

*Il Direttore Generale*

**Leonida Grisendi**

Protocollo N° ASS/INS/06 - 18086

data 16 Maggio 2006

**CIRCOLARE N. 4**

Ai Direttori Generali / Commissario Straordinario

Ai Direttori Sanitari

Ai Direttori Amministrativi

Ai Responsabili delle Farmacie Ospedaliere

Ai Responsabili dei Servizi Farmaceutici

Ai Responsabili del Controllo di gestione

Ai Responsabili del Sistema Informativo Aziendale

Ai Responsabili del Sistema Informatico Aziendale

Ai Referenti aziendali del flusso informativo AFO

Ai Referenti aziendali del flusso informativo AFT

Ai Referenti della mobilità sanitaria interregionale ed  
infraregionale

delle Aziende Sanitarie e degli II.OO.RR.

della regione Emilia-Romagna

e p.c. Al Ministero della Salute

All'Agenzia italiana del farmaco

**OGGETTO:** Specifiche per il flusso informativo e la rilevazione dei farmaci a erogazione diretta (**FED**).

L'assistenza farmaceutica costituisce uno dei settori di maggior impegno per la razionalizzazione della spesa sanitaria.

Gli interventi promossi dalla Regione Emilia-Romagna con delibera di giunta 539/2002, in attuazione di quanto previsto dalla legge 405/2001, per assicurare il contenimento della spesa e garantire il miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza prescrittiva, hanno visto una fattiva collaborazione delle Aziende Sanitarie cui è stato richiesto particolare impegno nel controllo dei meccanismi di distribuzione dei farmaci. Particolare attenzione è stata portata all'attivazione e al potenziamento dell'erogazione diretta al paziente.

La nostra Regione ha sviluppato, a supporto delle azioni intraprese per il governo dell'assistenza farmaceutica, un sistema informativo articolato che attualmente dispone dei dati individuali dell'assistenza farmaceutica territoriale (flusso AFT) e dei dati aggregati dell'assistenza farmaceutica ospedaliera (AFO); quest'ultima rileva, oltre ai consumi ospedalieri, anche il dato aggregato riferito all'erogazione diretta di farmaci. Per la quota d'erogazione diretta riferita ai pazienti in mobilità sanitaria sono disponibili anche i dati individuali.

D'altro canto, anche a livello nazionale, nell'ambito della costruzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS - è stata riconosciuta la necessità di effettuare un monitoraggio dell'assistenza farmaceutica con un'attenzione particolare all'erogazione diretta. E' in via di definizione, infatti, un sistema di rilevazione che comprenda oltre alla farmaceutica convenzionata, e ai consumi ospedalieri anche "il flusso informativo dei dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci" (Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 art. 3 comma 10).

In questo scenario, diventa sempre più stringente la necessità di disporre dei dati individuali di erogazione diretta per tutti i pazienti.

Si chiede perciò alle Aziende un ulteriore impegno nella rilevazione dell'assistenza farmaceutica motivato sia dalla necessità di migliorare il monitoraggio regionale sull'efficacia e appropriatezza prescrittiva, e il governo della spesa, sia dall'urgenza di rispondere ai bisogni informativi del livello nazionale.

E' ragionevole ipotizzare che la rilevazione risponda anche alle esigenze di compensazione della mobilità sanitaria, in modo da consentire dopo un periodo transitorio, nel quale effettuare verifiche di qualità e completezza, una progressiva abolizione dei flussi informativi di mobilità infraregionale ed interregionale, che verranno ricavati dalla banca dati regionale.

Per queste ragioni viene istituito il flusso informativo dei farmaci a erogazione diretta (**FED**).

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 (Prontuario della distribuzione diretta per la continuità ospedale territorio PHT, piani terapeutici, ecc.), compresi i pazienti affetti da malattie rare;
- i farmaci necessari al trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali, che vengono erogati direttamente per un consumo al domicilio;
- i farmaci distribuiti "per conto" attraverso accordi dell'Azienda USL con le farmacie territoriali convenzionate aperte al pubblico;
- 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.

La rilevazione viene attivata in modo graduale per venire incontro alle esigenze espresse dalle Aziende sanitarie che, pur concordando sulla opportunità di istituire il flusso, hanno sottolineato l'impatto organizzativo, particolarmente rilevante per quanto riguarda le strutture territoriali.

Entrano quindi nella rilevazione, **dal 1° luglio 2006 (invio dei dati entro il 15 novembre 2006)** le tipologie di erogazione effettuate principalmente da strutture/farmacie ospedaliere e/o ambulatori interni all'ospedale, in particolare:

- 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 (Prontuario della distribuzione diretta per la continuità ospedale territorio PHT, piani terapeutici, ecc.), compresi i farmaci erogati a pazienti affetti da malattie rare;

Oltre a tali tipologie, **dal 1° luglio 2006**, devono essere rilevati:

- i farmaci distribuiti "per conto" attraverso accordi dell'Azienda USL con le farmacie territoriali convenzionate aperte al pubblico.

Per quanto riguarda i farmaci necessari al trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali, la rilevazione partirà **dal 1° Gennaio 2007 (invio entro il 15 maggio 2007)** solo per le seguenti categorie:

- i farmaci erogati dai Centri di Salute mentale;
- i farmaci erogati dai poliambulatori territoriali di assistenza specialistica;
- i farmaci erogati dai SERT.

Verranno aggiunte in futuro quelle tipologie di somministrazione diretta per le quali ottenere il dato individuale ha, attualmente, un impatto organizzativo troppo elevato; pertanto, valutata la fattibilità e la rilevanza, sono per ora **escluse** dalla rilevazione le seguenti tipologie:

- i farmaci forniti ai pazienti in assistenza residenziale e semiresidenziale;
- i farmaci forniti direttamente alle strutture penitenziarie;
- i farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare.

Per rispondere alle esigenze della mobilità sanitaria infraregionale e interregionale, il flusso rileva, **dal 1° luglio 2006**, 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.

Per le specifiche tecniche, i tracciati record, i tempi e modi di trasmissione, i controlli si rimanda all'allegato tecnico che costituisce parte integrante della presente circolare.

Distinti saluti

**Leonida Grisendi**  
(firmato)



Giunta Regionale  
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

**Servizio Politica del farmaco**

*Il Dirigente Responsabile del Servizio*

**Cristina Malvi**

**Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali**

*Il Dirigente Responsabile del Servizio*

**Eleonora Verdini**

## **Allegato tecnico**

### **FLUSSO INFORMATIVO DEI FARMACI A EROGAZIONE DIRETTA (FED)**

#### **INTRODUZIONE**

**Precisazioni sui flussi esistenti: Assistenza Farmaceutica Ospedaliera (AFO) ed erogazione diretta farmaci ai fini della mobilità sanitaria (FILE F).**

Per l'intero 2006 il flusso informativo dell'assistenza farmaceutica Ospedaliera (AFO) continuerà ad essere trasmesso alla Regione secondo le specifiche della relativa circolare n. 12 del 20 giugno 2003 e successivi aggiornamenti.

Analogamente, ai fini della compensazione della mobilità sanitaria, 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.

Trascorso un periodo transitorio, utile per effettuare le opportune verifiche di qualità e completezza del nuovo flusso, sarà eliminata dall'AFO, la rilevazione aggregata dell'erogazione diretta, mantenendo il flusso per il monitoraggio dei consumi ospedalieri; per quanto riguarda la mobilità sanitaria, i flussi informativi di mobilità infraregionale ed interregionale saranno ricavati dalla nuova Banca dati Regionale FED.

### **FLUSSO INFORMATIVO DEI FARMACI A EROGAZIONE DIRETTA (FED)**

Il flusso informativo rileva i farmaci erogati direttamente a partire dal **1° luglio 2006**.

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.

La rilevazione ha periodicità trimestrale, il tracciato record è costituito da due tabelle nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e sensibili stabilita dal D.lgs n. 196 del 30 giugno 2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":

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

## **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.

La rilevazione viene attivata in modo graduale **dal 1° luglio 2006 (invio dei dati entro il 15 novembre 2006)** per le tipologie di erogazione effettuate principalmente da strutture/farmacie ospedaliere e/o ambulatori interni all'ospedale, in particolare:

- 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.);

- 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);

Oltre a tali tipologie, **dal 1° luglio 2006**, devono essere rilevati:

- i farmaci distribuiti "per conto" attraverso accordi dell'Azienda USL con le farmacie territoriali convenzionate aperte al pubblico.

Per quanto riguarda i farmaci necessari al trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali, la rilevazione partirà **dal 1° Gennaio 2007 (invio entro il 15 maggio 2007)** solo per le seguenti categorie:

- i farmaci erogati dai Centri di Salute mentale;
- i farmaci erogati dai poliambulatori territoriali di assistenza specialistica;
- i farmaci erogati dai SERT.

Verranno aggiunte in futuro quelle tipologie di somministrazione diretta per le quali ottenere il dato individuale ha, attualmente, un impatto organizzativo troppo elevato; pertanto, valutata la fattibilità e la rilevanza, sono per ora **escluse** dalla rilevazione le seguenti tipologie:

- i farmaci forniti ai pazienti in assistenza residenziale e semiresidenziale;
- i farmaci forniti direttamente alle strutture penitenziarie;
- i farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare.

Per rispondere alle esigenze della mobilità sanitaria infraregionale e interregionale, il flusso rileva, **dal 1° luglio 2006**, 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 S.S.R. 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.

## **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 trimestre 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*

04 = *Altra struttura territoriale (solo per CSM e SERT)*.

05 = *Farmacia convenzionata*

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.*

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: solo per CSM e SERT.*

Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda usl alla quale appartiene la struttura territoriale.

Per i CSM nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 della rilevazione ministeriale; I valori ammessi sono riconducibili 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.

**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:*

viene utilizzata per quei record il cui trimestre di erogazione è attinente all'invio.

(esempio: 1° trimestre di erogazione = 1° invio

2° trimestre di erogazione = 2° invio

3° trimestre di erogazione = 3° invio

4° trimestre di erogazione = 4° invio)

*Posizione contabile 2 (integrazione):*

viene utilizzata per quei record il cui trimestre 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

*Posizione contabile 3 (correzione):*

viene utilizzata per quei record, già presenti nell'archivio regionale, ai quali si ritiene di apportare delle modifiche. Ogni volta che la struttura ritiene di modificare qualche informazione del tracciato, dovrà necessariamente rispedire la tabella A e tutte le relative tabelle B. Per effettuare una correzione non si dovrà ricorrere alla cancellazione.

*Posizione contabile 4 (eliminazione):*

viene utilizzata esclusivamente per quei record già presenti nell'archivio regionale che si ritiene di voler cancellare.

## **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:

[www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis](http://www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis) (Pagina dedicata al flusso informativo dei farmaci a erogazione diretta - FED, tabelle di riferimento).

**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)*Codice MINSAN a 9 cifre del farmaco

I farmaci esteri non registrati in Italia sono identificati dal codice regionale.

Per i farmaci esteri non registrati in Italia la Regione, attraverso il CREVIF, provvede ad una codifica regionale dei farmaci in uso presso le Aziende Sanitarie e mette a disposizione la tabella dei codici dei farmaci esteri in internet con password.

La tabella viene aggiornata trimestralmente sulla base delle segnalazioni dei farmaci in uso e privi di codifica fornite dalle aziende sanitarie, che dovranno provvedere compilando l'apposito modello scaricabile dalla pagina internet del flusso FED, da inviare per posta elettronica al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali al seguente indirizzo e-mail [sgandolfi@asr.regione.emilia-romagna.it](mailto:sgandolfi@asr.regione.emilia-romagna.it), non oltre il giorno 5 del mese di chiusura del trimestre. I codici regionali saranno resi disponibili in internet entro il giorno 20 del mese di chiusura del trimestre. Si ricorda che eventuali record relativi a farmaci non codificati potranno essere inviati nel trimestre successivo. Poiché la tabella è unica per tutti i flussi relativi all'assistenza farmaceutica, la segnalazione alla Regione andrà effettuata soltanto una volta.

Il flusso non rileva dati relativi ai consumi di parafarmaci e materie prime.

**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.

**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.

**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 trimestre di competenza.

Il campo quantità erogata (pos. 53) andrà compilato con la quantità totale somministrata nel trimestre 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 trimestre 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 necessari al trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali ambulatoriali, CSM e SERT;

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.

**PRESTAZIONE AMBULATORIALE (livello di controllo 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).

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

[www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis](http://www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis) (Pagina dedicata al flusso informativo dei farmaci a erogazione diretta - FED, tabelle di riferimento).

## 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.

**OBV** : Campo obbligatorio e vincolante

**OB** : 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

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 (solo per CSM e SERT)</i>.</p> <p>05 = <i>Farmacia convenzionata</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>	OBV	Scartante
3	CODICE AZIENDA	AN 3	<p><u>Se TIPO EROGATORE = 01:</u></p> <p><i>I 3 campi individuano la struttura/farmacia ospedaliera erogatrice.</i></p> <p>A seconda dell'organizzazione aziendale la struttura/farmacia può essere individuata:</p> <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 11.</p>	OBV	Scartante
6	CODICE STRUTTURA/ FARMACIA	AN 6	<p><u>Se TIPO EROGATORE = 02:</u></p> <p><i>Questi campi individuano la struttura ambulatoriale interna all'ospedale.</i></p> <p>Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda sanitaria alla quale appartiene l'ambulatorio interno all'ospedale.</p> <p>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.</p> <p>Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p>	OBV	Scartante

12	SUB CODICE	AN 2	<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. 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 = 04:</u>  <i>Questi campi individuano la struttura territoriale: solo per CSM e 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 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.</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>	OBBV	Scartante
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. <b>L'importo totale</b> 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 <u>solo per l'erogazione per conto.</u> Costo totale del servizio imputato dalla farmacia convenzionata alla Azienda usl e riferito alla singola ricetta (parte intera).	OBV	Scartante

50	COSTO DEL SERVIZIO PARTE DECIMALE	N 2	Centesimi relativi al costo del servizio	<b>OBB</b>	<b>Scartante</b>
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. <b>In tutti gli altri casi il campo non deve essere compilato.</b>	<b>OBB</b>	<b>Scartante</b>
54	POSIZIONE CONTABILE	AN 1	<i>Valori ammessi:</i> 1 = record relativo a prestazioni erogate nel trimestre di competenza 2 = record relativo a prestazioni recuperate dal o dai trimestri 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	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>

A 2 DATI ASSISTITO					
Pos.	Campo	Tipo e lung.	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. 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 <b>anonimi</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>farmaci relativi a terapia antivirale, ad uso sistemico, di impiego nel trattamento delle infezioni da HIV e di quelle ad essa correlata (ATC J05)</li> <li>farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02).</li> </ul> <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	Indicare il cognome dell'assistito e compilare tutto maiuscolo. Nei casi sopra descritti per i quali è previsto l' <b>anonimato</b> 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' <b>anonimato</b> 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 DI NASCITA	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 esiste.	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

Tutte le tabelle utili al flusso sono disponibili nelle pagine Web del Sistema informativo:  
[www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis](http://www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis) (Pagina dedicata al flusso informativo dei farmaci a erogazione diretta - FED, tabelle di riferimento).

<b>TABELLA B ( 1 record per ogni FARMACO)</b>					
<b>B DETTAGLIO DEI FARMACI</b>					
<b>Pos.</b>	<b>Campo</b>	<b>Tipo e lungh.</b>	<b>Note per la compilazione</b>	<b>Vincolo</b>	<b>Controllo</b>
1	TIPO EROGATORE	AN 2	Vedere il campo omonimo in tabella A.	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
3	CODICE AZIENDA	AN 3	Vedere i campi omonimi in tabella A.	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
6	CODICE STRUTTURA/ FARMACIA	AN 6		<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
12	SUB CODICE	AN 2		<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
14	CODICE CONTATTO	AN 20	Vedere il campo omonimo in tabella A.	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
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).	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
36	DATA DI EROGAZIONE FARMACO	AN 8	Data di erogazione del farmaco. Formato GGMMAAAA.	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
44	CODICE FARMACO	AN 9	Codice MINSAN a 9 cifre del farmaco	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
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.	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
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.	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
62	IMPORTO UNITARIO PARTE INTERA	N 4	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.	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
66	IMPORTO UNITARIO PARTE DECIMALE	N 5	Parte decimale	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>
71	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; 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 <u>non</u> è inclusivo del farmaco.	<b>OBBV</b>	<b>Scartante</b>

73	PRESTAZIONE AMBULATORIALE	AN 7	Compilare il campo <u>solo se modalità di erogazione =08</u> , con il codice della prestazione da nomenclatore tariffario regionale (DGR 410/97 e successive modifiche) comprensivo dei punti separatori, ad eccezione dei codici con nota I.	<b>OBV</b>	<b>Scartante</b>
80	CODICE DISCIPLINA	AN 3	Compilare il campo se è disponibile l'informazione. Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella disponibile in internet.	<b>FAC</b>	<b>Segnalazione</b>
83	PROGRESSIVO DIVISIONE	AN 2	Compilare il campo se è disponibile l'informazione. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della salute, modello HSP12 .	<b>FAC</b>	<b>Segnalazione</b>
85	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).	<b>FAC</b>	<b>Segnalazione</b>

Tutte le tabelle utili al flusso sono disponibili nelle pagine Web del Sistema informativo:  
[www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis](http://www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis) (Pagina dedicata al flusso informativo dei farmaci a erogazione diretta - FED, tabelle di riferimento).

## **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.

I file dovranno essere trasmessi a cadenza trimestrale, secondo il seguente calendario:

### **I° invio entro il 15 maggio**

Dati delle rilevazioni mensili di gennaio, febbraio e marzo.

### **II° invio entro il 31 luglio**

Dati delle rilevazioni mensili di aprile, maggio e giugno ed eventuali correzioni di record scartati o mai inviati.

### **III° invio entro il 15 novembre**

Dati relativi alle rilevazioni mensili di luglio, agosto, settembre ed eventuali correzioni di record scartati o mai inviati.

### **IV° invio entro il 28 febbraio**

Dati delle rilevazioni mensili di ottobre, novembre e dicembre ed eventuali correzioni di record scartati o mai inviati.

### **V° invio entro il 15 aprile**

Correzioni o integrazioni di dati già inviati ed eventuali dati mai trasmessi, purché riferiti all'anno di competenza.

**Si ricorda che per il 2006 la rilevazione inizia con il III° invio.**

## **INVIO DEI DATI**

I dati devono essere inviati tramite un apposito applicativo le cui specifiche saranno successivamente comunicate ai referenti aziendali.

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 trimestralmente ad ogni caricamento dei dati, dopo circa 20 giorni dalla scadenza per l'invio. 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

Monica Lanzoni  
 Tel. 051 6397257  
[mlanzoni@regione.emilia-romagna.it](mailto:mlanzoni@regione.emilia-romagna.it)  
 V.le Aldo Moro 21  
 40127 Bologna  
 Servizio Politica del Farmaco

Sonia Gandolfi  
 Tel. 051 6397426 – Fax. 051 6397084  
[sgandolfi@regione.emilia-romagna.it](mailto:sgandolfi@regione.emilia-romagna.it)  
 V.le Aldo Moro 21  
 40127 Bologna  
 Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali

Cristina Malvi  
 (firmato)

Eleonora Verdini  
 (firmato)