

Il Direttore Generale
Leonida Grisendi

TIPO ANNO NUMERO

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2009. 0012730
del 20/01/2009



CIRCOLARE N. *1*

- 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 I.O.R.
della Regione Emilia-Romagna

LORO SEDI

Oggetto: Integrazione alla circolare n. 14 del 21/12/2007 "Specifiche del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza farmaceutica - rilevazioni AFT, AFO, FED"

Nell' ambito del Nuovo Sistema informativo sanitario (NSIS) per il monitoraggio dell'assistenza farmaceutica, sono state definite nuove regole per i flussi informativi nazionali della erogazione diretta e per conto e dei consumi in ambito ospedaliero, in ottemperanza alla legge 29 novembre 2007, n. 222.

Per quanto riguarda l'erogazione diretta e per conto le nuove disposizioni graduano ulteriormente i passaggi per il conferimento al Ministero dei dati individuali, e sono fornite nuove specifiche per la rilevazione dei farmaci esteri non registrati in Italia, per le formule magistrali e officinali.

A partire dal novembre 2009, è inoltre previsto anche l'avvio del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero. Rispetto alla rilevazione regionale attiva dal 2002 si rendono necessari alcuni adeguamenti e un maggiore dettaglio per quanto riguarda la struttura ricevente.

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



TIPO	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. 2009	8	

Le novità introdotte dal livello nazionale rendono necessarie integrazioni alla circolare regionale n° 14/2007 e sono l'occasione per sistematizzare le modifiche apportate nel corso del 2008.

Il sistema informativo dell'assistenza farmaceutica costruito in questi anni è piuttosto complesso ed articolato, ma necessario ai fini del monitoraggio di questo importante livello di assistenza e del governo della spesa farmaceutica. E' comunque obiettivo di questa direzione ottimizzare l'utilizzo delle rilevazioni: e infatti dal 2009 il flusso FED genererà anche i dati contenuti nel file F per la mobilità sanitaria.

Le specifiche che illustrano in dettaglio le modifiche sono contenute nell'allegato tecnico.

Distinti saluti.

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.	2009	8	

Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Politica del farmaco

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Luisa Martelli

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

Allegato tecnico

Specifiche tecniche relative al sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza farmaceutica – rilevazioni AFT, AFO, FED

INTRODUZIONE

Il presente allegato fornisce le specifiche tecniche che integrano la circolare 14 del 21/12/2007 "Specifiche del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza farmaceutica - rilevazioni AFT, AFO, FED", valide dal **1° gennaio 2009**.

Gli adeguamenti riguardano la rilevazione di nuove informazioni, modifiche sulle modalità di codifica e aggiornamento di alcuni controlli logico-formali, per i quali si rimanda alle sezioni dedicate ai singoli flussi.

Per quanto non espressamente modificato, rimangono valide le indicazioni della richiamata circolare 14/2007.

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

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

Si chiede alle aziende di comunicare e/o confermare per e-mail **entro il 31 gennaio 2009** i nominativi dei referenti aziendali per ciascun flusso informativo, uno afferente ai servizi farmaceutici, uno al sistema informativo.

Di seguito vengono fornite le specifiche riguardanti le modifiche dei singoli flussi.

AFT - ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Le modifiche riguardano la modalità di rilevazione delle informazioni relative alla **ricetta informatizzata** e il **codice esenzione**.

Ricetta informatizzata, File A, pos. 79

Il decreto Ministeriale 17 marzo 2008 concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale (comma 2 dell'art. 50 della legge 326 del 2003), ha chiarito la definizione di ricetta informatizzata che risulta tale in presenza di **entrambi** i seguenti elementi:

- la ricetta è stampata da un PC ed è presente la biffatura dell'elemento "Stampa PC" sulla ricetta;
- il codice fiscale dell'assistito è stampato in modalità barcode.

Tuttavia, in attesa della piena operatività delle procedure informatizzate di stampa del codice fiscale dell'assistito in modalità barcode, è considerata informatizzata anche la ricetta nella quale è stampato "in chiaro" il codice fiscale dell'assistito da parte del prescrittore ed è biffato l'elemento "Stampa PC" sulla ricetta. La Regione ha recepito tale normativa con la circolare n. 8 del 10 novembre 2008.

Pertanto il Flag ricetta informatizzata assumerà i seguenti valori:

FLAG RICETTA INFORMATIZZATA – file A , pos. 79	
Tipologia	codice
Ricetta non informatizzata	0
Ricetta informatizzata con presenza della biffatura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode	1
Ricetta informatizzata con presenza della sola biffatura "Stampa PC"	2

L'informazione è obbligatoria e il controllo scartante.

CODICE ESENZIONE TICKET (livello di controllo non scartante)

Per quanto riguarda i codici esenzione, si ritiene opportuno adeguare la rilevazione di tali informazioni nel flusso AFT con i codici di esenzione vigenti in base alla normativa nazionale e regionale; come noto, nelle regioni che non hanno introdotto il ticket sui farmaci, il codice esenzione deve essere apposto solo nei casi in cui da esso derivino ulteriori benefici per l'assistito (decreti ministeriali del marzo 2008 in attuazione dell'art.50 della legge 326 del 2003; circolare regionale n. 8 del 10/11/2008).

Pertanto i codici da utilizzare sono quelli relativi a:

- esenzioni per patologia
- esenzioni per invalidità di guerra
- farmaci per la terapia del dolore severo

I codici di riferimento sono quelli dell'allegato C della circolare n. 8 del 10/11/2008.

Si chiede alle aziende di inserire tale informazione in coda al tracciato del file B (pos. 49, lunghezza del campo 6 caratteri). L'informazione è obbligatoria, il controllo non è scartante ma se impostato il codice deve essere corretto. Se sono presenti più farmaci in ricetta, il codice esenzione deve essere lo stesso.

Per tutti gli altri assistiti il campo deve essere compilato a spazi.

Nel file B, il campo alla pos. 31 non deve essere compilato.

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). 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 cittadino: parte decimale	OBBV	NON SCARTANTE	Se non presente alcun importo deve essere impostato a zero.

79	AN	1	FLAG ricetta informatizzata	OBB	SCARTANTE	Valori ammessi: 0 = ricetta non informatizzata 1= ricetta informatizzata con presenza della bifattura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode 2= ricetta informatizzata con presenza della sola bifattura "Stampa PC"
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 e successive modificazioni. 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 TCOMNOS). 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 TCOMNOS). 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 per la quale il numero massimo di pezzi per ricetta è 3; - prescrizione di interferone o di antibiotici o soluzioni per flebotomi (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						NON COMPILARE
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	AN	6	Codice esenzione ticket	OBB	NON SCARTANTE	Indicare i codici esenzione di cui all'allegato C della circolare 8/2008 relativi a: - esenzioni per patologia - esenzioni per invalidità di guerra - farmaci per la terapia del dolore severo Per tutti gli altri assistiti compilare a spazi
55		20	FILLER			Riservato per usi futuri.

AFO - ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Nell' ambito del Nuovo Sistema informativo sanitario (NSIS) è stato approvato il decreto ministeriale che istituisce il flusso informativo per il monitoraggio dei consumi in ambito ospedaliero, in ottemperanza alla legge 29 novembre 2007, n. 222, a partire da novembre 2009.

Rispetto alla rilevazione regionale si rendono necessari alcuni adeguamenti che comportano anche la **modifica del tracciato record**. Altre precisazioni e modifiche devono essere apportate allo scopo di migliorare la lettura dei dati.

Modifiche e integrazioni derivanti dalla normativa nazionale:

- codice struttura ricevente in ambito territoriale
- codice ATC per formule magistrali, prodotti galenici e formule officinali
- regime di attività
- flag tipo medicinale

Integrazioni, modifiche e precisazioni volte a migliorare la rilevazione e la lettura dei dati:

- quantità e prezzo ossigeno e galenici
- resi di magazzino
- flag di erogazione diretta
- Modalità di invio, scadenze, correzioni e integrazioni

Le presenti specifiche sono valide a partire dal 1° gennaio 2009. Il campo codice struttura del ricevente territoriale è facoltativo per tutto il 1° semestre, è obbligatorio dal 2° semestre 2009 (dati di luglio).

CODICE STRUTTURA RICEVENTE in ambito territoriale

Ricevente territoriale: strutture/servizi extraospedalieri (attività distrettuali quali consultori etc., RSA, Case protette, Sert etc.).

Le strutture territoriali devono essere identificate in modo puntuale **attraverso il codice ministeriale STS11**. A questo scopo sono stati inseriti i seguenti campi:

- **CODICE STRUTTURA** a 6 caratteri
- **TIPO STRUTTURA** a 1 carattere

Di norma tutte le strutture territoriali devono essere identificate come segue:

CAMPO CODICE STRUTTURA: compilare con il codice STS11

TIPO STRUTTURA: compilare a spazi

Il campo codice struttura non deve essere compilato per **ADI, Igiene pubblica**, che saranno identificati dai tipici campi del ricevente territoriale: codice distretto/dipartimento di prevenzione, area problematica, cdc regionale, tipologia di assistenza (da pos. 50 a 58).

In tutti i casi, per il ricevente territoriale, devono essere compilati anche i campi che identificano i centri di costo e per essi restano valide le indicazioni della circolare 14/2007.

Casi particolari sono costituiti da SERT e CARCERE/ISTITUTI PENITENZIARI, per i quali devono essere utilizzati codici ad hoc, le cui tabelle sono pubblicate nel sito internet del Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali – sezione Assistenza farmaceutica.

SERT:

CAMPO CODICE STRUTTURA: compilare con il codice SERT REGIONALE (ES SERT01)

TIPO STRUTTURA: compilare a spazi

Nota bene: Allo scopo di uniformare le codifiche in ambito nazionale e regionale è in corso la revisione dei codici STS11 relativi ai SERT, a seguito della quale saranno implementati nel sistema informativo dell'assistenza farmaceutica. A revisione ultimata, sarà comunicato il passaggio a tale codifica.

ISTITUTI PENITENZIARI/CARCERE

Devono essere utilizzati i codici validi a livello nazionale e regionale della tabella ad hoc disponibile nel sito.

CAMPO CODICE STRUTTURA: compilare con il codice CARCERE – parte numerica

TIPO STRUTTURA: indicare C

Esempio: 080002C CASA CIRCONDARIALE DI PARMA.

campo codice struttura (pos. 60) 080002

campo tipo struttura (pos. 66) C

Per il carcere deve inoltre essere compilato il campo relativo al centro di costo (DT 025, DT026). Il campo tipologia di assistenza non deve essere compilato.

RICEVENTE OSPEDALIERO

Per quanto riguarda il **ricevente ospedaliero** restano valide le specifiche della circolare 14/2007, pertanto si richiama l'attenzione sulla necessità di identificare puntualmente le unità operative/servizi ospedalieri (presidio ricevente, l'eventuale subcodice stabilimento, il codice disciplina, il progressivo reparto/ e il regime di attività).

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

SPDC – Salute mentale ospedaliero

Dal 2009 l'SPDC ospedaliero deve essere rilevato attraverso il codice del presidio/stabilimento, disciplina e reparto come da anagrafe unica regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

CODICE FARMACO

A partire dai dati del 1 gennaio 2009, **le formule magistrali, i prodotti galenici e le formule officinali, i gas medicali** (escluso ossigeno) devono essere identificati dal **codice Anatomical Therapeutic Chemical - ATC**, con il maggior dettaglio possibile.

Per **ossigeno liquido e gas** utilizzare i codici regionali, in attesa della operatività dei codici AIC che saranno resi disponibili da AIFA.

I codici regionali dell'ossigeno sono:

11111112 ossigeno liquido

11111113 ossigeno gas

Per i **medicinali ad uso umano** dotati di codice di autorizzazione all'immissione in commercio in Italia identificati dal codice MINSAN e i **medicinali esteri** si confermano le indicazioni della circolare 14/2007.

CODICE REGIME DI ATTIVITA'

Dal 2009, il codice regime di attività deve essere **compilato per entrambi i riceventi** e, al fine di uniformarsi alla codifica nazionale, devono essere utilizzati i seguenti **codici numerici**:

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

Il codice 5-altro deve essere utilizzato per le strutture per le quali si configura una particolare tipologia di assistenza per le quali non è definibile un regime ordinario, day-hospital o ambulatoriale (es. Strutture residenziali).

Si precisa che l'utilizzo del codice 3 è riservato ai soli casi in cui non sia possibile identificare il regime.

Come nel 2008 il regime di attività non deve essere compilato per l'erogazione diretta.

FLAG TIPO MEDICINALE

Codice che indica la tipologia del farmaco.

Dal 2009 è introdotto un nuovo codice che distingue i **gas medicali**, pertanto il flag assume i seguenti valori:

1= confezione con MINSAN

2= formule magistrali, officinali, galenici

3= esteri

4= formule magistrali oncologiche

6=altri gas medicinali

9= ossigeno

Si forniscono inoltre ulteriori integrazioni, modifiche e precisazioni volte a migliorare la rilevazione e la lettura dei dati:

QUANTITÀ e PREZZO GALENICI E OSSIGENO

Per i **prodotti galenici, magistrali, officinali, gas medicali e ossigeno** il campo quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a diversa indicazione ministeriale).

Nel campo **prezzo** indicare l'importo totale per ciascun record.

RESI DI MAGAZZINO

Gli eventuali resi di magazzino sono individuati da un apposito flag alla posizione 21 del tracciato.

In caso di resi, il flag assume il valore R. In tutti gli altri casi il campo deve essere blank.

Nel campo quantità sarà indicato il valore assoluto.

Nel campo periodo inserire la data in cui il prodotto è stato reso. Il record contenente un reso è un nuovo record, pertanto la posizione contabile ha il valore:

- 1 se il record è relativo al mese di competenza;

- 2 se il record è relativo a un periodo precedente .

Si ribadisce che **non sono accettate quantità negative** e che eventuali modifiche devono essere gestite attraverso la posizione contabile.

FLAG DI EROGAZIONE DIRETTA

L'erogazione diretta e per conto di farmaci, pur essendo consumo esterno alle strutture, rientra nel flusso AFO come dato aggregato di quanto fornito al ricevente territoriale e ospedaliero.

Si ribadisce che il flag di erogazione diretta permette di distinguere le diverse tipologie di erogazione e pertanto deve sempre essere attribuito.

Al fine di uniformare la codifica delle diverse tipologie/modalità di erogazione, si forniscono le seguenti precisazioni:

- **ADI:** tutti i farmaci erogati in ADI sono erogazione diretta; pertanto rientrano nell'erogazione diretta anche farmaci non reperibili nelle farmacie convenzionate, ma comunque destinati al consumo a domicilio.
- **SERT e CARCERE:** tutti i farmaci erogati dai SERT e al CARCERE sono considerati erogazione diretta, pertanto il flag assume il valore **S**

La seguente tabella richiama i valori da attribuire al flag

Valore del flag	Tipologia/modalità di erogazione
D	erogazione alla dimissione da ricovero (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura l. 405/2001 art. 8 lettera C); da utilizzare anche per l'erogazione in dimissione da ricovero da SPDC
S	<ul style="list-style-type: none"> • erogazione a seguito di visita specialistica ambulatoriale (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura l. 405/2001 art. 8 lettera C); • erogazione a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico (PHT, piani terapeutici, fibrosi cistica, fattori della coagulazione, ecc.). • erogazione per il trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali (es. salute mentale territoriale, SERT, ecc); • erogazione a pazienti in assistenza domiciliare • erogazione a pazienti in assistenza residenziale e semiresidenziale • i farmaci forniti direttamente alle strutture penitenziarie • DPC (distribuzione "per conto" attraverso accordi dell'Azienda USL con le farmacie territoriali convenzionate)
R	erogazioni a pazienti affetti da malattie rare
N	erogazione non diretta, consumo interno alle strutture

Per quanto riguarda i **pazienti affetti da malattie rare o croniche** sono in corso approfondimenti a seguito dei quali saranno fornite ulteriori indicazioni ai fini della omogeneità e confrontabilità dei dati.

MODALITÀ DI INVIO, SCADENZE, CORREZIONI E INTEGRAZIONI

Come nel 2008 i dati devono essere inviati **mensilmente** e devono essere consolidati **entro il giorno 12 del mese successivo al mese di erogazione**.

Di norma le **correzioni e integrazioni** devono essere fatte **entro i due mesi successivi a quello di competenza**. Tuttavia l'esperienza maturata nel 2008 induce a rendere tale termine non vincolante, al fine di favorire la completezza e qualità dei dati.

Inoltre, al vigente calendario degli invii, viene aggiunto un **13° invio** di chiusura per consentire a fine anno di integrare e correggere i dati. Il 13° invio è **facoltativo** per le aziende e ha **scadenza il 25 febbraio**.

Anche i **dati 2008** potranno essere integrati e corretti con un 13° invio, facoltativo, con scadenza il **25 febbraio 2009 (con tracciato 2008)**.

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

AFO TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Contenuti e modalità di compilazione
Erogatore	1 Codice azienda	AN	3	A seconda dell'organizzazione aziendale la farmacia erogante può essere individuata:
	4 Codice presidio	AN	6	<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).
	10 Sub codice stabilimento	AN	2	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).
12	Codice farmaco	AN	10	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: 111111112 ossigeno liquido 111111113 ossigeno gas. Per le formule magistrali, i prodotti galenici, le formule officinali, gli altri gas medicali utilizzare il codice ATC con il maggior dettaglio possibile.
Unità di rilevazione	22 Quantità	N	6	Per farmaci con Minsan e esteri valorizzare con il numero di unità posologiche erogate nell'unità di tempo indicata nel campo "Periodo". Per i prodotti galenici, magistrali, officinali, gas medicali e ossigeno il campo quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a diversa indicazione ministeriale).
	28 30 34 40 42 45 mese anno Codice presidio ricevente Sub codice stabilimento ricevente Codice Disciplina/servizio ricevente Progressivo reparto (divisione)	AN AN AN AN AN AN	2 4 6 2 3 2	Valorizzare con il mese in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato MM Valorizzare con l'anno in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato AAAA Per i codici del presidio si veda quanto scritto sopra Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella delle discipline Solo per i reparti di degenza. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della Sanità Modelli HSP12
Periodo	28 30 34 40 42 45 mese anno	AN AN	2 4	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 livello ospedaliero, codificare l'erogazione diretta nel modo seguente: specificare disciplina + flag solo qualora non sia disponibile la disciplina: cod. disc. 124 (Farmacia ospedaliera) + flag:
	28 30 34 40 42 45 mese anno	AN AN	2 4	Valorizzare con il mese in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato MM Valorizzare con l'anno in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato AAAA

Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Contenuti e modalità di compilazione												
47	Codice regime di attività	N	2	<p>Il codice regime di attività deve essere compilato per entrambi i riceventi. I codici regime di attività ammessi sono:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Regime</th> <th>Codice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ordinario</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>Day-hospital</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoriale</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Altro</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Regime non disponibile</td> <td>03</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il codice 5-altro deve essere utilizzato per le strutture per le quali si configura una particolare tipologia di assistenza per le quali non è definibile un regime ordinario, day-hospital o ambulatoriale (es. Strutture residenziali).</p> <p>Si precisa che l'utilizzo del codice 3 è riservato ai soli casi in cui non sia possibile identificare il regime.</p> <p>Come nel 2008 il regime di attività non deve essere compilato per l'erogazione diretta.</p>	Regime	Codice	Ordinario	01	Day-hospital	02	Ambulatoriale	04	Altro	05	Regime non disponibile	03
Regime	Codice															
Ordinario	01															
Day-hospital	02															
Ambulatoriale	04															
Altro	05															
Regime non disponibile	03															
49	Flag di erogazione diretta	AN	1	<p>Flag = D dimissione da ricovero;</p> <p>flag = S per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • erogazione a seguito di visita ambulatoriale; • pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico; • erogazione territoriale per consumo a domicilio (es. SERT, CSM); • erogati in assistenza domiciliare; • farmaci forniti in assistenza residenziale e semiresidenziale; • farmaci forniti a strutture penitenziarie; • erogazione per conto <p>flag = R pazienti affetti da malattie rare flag = N per consumi interni delle strutture.</p>												

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Contenuti e modalità di compilazione
Ricevente territoriale	50	Codice Distretto o Dipartimento di prevenzione	AN	3	Lettera D seguita dalle 2 cifre del distretto, oppure la costante DPC per il Dipartimento di prevenzione.
	53	Area problematica	AN	2	Compilare questi campi in tutti i casi di ricevente territoriale, come da piano dei Centri di costo regionali.
	55	CDC regionale	AN	3	
	58	Tipologia assistenza	AN	2	
	60	Codice Struttura	N	6	Indicare il codice STS11 della struttura ricevente. Per carcere e sert utilizzare i codici delle relative tabelle disponibili sul sito. Non compilare per tipologie di assistenza per cui non è previsto il codice struttura (es.ADI)
	66	Tipo struttura	AN	1	Indicare C solo in caso di carcere. In tutti gli altri casi deve essere lasciato a spazi
Prezzo	67	Parte intera	N	8	Per i farmaci con Minsan e gli esteri indicare il prezzo medio ponderato continuo del farmaco per unità posologica comprensivo di IVA. Per l'unità posologica il riferimento è la tabella dei farmaci pubblicata sul sito del sistema informativo.
	75	Parte decimale	N	5	Per i prodotti galenici, magistrali, officinali, gas medicinali e ossigeno indicare l'importo totale per ciascun record.
					Utilizzare questi 5 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) e dal codice struttura (campo obbligatorio da marzo 2009). Il cdc "Assistenza farmaceutica" - DT 005 04 rientrano solo i consumi interni residuali, non imputabili ad altri centri di costo. L'erogazione diretta non imputabile ad uno specifico cdc deve essere imputata al cdc "Altra erogazione diretta" DT 005 09. Per l'erogazione diretta utilizzare il : centro di costo regionale specifico +struttura +flag

	Posizione	Nome campo	Tipo	Lunghezza	Contenuti e modalità di compilazione
Flag tipo medicinale	80	Flag tipo medicinale	AN	1	<p>Codice che indica la tipologia del farmaco. Assume i valori:</p> <p>1= confezione con MINSAN 2= formule magistrali, officinali, galenici 3= esteri 4= formule magistrali oncologiche 6=altri gas medicinali 9= ossigeno</p>
Posizione contabile	81	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>

FLUSSO INFORMATIVO DEI FARMACI A EROGAZIONE DIRETTA (FED)

Dal 1° gennaio 2009 l'erogazione diretta deve essere rilevata per le seguenti tipologie:

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

Anche per il 2009 in FED non dovranno essere rilevati i dati relativi a **residenze, semiresidenze e istituti penitenziari**. Nelle analisi regionali e nell'invio dei dati a NSIS saranno pertanto utilizzati i dati derivanti da AFO.

Farmaci pre-ricovero: si precisa che i farmaci pre-ricovero non devono essere considerati erogazione diretta in quanto rientrano nel ricovero.

Dal 2009 le novità principali riguardano:

- MOBILITA' SANITARIA dal 2009 a regime in FED
- CODICE FARMACO (ATC per formule magistrali, prodotti galenici e formule officinali)
- QUANTITA' DECIMALI
- FLAG TIPO MEDICINALE
- FLAG L. 648/96

Ulteriori modifiche e/o precisazioni sulla circolare 14/2007 riguardano:

- ossigeno liquido e gas
- tipo erogatore
- quantità galenici e ossigeno
- SERT
- Modalità di invio, scadenze, correzioni e integrazioni

MOBILITÀ SANITARIA

A partire dal 2009, il flusso FED sarà a regime anche per la rilevazione dei **dati di mobilità sanitaria infra ed interregionale**.

Il file F, di cui alla circolare n. 10 del 6/6/02 e successive integrazioni, dal 2009 è sostituito dal tracciato FED.

Al fine di rilevare la mobilità, con il ritorno informativo FED saranno restituiti i dati validati di mobilità interregionale ed infraregionale attiva e, per le sole aziende usl, i dati validati di mobilità passiva infraregionale. **Tali dati saranno resi disponibili dal mese di aprile in tempo utile per la prima compilazione del form della mobilità infraregionale 2009. In seguito il ritorno informativo sarà fornito mensilmente, ad ogni caricamento di FED.**

Pertanto nel flusso FED, sulla base della normativa regionale e nazionale di riferimento, vengono rilevate anche le seguenti tipologie di farmaco che non costituiscono erogazione diretta, ma rientrano nella mobilità sanitaria relativa ai farmaci:

1. **i fattori della coagulazione** somministrati in regime di ricovero ad emofilici o a pazienti affetti da malattia emorragica congenita;
2. **i farmaci** somministrati in occasione di **terapie ambulatoriali** quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco. Dal 2009 sono compresi anche **i prodotti derivati dalla lavorazione del sangue** previsti dal Decreto Ministro della Sanità del 5 novembre 1996, individuati dallo specifico codice.
Queste due tipologie devono essere rilevate **solo** per i pazienti **non residenti** nell'ambito dell'azienda erogante.

3. **i farmaci innovativi oncologici ed ematologici**, ad elevato costo, erogati in regime di ricovero (regime di fornitura OSP1) - La Regione Emilia-Romagna ha promosso una attività, a livello interregionale, per definire regole comuni di rimborsabilità dei farmaci ad alto costo. La soluzione proposta che prevede la definizione di una lista condivisa di farmaci, la quota di rimborsabilità e alcune regole di controllo è ancora in via di approvazione. Sarà cura della Direzione comunicare nuove regole, non appena definite.

A livello regionale è stato definito un set limitato di farmaci per i quali la circolare n. 3 del 22 febbraio 2007, ha previsto la compensazione infraregionale al 50% del costo.

L'inserimento nell'ambito della FED di questi farmaci è anche motivata dalla necessità di disporre di dati puntuali necessari al monitoraggio dell'andamento del loro utilizzo. Quindi, **anche nel 2009** questi farmaci devono essere rilevati nel flusso informativo FED, **per tutti i pazienti, indipendentemente dall'ambito territoriale di residenza.**

Per questi farmaci, si richiama l'attenzione all'informazione relativa al **costo** e si precisa che dovrà essere indicato **al 100% in tutti i casi**. La regione provvederà centralmente a calcolare la percentuale ammessa in mobilità.

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; si ricorda anche che l'indicazione della scheda di dimissione ospedaliera è di grande importanza per il collegamento con la banca dati SDO.

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.

CODICE FARMACO

A partire dai dati del 1 gennaio 2009, **le formule magistrali, i prodotti galenici e le formule officinali, i gas medicali** (escluso ossigeno) devono essere identificati dal **codice Anatomical Therapeutic Chemical - ATC**, con il maggior dettaglio possibile.

Per **ossigeno liquido e gas** utilizzare i codici regionali, in attesa della operatività dei codici AIC che saranno resi disponibili da AIFA.

I codici regionali dell'ossigeno sono:

111111112 ossigeno liquido

111111113 ossigeno gas

Per i **medicinali ad uso umano** dotati di codice di autorizzazione all'immissione in commercio in Italia identificati dal codice MINSAN e i **medicinali esteri** si confermano le indicazioni della circolare 14/2007.

QUANTITA' DECIMALI - FILE B pos. 53 – parte intera, pos. 59 parte decimale

Nel tracciato B è stato inserito un **nuovo campo per consentire di inviare quantità decimali**.

In modo particolare tale opportunità risulta utile per i **farmaci innovativi oncologici**, per i quali la quantità erogata non è quasi mai l'intero flacone e pertanto potrà essere indicata la quantità decimale effettivamente erogata.

Per tutti i casi in cui non siano erogate frazioni decimali il campo dovrà essere impostato a 00.

FLAG TIPO MEDICINALE – FILE B pos. 99

Dal 2009 è introdotto un nuovo codice che distingue i **gas medicali**, pertanto il flag assume i seguenti valori:

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

1= confezione con MINSAN

2= formule magistrali, officinali, galenici

3= esteri

4= formule magistrali oncologiche

6=altri gas medicinali

9= ossigeno

FLAG L. 648/96 – FILE B pos.100

E' introdotto un **nuovo campo** per distinguere i farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della l. 648/96, che consente di erogare a carico del SSR specialità innovative la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non in Italia, medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e farmaci da impiegare per indicazioni terapeutiche diverse da quelle già autorizzate (utilizzi off-label).

Il flag assume i seguenti valori:

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

2= tutti gli altri farmaci

Si forniscono inoltre ulteriori specifiche e/o precisazioni sulla circolare 14/2007:

SERT

Si precisa che sono oggetto della rilevazione tutti i farmaci erogati dai SERT.

L'erogazione di farmaci per il trattamento delle dipendenze 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. In tali casi, il campo quantità erogata (pos. 53) andrà compilato con la quantità totale somministrata nel mese per singolo Minsan, espressa in milligrammi erogati. Si specificano gli ATC di questi prodotti: ATC N07BC01 -buprenorfina, N07BC02-metadone, N07BB -alcover

Per quanto riguarda **gli altri farmaci, valgono le specifiche generali della circolare 14/2007. Si precisa che la quantità** deve essere espressa in unità posologiche.

TIPO EROGATORE

Per **CSM, SERT** il tipo erogatore ha il **codice 04**.

QUANTITÀ e PREZZO GALENICI E OSSIGENO

Per i **prodotti galenici, magistrali e officinali** il campo quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a diversa indicazione ministeriale).

Per l'**ossigeno** la quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a diversa indicazione ministeriale).

Per tali prodotti il campo prezzo conterrà l'importo totale relativo al record.

STATO ESTERO DI RESIDENZA

Il campo non deve essere compilato

TIPO e CODICE DI ESENZIONE

Questi campi non devono essere compilati

MODALITÀ DI INVIO, SCADENZE, CORREZIONI E INTEGRAZIONI

I dati devono essere inviati **mensilmente** e devono essere consolidati **entro il giorno 10 del mese successivo al mese di erogazione**.

Di norma le correzioni e integrazioni devono essere fatte **entro i due mesi successivi a quello di competenza**. Tuttavia l'esperienza maturata nel 2008 induce a mantenere tale termine non vincolante anche nel 2009, al fine di favorire la completezza e qualità dei dati.

Inoltre, al vigente calendario degli invii, viene aggiunto un **13° invio** di chiusura per consentire a fine anno di integrare e correggere i dati. Il 13° invio è **facoltativo** per le aziende e ha **scadenza il 25 febbraio**.

Anche i **dati 2008** potranno essere integrati e corretti con un 13° invio, facoltativo, con scadenza il **25 febbraio 2009 (con tracciato 2008)**.

A tal fine si ribadisce l'importanza del **ritorno informativo** fornito ad ogni caricamento in banca dati sul portale di gestione flussi. Inoltre per monitorare la qualità e la completezza delle informazioni fornite viene inviata periodicamente una reportistica.

FED - TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

TABELLA A (1 record per ogni episodio di erogazione diretta)					
A 1 DATI EROGATORE e VALORIZZAZIONE					
Pos.	Campo	Tipo e lungh.	Note per la compilazione	Vincolo	Controllo
1	TIPO EROGATORE	AN 2	<p>Valori ammessi:</p> <p>01 = <i>Struttura ospedaliera</i></p> <p>02 = <i>Struttura ambulatoriale interna all'ospedale</i></p> <p>03 = <i>Struttura ambulatoriale territoriale</i></p> <p>04 = <i>Altra struttura territoriale (CSM, SERT, ...)</i></p> <p>05 = <i>Farmacia convenzionata</i></p> <p>06 = <i>ADI</i></p> <p>07 = <i>Strutture residenziali 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>	OBBV	Scartante
3	CODICE AZIENDA	AN 3	<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> <p>Per il 2009 i farmaci relativi al il tipo erogatore 07 e 08 non sono rilevati.</p> <p>Se TIPO EROGATORE = 01:</p>	OBBV	Scartante
6	CODICE STRUTTURA/ FARMACIA	AN 6	<p><i>I 3 campi individuano la struttura/farmacia ospedaliera erogatrice.</i></p> <p>A seconda dell'organizzazione aziendale la struttura/farmacia può essere individuata:</p> <p>dal solo CODICE AZIENDA nel caso di erogazione diretta effettuata da Azienda Ospedaliera;</p> <p>da CODICE AZIENDA + CODICE PRESIDIO</p> <p>da CODICE AZIENDA + CODICE PRESIDIO + SUBCODICE.</p> <p>L'informazione codice presidio deve essere inserita nel campo STRUTTURA/FARMACIA.</p> <p>I codici da utilizzare per l'Azienda sono quelli della Circolare n.36/94 e per i presidi/stabilimenti i codici sono quelli del Ministero della Sanità Modelli HSP 12.</p>	OBBV	Scartante

			<p><u>Se TIPO EROGATORE = 02:</u> <i>Questi campi individuano la struttura ambulatoriale interna all'ospedale.</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda sanitaria alla quale appartiene l'ambulatorio interno all'ospedale. Nel campo STRUTTURA /FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996). Le tipologie di assistenza ammesse sono: S01, S02, S03 e S04. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 03:</u> <i>Questi campi individuano la struttura ambulatoriale territoriale.</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda usl alla quale appartiene l'ambulatorio territoriale. Nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 della rilevazione ministeriale. Le tipologie di assistenza ammesse sono: S01, S02, S03 e S04. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 04:</u> <i>Questi campi individuano la struttura territoriale (CSM, SERT,...)</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda usl alla quale appartiene la struttura territoriale. Per i CSM nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 della rilevazione ministeriale; i valori ammessi sono riconducibili alla tipologia di assistenza S05. Per i SERT nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice della tabella dei SERT. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 05:</u> <i>Questi campi individuano la farmacia convenzionata erogatrice.</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda USL sul cui territorio è ubicata la Farmacia. Nel campo CODICE FARMACIA CONVENZIONATA deve essere inserito il codice univoco a livello regionale, composto da: Codice Azienda (numerico di 3) Codice Farmacia (numerico di 3; progressivo previsto nella pianta organica delle farmacie); per le eventuali farmacie fuori confine convenzionate deve essere utilizzato un codice ad hoc, concordato con il sistema informativo sanità e politiche sociali. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 06:</u> <i>Questi campi individuano il distretto che eroga l'ADI</i> Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda USL sul cui territorio è ubicata la Farmacia. Il campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere blank. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p>	OBBV	Scartante
12	SUB CODICE	AN 2			
14	CODICE CONTATTO	AN 20	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.	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 dopo averli arrotondati alla seconda cifra decimale.	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	Valori ammessi: 1 = record relativo a prestazioni erogate nel mese di competenza 2 = record relativo a prestazioni recuperate dal o dai mesi i precedenti 3 = record già presente nella banca dati regionale a cui si vogliono apportare modifiche 4 = record già presente nella banca dati regionale che deve essere eliminato	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. 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:</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, N07BB). <p>In tali casi i campi nome e cognome devono obbligatoriamente essere impostati con la dicitura ANONIMO. Si precisa infine, che per la tutela della riservatezza dell'assistito, tutti i record provenienti dai SERT devono essere trasmessi anonimi.</p>	OBBV	Scartante
71	COGNOME	AN 30	Indicare il cognome dell'assistito e compilare tutto maiuscolo. Nei casi sopra descritti per i quali è previsto l' anonimato deve essere compilato obbligatoriamente con la dicitura ANONIMO.	OBBV	Scartante
101	NOME	AN 20	Indicare il nome dell'assistito e compilare tutto maiuscolo. Nei casi sopra descritti per i quali è previsto l' anonimato deve essere compilato obbligatoriamente con la dicitura ANONIMO.	OBBV	Scartante
121	SESSO	AN 1	<i>Valori ammessi:</i> 1 = Maschio 2 = Femmina	OBBV	Scartante
122	DATA NASCITA	DI AN 8	Formato GGMMAAA	OBBV	Scartante
130	COMUNE DI NASCITA DELL'ASSISTITO	AN 6	Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS. Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (tabella TCOMNOS) Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non è presente nella tabella TCOMNOS.	OBBV	Scartante
136	COMUNE DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO	AN 6	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente. Nel caso di stranieri <u>regolarmente iscritti al SSN</u> è possibile indicare, in mancanza del comune di residenza, l'effettiva dimora, ovvero il comune di domicilio. Per i residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS. Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (tabella TCOMNOS)	OBBV	Scartante
142	CITTADINANZA DELL'ASSISTITO	AN 3	Utilizzare il codice a 3 cifre presente nella tabella TCOMNOS. Per i cittadini Italiani codificare con 100, mentre per gli apolidi con 999.	OBBV	Scartante
145	NUMERO RICETTA	AN 15	Indicare il codice a barre della ricetta, se l'erogazione avviene a fronte di ricetta rossa. L'indicazione è obbligatoria per la per conto.	OBBV	Scartante

160	CODICE PRESCRITTORE	AN 16	Indicare il codice fiscale del medico prescrittore	FAC	Segnalazione																						
176	TIPO PRESCRITTORE	AN 1	<p>Indica il ruolo del prescrittore ed assume i seguenti valori:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipologia prescrittore</th> <th>Codice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medico di medicina generale</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>Pediatra di libera scelta</td> <td>P</td> </tr> <tr> <td>Ospedaliero</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>Specialista ambulatoriale (ex SUMAI)</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>Guardia medica</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>Guardia medica turistica</td> <td>T</td> </tr> <tr> <td>Specialista di struttura privata accreditata</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Medico di azienda ospedaliera-universitaria</td> <td>U</td> </tr> <tr> <td>Dipendente dei servizi territoriali ASL</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>Altro tipo</td> <td>Z</td> </tr> </tbody> </table>	Tipologia prescrittore	Codice	Medico di medicina generale	F	Pediatra di libera scelta	P	Ospedaliero	H	Specialista ambulatoriale (ex SUMAI)	A	Guardia medica	G	Guardia medica turistica	T	Specialista di struttura privata accreditata	C	Medico di azienda ospedaliera-universitaria	U	Dipendente dei servizi territoriali ASL	D	Altro tipo	Z	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																										
177	DATA DI PRESCRIZIONE	AN 8	Indicare la data di prescrizione in formato GGMMAAAA	FAC	Segnalazione																						
185	STATO ESTERO DI RESIDENZA	AN 2	Non compilare																								
187	ISTITUZIONE COMPETENTE	AN 28	Codice di identificazione assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione competente	FAC	Segnalazione																						
215	TIPO DI ESENZIONE	AN 1	Non compilare																								
216	CODICE ESENZIONE	AN 6	Non compilare																								

TABELLA B (1 record per ogni FARMACO)					
B DETTAGLIO DEI FARMACI					
Pos.	Campo	Tipo e lungh.	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 i prodotti galenici, magistrali, officinali e altri gas medicali indicare l'ATC di massimo dettaglio	OBBV	Scartante
53	QUANTITA' EROGATA parte intera	N 6	Il campo deve essere compilato per tutte le tipologie di erogazione diretta <u>esclusa</u> l'erogazione per conto. E' espressa in numero di unità posologiche. Le unità posologiche di riferimento sono contenute nella tabella dei farmaci. Per farmaci con Minsan e esteri valorizzare con il numero di unità posologiche erogate. Per i prodotti galenici, magistrali, officinali, gas medicali e ossigeno il campo quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a diversa indicazione ministeriale).	OBBV	Scartante
59	QUANTITA' EROGATA parte decimale	N2	Indicare le eventuali quantità decimali di unità posologica; negli altri casi compilare con 00		
61	QUANTITA' EROGATA (tipologia 06 - erogazione per conto)	N3	Il campo deve essere compilato <u>esclusivamente per l'erogazione per conto</u> . E' espressa in numero di confezioni/scatole del Minsan erogato. Per ossigeno la quantità è espressa in litri. Per formule magistrali, prodotti galenici, formule officinali la quantità è =1	OBBV	Scartante

64	IMPORTO UNITARIO PARTE INTERA	N 8	<p>Farmaci con Minsan e esteri: l'importo è il prezzo unitario per unità posologica, inteso come prezzo medio (ponderato continuo) del periodo di riferimento, comprensivo di IVA, espresso in euro (parte intera e parte decimale).</p> <p>Erogazione per conto deve essere fornito il prezzo della singola confezione/scatola.</p> <p>Prodotti galenici, magistrali, officinali, gas medicali e ossigeno: indicare l'importo della singola erogazione. Il prezzo unitario deve <u>in ogni caso</u> rispecchiare il costo che l'azienda sanitaria erogante ha effettivamente sostenuto per acquistare il farmaco</p>	OBBV	Scartante
72	IMPORTO UNITARIO PARTE DECIMALE	N 5	Parte decimale	OBBV	Scartante
77	MODALITA' EROGAZIONE	AN 2	<p>Valori ammessi:</p> <p>01 = Erogazione alla dimissione da ricovero;</p> <p>02 = Erogazione a seguito di visita specialistica ambulatoriale;</p> <p>03 = Erogazione a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico;</p> <p>04 = Erogazione a pazienti affetti da malattie rare;</p> <p>05 = Erogazione di farmaci erogati da strutture territoriali ambulatoriali, CSM e SERT, a pazienti in carico alle strutture e ADI;</p> <p>06 = Erogazione diretta presso le farmacie convenzionate (cosiddetta erogazione per conto);</p> <p>07 = Farmaci somministrati in regime di ricovero ad emofilici;</p> <p>08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione <u>non</u> è inclusivo del farmaco</p>	OBBV	Scartante
79	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
86	CODICE DISCIPLINA	AN 3	<p>Compilare il campo in tutti i casi in cui è disponibile l'informazione.</p> <p>Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella disponibile in internet.</p>	FAC	Segnalazione
89	PROGRESSIVO DIVISIONE	AN 2	<p>Compilare il campo se è disponibile l'informazione.</p> <p>Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della salute, modello HSP12 .</p>	FAC	Segnalazione
91	SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)	AN 8	<p>Compilare il campo se è disponibile l'informazione :</p> <p>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).</p>	FAC	Segnalazione

99	FLAG TIPO MEDICINALE	AN 1	Codice che indica la tipologia del farmaco. Assume i valori: 1= confezione con MINSAN 2= formule magistrali, officinali, galenici 3= esteri 4= formule magistrali oncologiche 6=altri gas medicinali 9= ossigeno	OBBV	Scartante
100	FLAG L. 648/96	AN 1	1= farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della L. 648/96 2= tutti gli altri farmaci	OBBV	Scartante
101	TARGATURA	AN 9	Non compilare		

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

V.le Aldo Moro 21

40127 Bologna

Servizio Politica del Farmaco

Ilaria Mazzetti

Tel. 051 6397284

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

Monica Lanzoni

tel. 051 6397257

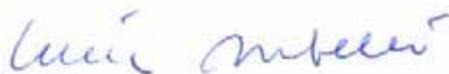
e-mail: mlanzoni@regione.emilia-romagna.it

Assessorato Politiche per la Salute

V.le Aldo Moro 21

40127 Bologna

Luisa Martelli



Eleonora Verdini

