 051 6397257

e-mail: mlanzoni@regione.emilia-romagna.it

Assessorato Politiche per la Salute

VI. Aldo Moro 21

40127 Bologna

FLUSSO INFORMATIVO DEI FARMACI A EROGAZIONE DIRETTA (FED)

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende Sanitarie (USL e Ospedaliere) al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, secondo caratteristiche e modi descritti nei seguenti punti:

- ambito di applicazione;
- contenuti e codifica delle variabili;
- tracciato record e controlli;
- modalità per l'invio dei dati e scadenze;
- ritorno informativo.

Il tracciato record è costituito da due tabelle nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e sensibili stabilita dal Codice in materia di protezione dei dati personali (Dlgs n. 196 del 30 giugno 2003):

- Dati relativi all'erogatore e all'assistito (**Tabella A**);
- Dati riguardanti il dettaglio dei farmaci (**Tabella B**).

La rilevazione, a differenza degli anni precedenti, è caratterizzata dalla **periodicità mensile a partire dall'invio di luglio 2008**, secondo le indicazioni fornite nel punto "modalità per l'invio dei dati e scadenze". I primi sei mesi saranno trasmessi trimestralmente.

Si precisa che per quanto non espressamente contenuto nella presente circolare restano valide le indicazioni fornite dalla precedente circolare n. 4 del 16/05/2006 e nota integrativa prot. 143217 del 29/05/2007.

AMBITO DI APPLICAZIONE

Il flusso, ha come oggetto principale **l'erogazione diretta al paziente per un consumo al proprio domicilio**.

Rientrano nell'erogazione diretta:

- 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 a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico (PHT, piani terapeutici, fibrosi cistica, fattori della coagulazione, ecc.). Tra questi assumono particolare rilevanza i farmaci indicati nei piani terapeutici personalizzati dei pazienti affetti da malattie rare, che sono forniti attraverso l'erogazione diretta (D.G.R. n. 160/2004). Nella terapia delle malattie rare sono spesso utilizzati farmaci non erogabili a carico del SSR, appare quindi particolarmente necessario garantire ai pazienti un percorso alternativo di accesso alle cure e monitorare adeguatamente la spesa sostenuta per questo tipo di problema;
- i farmaci necessari al trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali (es. salute mentale territoriale, ecc);
- i farmaci distribuiti "per conto" attraverso accordi dell'Azienda USL con le farmacie territoriali convenzionate;
- i farmaci forniti ai pazienti in assistenza residenziale e semiresidenziale;
- i farmaci forniti direttamente alle strutture penitenziarie;
- tutti i farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare.

Dal 1° gennaio 2008 la rilevazione riguarda tutte le tipologie di farmaci sopraelencate, e pertanto si sottolinea che sono aggiunte rispetto agli anni precedenti le seguenti tipologie:

- i farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare.
- Dal 2009 anche i farmaci erogati nelle residenze, semiresidenze e carcere

Per quanto riguarda i **prodotti**, in aggiunta ai farmaci con autorizzazione all'immissione in commercio (AIC/MINSAN) e ai farmaci esteri, dal 1° gennaio 2008 **devono essere rilevati anche:**

- **Le formule magistrali e i prodotti galenici;**
- **Le formule officinali**

Per quanto riguarda la mobilità sanitaria si richiamano le indicazioni fornite con la circolare n. 4 del 16 maggio 2006 e la nota prot. n. 143217 del 29 maggio 2007, per cui sono rilevate anche le seguenti tipologie che non costituiscono erogazione diretta:

- i fattori della coagulazione somministrati in regime di ricovero ad emofilici o a pazienti affetti da malattia emorragica congenita;
- i farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco.

Queste due tipologie devono essere rilevate **solo** per i pazienti **non residenti** nell'ambito dell'azienda erogante.

Sono oggetto della rilevazione, se rientrano nelle categorie sopra elencate, **anche i farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della l. 648/96**, che consente di erogare a carico del SSR specialità innovative la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non in Italia, medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e farmaci da impiegare per indicazioni terapeutiche diverse da quelle già autorizzate. L'elenco dei farmaci erogabili viene periodicamente aggiornato dall'AIFA.

Inoltre, per quanto riguarda la mobilità sanitaria la circolare n. 3 del 22 febbraio 2007 ha integrato l'elenco dei farmaci oggetto di compensazione, introducendo la possibilità di compensare nella **mobilità infraregionale** un set limitato di **farmaci innovativi** oncologici ed ematologici, ad elevato costo, erogati in regime di ricovero (regime di fornitura OSP1). Per questi farmaci è prevista la possibilità di effettuare la compensazione infraregionale al 50% del costo.

L'inserimento nell'ambito della FED di questi farmaci è motivata dalla necessità di disporre di dati puntuali necessari al monitoraggio dell'andamento del loro utilizzo. Quindi, anche nel 2008 questi farmaci devono essere rilevati nel flusso informativo FED, **per tutti i pazienti, indipendentemente dall'ambito territoriale di residenza**.

In riferimento alla compilazione del tracciato FED, si specifica che la modalità di erogazione (file B, posizione 71) avrà il codice 07 – farmaci somministrati ad emofilici e farmaci innovativi oncologici ed ematologici ad elevato costo in regime di ricovero. Inoltre si chiede di rilevare il numero di scheda di dimissione ospedaliera (file B, posizione 85), campo facoltativo ma di grande importanza per questa categoria di farmaci. Si precisa che **il costo deve essere indicato nel tracciato al 50%, vale a dire all'effettivo valore oggetto della compensazione**.

L'elenco dei principi attivi dei farmaci innovativi oncologici ed ematologici compensabili nel caso di somministrazione in regime di ricovero è pubblicato nel sito internet del Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali, nelle pagine dedicate alla FED e alla mobilità sanitaria. Benché il farmaco dovrà essere individuato nel tracciato dal codice Minsan, si chiarisce che il controllo sarà effettuato sulla base del principio attivo.

PARTICOLARI TIPOLOGIE ORGANIZZATIVE

Dal confronto con le Aziende sanitarie, sono state individuate alcune modalità organizzative che richiedono una particolare attenzione:

1. erogazione diretta, da parte dell'Azienda Ospedaliera, di farmaci acquistati e forniti dalla Azienda USL ubicata nel medesimo ambito territoriale, con la quale vigono accordi ad hoc (erogazione dell'AOSP "per conto" della AUSL di riferimento);
2. erogazione diretta effettuata da struttura privata di farmaci acquistati e forniti dalla Azienda USL ubicata nel medesimo ambito territoriale, con la quale vigono accordi ad hoc (erogazione della struttura privata "per conto" della AUSL di riferimento);
3. punti di erogazione del farmaco al paziente non riconducibili né ad un presidio ospedaliero, né ad una struttura territoriale.

Per queste tipologie, sono fornite indicazioni specifiche nella parte relativa ai contenuti e alle codifiche delle variabili.

ATTIVITÀ DEI SERT

Ai fini della rilevazione, l'erogazione di farmaci per il trattamento delle dipendenze dai SERT (ATC N07BC01, N07BC02), per la particolare modalità di somministrazione, è considerata alla stregua di un "ciclo di erogazione"; pertanto dovrà essere effettuata un'unica segnalazione per ciascun utente all'interno del mese di competenza.

Per queste tipologie, sono fornite indicazioni specifiche nella parte relativa ai contenuti e alle codifiche delle variabili.

CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

TABELLA A -

A.1 - DATI EROGATORE e VALORIZZAZIONE SPECIALITA' EROGATE

TIPO EROGATORE (livello di controllo scartante)

Valori ammessi :

01 = *Struttura ospedaliera*

02 = *Struttura ambulatoriale interna all'ospedale*

03 = *Struttura ambulatoriale territoriale (CSM, SERT)*

04 = *Altra struttura territoriale*

05 = *Farmacia convenzionata*

06 = *ADI*

07 = *Strutture residenziali e semiresidenziali*

08 = *Carcere*

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

Per i farmaci relativi alla mobilità sanitaria, modalità 7, 8, il campo deve essere compilato con 01.

Nel caso di farmaci consegnati al paziente da un ambulatorio interno all'ospedale, il campo deve essere compilato con 02.

Nel caso di farmaci consegnati al paziente da una struttura ambulatoriale territoriale, il campo deve essere compilato 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.

EROGATORE (livello di controllo scartante)

Campi:

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 11.

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). I valori ammessi di tale codifica sono: S01, S02, S03 e S04.
Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.

Se TIPO EROGATORE = 03:

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

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. I valori ammessi di tale codifica sono: S01, S02, S03 e S04.
Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.

Se TIPO EROGATORE = 04:

Questi campi individuano la struttura territoriale:

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 al codice S05.

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 sul cui territorio è ubicata la Farmacia.

Il campo STRUTTURA/FARMACIA e il campo SUBCODICE non devono essere compilati.

INDICAZIONI PER PARTICOLARI MODALITA' ORGANIZZATIVE

Si forniscono di seguito indicazioni per la compilazione del tracciato a fronte di particolari modalità organizzative adottate da alcune Aziende.

1. Erogazione diretta effettuata dall'Azienda Ospedaliera "per conto" dell'Azienda USL ubicata nel medesimo ambito territoriale, con la quale vigono accordi ad hoc; i dati debbono essere trasmessi dall'Azienda USL:

Posiz.	Tipo e lung.	Descrizione campo	Note per la compilazione	Esempio
1	AN 2	TIPO EROGATORE	Struttura ospedaliera	01

3	AN 3	CODICE AZIENDA	Inserire il codice Azienda USL	103
6	AN 6	CODICE STRUTTURA/ FARMACIA	Codice struttura riferito all'AOSP	080903
12	AN 2	SUB CODICE STABILIMENTO	Il campo non va compilato.	
52	AN 2	FLAG	01=Distribuzione effettuata dall'Azienda Ospedaliera "per conto" dell'Azienda Usl	01

2. Erogazione diretta effettuata da struttura privata "per conto" dell'Azienda Usl, con la quale vigono accordi ad hoc; i dati debbono essere trasmessi dall'Azienda USL:

Posiz.	Tipo e lung.	Descrizione campo	Note per la compilazione	Esempio
1	AN 2	TIPO EROGATORE	Struttura ospedaliera	01
3	AN 3	CODICE AZIENDA	Inserire il codice azienda usl	103
6	AN 6	CODICE STRUTTURA/ FARMACIA	Codice HSP della struttura privata	080211
12	AN 2	SUB CODICE STABILIMENTO	Il campo non va compilato.	
52	AN 2	FLAG	02=Distribuzione effettuata da Struttura privata "per conto" dell'Azienda USL	02

3. Punti di erogazione del farmaco al paziente non riconducibili né a un codice HSP, né a un codice STS:

Ricondurre il punto di erogazione alla farmacia ospedaliera che ha fornito il farmaco: indicare nel campo CODICE STRUTTURA/FARMACIA il codice HSP del presidio ospedaliero nel quale è ubicata la farmacia.

CODICE CONTATTO (livello di controllo scartante)

Identificativo univoco per struttura erogatrice che unisce i record in tabella A ai record in 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) (livello di controllo scartante)

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) (livello di controllo scartante)

Da compilare solo per l'erogazione per conto. Costo totale del servizio imputato dalla farmacia convenzionata alla Azienda usl e riferito alla singola ricetta.

MODALITA' ORGANIZZATIVA (livello di controllo scartante)

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 (livello di controllo scartante)

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, per eventuali modifiche. Per effettuare una correzione non si dovrà ricorrere alla cancellazione.

Posizione contabile 4 (eliminazione):

utilizzare esclusivamente per cancellare i record già presenti nell'archivio regionale.

Ogni volta che la struttura ritiene di modificare qualche informazione del tracciato, dovrà necessariamente rispettare la tabella A e tutte le relative tabelle B. Per effettuare una correzione non si dovrà ricorrere alla cancellazione.

A.2 – DATI DELL' ASSISTITO

CODICE FISCALE (livello di controllo scartante)

Il dato è sempre obbligatorio per i cittadini italiani.

Per i cittadini temporaneamente presenti: nel campo deve essere indicato il codice STP, in sostituzione del codice fiscale. Per i cittadini stranieri, solo se assicurati da istituzioni estere europee o extraeuropee e non in possesso del codice fiscale, il campo non deve essere compilato.

Inoltre 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)
- farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02).

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 (livello di controllo scartante)

Devono essere indicati il cognome e nome dell'assistito in caratteri maiuscoli. Nei casi sopra descritti per i quali è previsto l'**anonimato** devono obbligatoriamente essere compilati con la dicitura ANONIMO.

SESSO (livello di controllo scartante)

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

DATA DI NASCITA (livello di controllo scartante)

Formato GGMMAAAA

COMUNE DI NASCITA DELL' ASSISTITO (livello di controllo scartante)

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 (file TCOMNOS)

Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste.

COMUNE DI RESIDENZA DELL' ASSISTITO (livello di controllo scartante)

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 codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (tabella TCOMNOS)

CITTADINANZA DELL'ASSISTITO *(livello di controllo scartante)*

Utilizzare il codice a 3 cifre presente nel file TCOMNOS.

Per i cittadini Italiani codificare con 100, mentre per gli apolidi con 999.

Tutte le tabelle utili al flusso sono disponibili nelle pagine Web del Sistema informativo:

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/>

(Pagina dedicata al flusso informativo dei farmaci a erogazione diretta - FED, tabelle di riferimento).

Nuovi campi necessari per il decreto 31 luglio, il livello di controllo è quello del NSIS.

NUMERO RICETTA (*livello di controllo facoltativo/scartante*)

Indicare il codice ricetta, se l'erogazione avviene a fronte di ricetta rossa. L'indicazione è obbligatoria per la per conto).

CODICE PRESCRITTORE (*livello di controllo facoltativo*)

Indicare il codice fiscale del medico prescrittore.

TIPO PRESCRITTORE (*livello di controllo obbligatorio*)

Indica il ruolo del prescrittore ed assume i seguenti valori:

Tipo 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 (*livello di controllo facoltativo*)

La data di prescrizione deve essere in formato GGMMAAAA

STATO ESTERO di RESIDENZA (*livello di controllo obbligatorio, in alternativa a comune*)

Codice dello stato estero che ha in carico l'assistito residente all'estero a cui è stata erogata la prestazione.

E' il codice alpha 2 della codifica ISO 3166-11

ISTITUZIONE COMPETENTE (*livello di controllo facoltativo*)

Codice di identificazione assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione competente

TIPO DI ESENZIONE (*livello di controllo obbligatorio*)

Assume i seguenti valori:

Tipo di esenzione	Codice
Non esente (assistito soggetto a ticket)	1
Esente per condizione	2
Esente per patologia	3
Esente per malattia rara	4
Prescrizione di farmaci di fascia C ad invalidi di guerra	5
Altro	0

CODICE ESENZIONE (*livello di controllo obbligatorio solo per i tipi esenzione 2,3,4 e 5*)

Per alcune tipologie di esenzione, codice di esenzione delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa – decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze del 22 luglio 2005.

Valori di riferimento: codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa – decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze del 22 luglio 2005 (codice da 1 cifra + sub-codice da 2 cifre).

TABELLA B – DETTAGLIO DEI FARMACI

TIPO EROGATORE (*livello di controllo scartante*)

Vedere la descrizione relativa alla analoga variabile di tabella A.

EROGATORE (*livello di controllo scartante*)

Campi:

CODICE AZIENDA

CODICE PRESIDIO/STUTTURA TERRITORIALE/FARMACIA TERRITORIALE

SUBCODICE

Vedere la descrizione relativa alla analoga variabile di tabella A

CODICE CONTATTO (*livello di controllo scartante*)

Vedere la descrizione relativa alla analoga variabile di tabella A

PROGRESSIVO FARMACO (*livello di controllo scartante*)

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 DEL FARMACO (*livello di controllo scartante*)

Data di erogazione del farmaco. Formato GGMMAAAA.

CODICE DEL FARMACO (*livello di controllo scartante*)

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 sono identificati dal codice MINSAN.

I **medicinali esteri** non autorizzati all'immissione in commercio in Italia, utilizzati ai sensi del decreto del Ministero della salute 11 febbraio 1997 sono identificati dal codice regionale dei farmaci esteri.

Per l'**ossigeno** devono essere utilizzati i seguenti valori:

11111112 ossigeno liquido

11111113 ossigeno gas.

Per le **formule magistrali**, i **prodotti galenici**, i **prodotti officinali** il campo codice farmaco deve essere lasciato blank.

Codice regionale per i farmaci esteri non registrati in Italia

Per i **farmaci esteri** non registrati in Italia utilizzati ai sensi del decreto del Ministero della salute 11 febbraio 1997, la Regione Emilia-Romagna fornisce una propria codifica a disposizione delle aziende nella tabella dei codici dei farmaci esteri in internet. I codici dei prodotti non presenti nella tabella devono essere richiesti alla regione che, attraverso il Centro regionale di valutazione e informazione sui farmaci (CReVIF), provvede alla codifica regionale. Tali richieste devono essere inviate per e-mail all'indirizzo sgandolfi@regione.emilia-romagna.it allegando il modulo scaricabile dal sito web, compilato con l'indicazione di queste informazioni (reperibili dalle schede tecniche del farmaco):

- Nome commerciale del farmaco
- Forma farmaceutica
- Dosaggio unitario
- Numero delle unità posologiche
- Via di somministrazione
- Principio attivo

La tabella viene aggiornata bimestralmente (entro il giorno 10 dei mesi pari). Saranno codificate le richieste arrivate entro l'ultimo giorno del mese dispari (esempio: le richieste di gennaio dovranno arrivare entro il 31 gennaio, la tabella aggiornata sarà pubblicata entro il 10 febbraio).

QUANTITA' EROGATA (*livello di controllo scartante*)

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 formule magistrali, galenici, officinali la quantità è 1. Per l'ossigeno la quantità deve essere espressa in litri, arrotondando per eccesso o per difetto le eventuali cifre decimali .

QUANTITA' EROGATA (tipologia 06 - erogazione per conto)(*livello di controllo scartante*)

Il campo deve essere compilato esclusivamente per l'erogazione per conto. E' espressa in numero di confezioni/scatole del Minsan erogato. Per formule magistrali, galenici, officinali la quantità è 1. Per l'ossigeno la quantità deve essere espressa in litri, arrotondando per eccesso o per difetto le eventuali cifre decimali .

IMPORTO UNITARIO (parte intera e parte decimale) (*livello di controllo scartante*)

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). Solo per l'erogazione per conto deve essere fornito il prezzo della singola confezione/scatola.

Il prezzo unitario deve in ogni caso rispecchiare il costo che l'azienda sanitaria erogante ha effettivamente sostenuto per acquistare il farmaco.

ATTIVITA' DEI SERT

Per i farmaci per il trattamento delle dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02), i SERT debbono effettuare un'unica segnalazione per ciascun utente all'interno del mese di competenza.

Il campo quantità erogata (pos. 53) andrà compilato con la quantità totale somministrata nel mese per singolo Minsan, espressa in milligrammi erogati.

Il campo importo unitario (parte intera e parte decimale) dovrà contenere il prezzo per milligrammo.

Come data di erogazione dovrà essere indicata la data in cui viene effettuata la prima somministrazione all'interno del mese di competenza.

MODALITA' EROGAZIONE (*livello di controllo scartante*)

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;

06 = Erogazione diretta presso le farmacie convenzionate (cosiddetta erogazione per conto);

07 = Farmaci somministrati in regime di ricovero ad emofilici;

08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco

I casi che rientrano in più modalità devono essere codificati rispetto alla tipologia di assistenza prevalente. Esempi:

1) soggetto preso in carico per malattia rara a cui , a seguito di ricovero per altra patologia, indipendente dalla malattia rara, viene erogato farmaco in dimissione, la modalità di erogazione è 1;

2) paziente oncologico preso in carico/cronico che effettua visita specialistica ambulatoriale oculistica e a cui viene erogato un collirio, prevale modalità di erogazione 2

PRESTAZIONE AMBULATORIALE *(livello di controllo non scartante)*

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.

CODICE DISCIPLINA *(livello di controllo segnalazione)*

Compilare il campo se è disponibile l'informazione.

Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella disponibile in internet.

PROGRESSIVO DIVISIONE *(livello di controllo segnalazione)*

Compilare il campo se è disponibile l'informazione.

Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della salute, modello HSP12 (fare riferimento alla tabella Presidi, stabilimenti e divisioni).

SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) *(livello di controllo segnalazione)*

Compilare il campo se è disponibile l'informazione :

compilare con il numero della scheda di dimissione ospedaliera (le prime 2 cifre identificano l'anno di ricovero, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno indipendentemente dal regime di ricovero).

Nuovi campi necessari per il decreto 31 luglio, il livello di controllo è quello del NSIS:

FLAG TIPO MEDICINALE *(livello di controllo segnalazione)*

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

1= confezione con MINSAN

2= formule magistrali e officinali

3= esteri

4= galenici

9= ossigeno

TARGATURA *(livello di controllo segnalazione)*

Numerazione progressiva del bollino della singola confezione

TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

Il collegamento delle informazioni contenute in tabella A e B è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da: TIPO EROGATORE, CODICE AZIENDA, CODICE STRUTTURA/FARMACIA, SUBCODICE, CODICE CONTATTO.

I contenuti delle colonne sono:

Posizione

Posizione del primo carattere del campo nell'ambito del tracciato

Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

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"; le posizioni non utilizzate devono comunque essere impostate con il valore "zero".

Lunghezza

Numero dei caratteri del campo

Vincolo (grado di obbligatorietà)

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBBV : Campo obbligatorio e vincolante

OBB : Campo obbligatorio in determinate circostanze

FAC : Campo facoltativo

Controllo (scartante o segnalazione)

La dicitura indica se il tipo di controllo è scartante in riferimento all'inserimento in banca dati regionale del record, oppure se è oggetto di una segnalazione non scartante nel file "statistiche scarti".

Il verificarsi di una mancata o errata informazione con "livello di controllo scartante" negli archivi, genererà uno scarto di tutto il blocco di record che appartiene a quella scheda il quale verrà restituito all'azienda di competenza che apporterà le correzioni necessarie e provvederà al rinvio.

TRACCIATO RECORD

Per completezza si fornisce l'intero tracciato, tabelle A e B.

TABELLA A (1 record per ogni episodio di erogazione diretta)					
A 1 DATI 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 (solo per CSM e SERT)</i> .</p> <p>05 = <i>Farmacia convenzionata</i></p> <p>06 = <i>ADI</i></p> <p>07 = <i>Strutture residenziali e semiresidenziali</i></p> <p>08 = <i>Carcere</i></p> <p>Nel caso di farmaci consegnati al paziente da una divisione o dalla farmacia ospedaliera, il campo deve essere compilato con 01.</p> <p>Per i farmaci relativi alla mobilità sanitaria, modalità 7, 8, il campo deve essere compilato con 01.</p> <p>Nel caso di farmaci consegnati al paziente <u>da un ambulatorio interno all'ospedale</u>, il campo deve essere compilato con 02.</p> <p>Nel caso di farmaci consegnati al paziente <u>da una struttura ambulatoriale territoriale</u>, il campo deve essere compilato 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>	OBBV	Scartante

3	CODICE AZIENDA	AN 3	<p><u>Se TIPO EROGATORE = 01:</u> 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 11.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 02:</u></p>	OBBV	Scartante
6	CODICE STRUTTURA/ FARMACIA	AN 6	<p><u>Questi campi individuano la struttura ambulatoriale interna all'ospedale.</u> 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). I valori ammessi di tale codifica sono: S01, S02, S03 e S04. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 03:</u></p>	OBBV	Scartante

12	SUB CODICE	AN 2	<p><i>Questi campi individuano la struttura ambulatoriale territoriale.</i></p> <p>Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda usl alla quale appartiene l'ambulatorio territoriale.</p> <p>Nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 della rilevazione ministeriale. I valori ammessi di tale codifica sono: S01, S02, S03 e S04.</p> <p>Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 04:</u> <i>Questi campi individuano la struttura territoriale: solo per CSM e SERT.</i></p> <p>Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda usl alla quale appartiene la struttura territoriale.</p> <p>Per i CSM nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 della rilevazione ministeriale; I valori ammessi sono riconducibili al codice S05.</p> <p>Per i SERT nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice della tabella dei SERT.</p> <p>Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 05:</u> <i>Questi campi individuano la farmacia convenzionata erogatrice.</i></p> <p>Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda USL sul cui territorio è ubicata la Farmacia.</p> <p>Nel campo CODICE FARMACIA CONVENZIONATA deve essere inserito il codice univoco a livello regionale, composto da:</p> <p>Codice Azienda (numerico di 3)</p> <p>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.</p> <p>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></p> <p>Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda USL sul cui territorio è ubicata la Farmacia.</p> <p>Il campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere blank.</p> <p>Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p>	OBBV	Scartante
14	CODICE CONTATTO	AN 20	<p>Identificativo univoco per struttura erogatrice che unisce i record in tabella A ai record in tabella B. Il codice comunque formato deve contenere nelle prime 4 posizioni l'anno di riferimento ed è univoco all'interno dell'anno.</p>	OBBV	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 <u>dopo averli arrotondati alla seconda cifra decimale.</u>	OBBV	Scartante
42	IMPORTO TOTALE PARTE DECIMALE	N 2	Centesimi relativi all'importo totale precedente	OBBV	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.		Scartante
54	POSIZIONE CONTABILE	AN 1	<i>Valori ammessi:</i> 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	OBBV	Scartante

A 2 DATI ASSISTITO					
Pos.	Campo	Tipo e lungh.	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
55	CODICE FISCALE	AN 16	<p>Il dato è sempre obbligatorio per i cittadini italiani.</p> <p>Per i cittadini temporaneamente presenti: nel campo deve essere indicato il codice STP, in sostituzione del codice fiscale.</p> <p>Per i cittadini stranieri, solo se assicurati da istituzioni estere europee o extraeuropee e non in possesso del codice fiscale, il campo non deve essere compilato.</p> <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) • farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02). <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>	OBBV	Scartante
71	COGNOME	AN 30	<p>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.</p>	OBBV	Scartante
101	NOME	AN 20	<p>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.</p>	OBBV	Scartante
121	SESSO	AN 1	<p><i>Valori ammessi:</i></p> <p>1 = Maschio 2 = Femmina</p>	OBBV	Scartante
122	DATA NASCITA	DI AN 8	<p>Formato GGMMAAA</p>	OBBV	Scartante
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 esiste.</p>	OBBV	Scartante
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 <u>regolarmente iscritti al SSN</u> 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 codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (tabella TCOMNOS)</p>	OBBV	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, mentre per gli apolidi con 999.</p>	OBBV	Scartante
145	NUMERO RICETTA	AN 15	<p>Indicare il codice a barre della ricetta, se l'erogazione avviene a fronte di ricetta rossa. L'indicazione è obbligatoria per la per conto.</p>	OBBV	Scartante

	CODICE PRESCRITTORE	AN 16	Indicare il codice fiscale del medico prescrittore	FAC	Segnalazione																						
160	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	OBBV	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																										
161	DATA DI PRESCRIZIONE	AN 8	Indicare la data di prescrizione in formato GGMMAAAA	FAC	Segnalazione																						
169	STATO ESTERO DI RESIDENZA	AN 2	Codice dello stato estero che ha in carico l'assistito a cui è stata erogata la prestazione. E' il codice alpha della codifica ISO 3166-11	FAC	Segnalazione																						
171	ISTITUZIONE COMPETENTE	AN 28	Codice di identificazione assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione competente	FAC	Segnalazione																						
199	TIPO DI ESENZIONE	AN 1	<p>Assume i seguenti valori:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipologia di esenzione</th> <th>Codice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Non esente (assistito soggetto a ticket)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Esente per condizione</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Esente per patologia</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Esente per malattia rara</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Prescrizione di farmaci di fascia C ad invalidi di guerra</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Altro</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Tipologia di esenzione	Codice	Non esente (assistito soggetto a ticket)	1	Esente per condizione	2	Esente per patologia	3	Esente per malattia rara	4	Prescrizione di farmaci di fascia C ad invalidi di guerra	5	Altro	0	OBBV	Scartante								
Tipologia di esenzione	Codice																										
Non esente (assistito soggetto a ticket)	1																										
Esente per condizione	2																										
Esente per patologia	3																										
Esente per malattia rara	4																										
Prescrizione di farmaci di fascia C ad invalidi di guerra	5																										
Altro	0																										
200	CODICE ESENZIONE	AN 6	Per alcune tipologie di esenzione, codice di esenzione delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa – decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze del 22 luglio 2005. Indicare i valori di riferimento della codifica nazionale (codice da 1 cifra + sub codice da 2 cifre)	OBBV per tipologie 2,3,4,5.																							

Tutte le tabelle utili al flusso sono disponibili nelle pagine Web del Sistema informativo:

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/index.html>

(Pagina dedicata al flusso informativo dei farmaci a erogazione diretta - FED, tabelle di riferimento).

TABELLA B (1 record per ogni FARMACO)					
B 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.	OBBV	Scartante
3	CODICE AZIENDA	AN 3	Vedere i campi omonimi in tabella A.	OBBV	Scartante
6	CODICE STRUTTURA/ FARMACIA	AN 6		OBBV	Scartante
12	SUB CODICE	AN 2		OBBV	Scartante
14	CODICE CONTATTO	AN 20	Vedere il campo omonimo in tabella A.	OBBV	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).	OBBV	Scartante
36	DATA DI EROGAZIONE FARMACO	AN 8	Data di erogazione del farmaco. Formato GGMMAAAA.	OBBV	Scartante
44	CODICE FARMACO	AN 9	Codice MINSAN a 9 cifre del farmaco. Per i farmaci non ancora registrati in Italia utilizzare il codice regionale secondo la tabella disponibile in internet. Per l'ossigeno devono essere utilizzati i seguenti valori: 11111112 ossigeno liquido 11111113 ossigeno gas. Per le formule magistrali, i prodotti galenici, le formule officinali il campo codice farmaco deve essere lasciato blank.	OBBV	Scartante
53	QUANTITA' EROGATA	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 ossigeno la quantità è espressa in litri. Per formule magistrali, prodotti galenici, formule officinali la quantità è =1	OBBV	Scartante
59	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. Per formule magistrali, prodotti galenici, formule officinali la quantità è =1	OBBV	Scartante
62	IMPORTO UNITARIO PARTE INTERA	N 8	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). Solo per l'erogazione per conto deve essere fornito il prezzo della singola confezione/scatola. Il prezzo unitario deve in ogni caso rispecchiare il costo che l'azienda sanitaria erogante ha effettivamente sostenuto per acquistare il farmaco.	OBBV	Scartante
70	IMPORTO UNITARIO PARTE DECIMALE	N 5	Parte decimale	OBBV	Scartante

75	MODALITA' EROGAZIONE	AN 2	Valori ammessi: 01 = Erogazione alla dimissione da ricovero; 02 = Erogazione a seguito di visita specialistica ambulatoriale; 03 = Erogazione a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico; 04 = Erogazione a pazienti affetti da malattie rare; 05 = Erogazione di farmaci necessari al trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali ambulatoriali, CSM e SERT, ADI; 06 = Erogazione diretta presso le farmacie convenzionate (cosiddetta erogazione per conto); 07 = Farmaci somministrati ad emofilici e farmaci innovativi oncologici ed ematologici ad elevato costo in regime di ricovero; 08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione <u>non</u> è inclusivo del farmaco.	OBBV	Scartante
77	PRESTAZIONE AMBULATORIALE	AN 7	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.	OBB	Segnalazione
84	CODICE DISCIPLINA	AN 3	Compilare il campo se è disponibile l'informazione. Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella disponibile in internet.	FAC	Segnalazione
87	PROGRESSIVO DIVISIONE	AN 2	Compilare il campo se è disponibile l'informazione. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della salute, modello HSP12 .	FAC	Segnalazione
89	SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)	AN 8	Compilare il campo se è disponibile l'informazione : compilare con il numero della scheda di dimissione ospedaliera (le prime 2 cifre identificano l'anno di ricovero, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno indipendentemente dal regime di ricovero).	FAC	Segnalazione
97	FLAG TIPO MEDICINALE	AN 1	Codice che indica la tipologia del farmaco. Assume i valori: 1= confezione con MINSAN 2= formule magistrali e officinali 3= esteri 4= galenici 9= ossigeno	OBBV	Scartante
98	TARGATURA	AN 9	Numerazione progressiva del bollino della singola confezione.	FAC	Segnalazione

MODALITA' PER L'INVIO E SCADENZE

Ogni Azienda sanitaria dovrà inviare 2 file (Tabella A e Tabella B) in formato testo (caratteri ASCII) a lunghezza fissa. Ogni record è terminato dalla coppia di caratteri ASCII 13 e 10 (carriage return e line feed). I file che non rispettano queste caratteristiche non potranno essere caricati nella banca dati regionale.

Per quanto riguarda la trasmissione dei dati, per il **2007** la scadenza per il **4° invio** è confermata al 28 febbraio 2008. Non verrà effettuato il 5° invio.

Nel **2008**, la **periodicità** degli invii del flusso FED **da trimestrale diverrà mensile a partire dai dati di luglio**, con scadenza al 10 del mese successivo a quello di erogazione, secondo questo specifico calendario:

INVIO	Periodo di erogazione	Scadenza
1°	Dati di gennaio, febbraio, marzo	30 aprile 2008
2°	Dati di aprile, maggio, giugno	31 luglio 2008
3°	Dati di luglio	10 agosto
Gli invii successivi avranno scadenza al 10 del mese successivo a quello di erogazione		

Per quanto riguarda le eventuali correzioni e integrazioni, potranno essere trasmesse per tutto il 2008.

Dal 2009 le correzioni potranno essere effettuate entro i due mesi successivi a quello di competenza.

INVIO DEI DATI

I dati devono essere trasmessi alla Regione utilizzando l'applicativo a disposizione sul portale di gestione flussi del Sistema informativo Sanità e politiche sociali; il programma, attraverso la funzionalità simulazione, consente di sottoporre i propri dati a una verifica preventiva, prima dell'invio definitivo.

Il sistema di trasmissione è realizzato nel rispetto delle norme previste dal Dlgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e in applicazione del Documento Programmatico sulla Sicurezza adottato dalla Regione Emilia-Romagna (DGR n. 1778 del 7 novembre 2005).

RITORNO INFORMATIVO

Allo scopo di favorire la qualità delle informazioni raccolte, la corretta compilazione dei campi del tracciato record e la correzione degli errori viene fornito un ritorno informativo tramite l'applicativo di cui sopra.

Il file contenente i record scartati per il mancato superamento dei controlli di 1° livello è fornito mensilmente ad ogni caricamento dei dati.

Nel file ogni record presenterà le informazioni secondo il seguente tracciato:

Posizione	Formato e lunghezza	Campo
1	AN 1	Tipo file (A/B)
2	AN 2	Tipo erogatore
4	AN 3	Codice azienda

7	AN 6	Codice struttura/farmacia
13	AN 2	Subcodice
15	AN 20	Codice contatto
35	AN 2	Progressivo farmaco (solo se file B)
37	AN 4	Codice errore
41	AN 60	Descrizione errore
101	N 3	Posizione del campo che presenta l'errore

REFERENTI AZIENDALI

Ogni azienda dovrà individuare un referente aziendale per il flusso in oggetto. I nominativi (nome, cognome, e-mail, telefono) andranno comunicati con e-mail ai referenti regionali.

REFERENTI REGIONALI

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Sonia Gandolfi

Tel. 051 6397426 – Fax. 051 6397084

e-mail: sgandolfi@regione.emilia-romagna.it

Assessorato Politiche per la Salute

VI. Aldo Moro 21

40127 Bologna

Servizio Politica del Farmaco

Monica Lanzoni

tel. 051 6397257

e-mail: mlanzoni@regione.emilia-romagna.it

Assessorato Politiche per la Salute

VI. Aldo Moro 21

40127 Bologna

f.to
Luisa Martelli

f.to
Eleonora Verdini