

IL DIRETTORE GENERALE ALLA SANITÀ E

ALLE POLITICHE SOCIALI

MARIELLA MARTINI

TIPO ANNO NUMERO

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2012. 0033313

del 08/02/2012



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

delle Aziende Sanitarie e I.O.R.
dell' Emilia-Romagna

L O R O S E D I

CIRCOLARE N. **2**

Oggetto: Specifiche del sistema informativo per il monitoraggio della assistenza farmaceutica: flussi AFO, AFT, FED

La presente circolare norma il complesso sistema informativo dell'assistenza farmaceutica articolato nei flussi AFO, AFT e FED, introducendo alcune novità per il 2012 e recependo le indicazioni che sono state fornite nel corso del 2011 e 2010 a seguito di modifiche normative. Le nuove specifiche integrano le circolari previgenti, n. 1 del 20 gennaio 2009 e n. 6 del 15 marzo 2010, che restano valide per quanto non espressamente modificato dal presente documento.

Per il 2012 è richiesto un impegno comune finalizzato ad ottenere la disponibilità di dati completi e di qualità elevata con vincoli temporali stringenti, dettati dalle normative vigenti a livello nazionale e determinati dall'esigenza di monitoraggio della spesa farmaceutica, in relazione ai tetti fissati, ai ticket introdotti, oltre alle valutazioni di appropriatezza d'uso del farmaco.

In particolare, per i flussi AFO e FED diviene effettivo il vincolo temporale, già previsto dal 2008, entro il quale poter integrare e correggere i dati già inviati (due mesi successivi al periodo di competenza). Per consentire l'allineamento delle banche dati aziendali con quella regionale è prevista in modo strutturale la possibilità di integrare e correggere i periodi chiusi, due volte all'anno in concomitanza con invii già attivi (ottavo e tredicesimo invio). Questa possibilità è finalizzata in particolare alla raccolta di dati che, per le particolari modalità erogative, sono disponibili in periodi successivi, come la distribuzione per conto e l'ossigeno terapeutico.

Per quanto riguarda la rilevazione della distribuzione diretta dei farmaci, che attualmente avviene in forma aggregata attraverso il flusso AFO e in forma puntuale con FED, con le aziende sanitarie si è valutata la necessità di una semplificazione e il passaggio ad una unica rilevazione, salvaguardando la completezza e qualità della banca dati. In considerazione di quanto emerso, si è ritenuto opportuno mantenere la rilevazione dei dati aggregati di RESIDENZE, SERT, CSM, ADI e CARCERE nel flusso AFO per tutto il 2012.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

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

Inoltre, per un periodo transitorio di sei mesi è mantenuta in AFO anche la rilevazione della rimanente distribuzione diretta per consentire una verifica della completezza dei dati del flusso FED. Nel flusso FED deve essere trasmessa tutta la distribuzione diretta in forma puntuale, come previsto dalle precedenti circolari, compresi i dati individuali relativi a SERT, CSM, ADI, come richiesto dal 2008, nonché RESIDENZE e CARCERE, per le aziende che ne hanno la disponibilità. Per supportare le aziende nella verifica di completezza dei dati della distribuzione diretta è inviata mensilmente ai referenti aziendali una reportistica di confronto AFO/FED.

Inoltre, tra le novità più significative, si evidenzia, per il flusso AFO, l'incremento della lunghezza del campo quantità per consentire l'invio dei dati dell'ossigeno terapeutico in litri.

Per quanto riguarda il flusso AFT, per la corretta lettura dei dati relativi ai ticket a carico degli assistiti ex DGR n. 1190 del 4 agosto 2011, si è reso necessario ridefinire le indicazioni introdotte a seguito di quanto previsto dalla normativa regionale in materia di compartecipazione degli assistiti alla spesa per le prestazioni sanitarie e contenute nella nota del 30/9/2011 PG. 2011/023761.

Le specifiche sono fornite dettagliatamente dall'allegato tecnico.

Cordiali saluti.



Mariella Martini

1 Allegato tecnico

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 AFO, AFT, FED

Il presente allegato fornisce le specifiche tecniche che integrano le circolari del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza farmaceutica – rilevazioni AFT, AFO, FED (n. 1 del 20 gennaio 2009 e n. 6 del 15 marzo 2010).

Per quanto non espressamente modificato, rimangono valide le indicazioni delle richiamate circolari n. 1/2009 e n. 6/ 2010 e successive modifiche.

Tutte le tabelle e i documenti 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 15 febbraio 2012** 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.

AFO - ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Le presenti specifiche sono articolate nei seguenti punti:

1. Introduzione
2. Codifica e contenuto delle variabili
3. Modalità di invio, scadenze, correzioni e integrazioni
4. Controlli e ritorno informativo
5. Tracciato record

1. Introduzione

Il flusso ha come oggetto principale i farmaci distribuiti dalla farmacia ospedaliera/aziendale per l'attività ospedaliera e nelle strutture distrettuali, ad uso interno. Per quanto riguarda la distribuzione diretta dei farmaci, per tutto il 2012 rimane la rilevazione dei dati aggregati di RESIDENZE, SERT, CSM, ADI e CARCERE. La rimanente distribuzione diretta, compresa la distribuzione per conto, viene rilevata in AFO per un periodo transitorio di sei mesi, per consentire le verifiche di completezza e qualità del flusso FED e l'allineamento alle aziende sanitarie con maggiori lacune nei dati da migliorare.

I prodotti rilevati sono:

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

Le principali novità riguardano:

- **lunghezza del campo quantità:** è incrementata la lunghezza del campo quantità del flusso AFO per consentire l'invio dei dati di ossigeno in litri.
- **Codifica ossigeno:** sono a regime le novità già introdotte nel corso del 2011 riguardanti i codici identificativi e le quantità.
- **Codice struttura del ricevente territoriale:** sono a regime le indicazioni relative ai codici di struttura delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, convenzionate e non.
- **Scadenza:** la scadenza è anticipata all' 11 del mese successivo a quello di competenza.
- **Flag "Resi di magazzino":** il flag "resi di magazzino" viene scorporato dal campo codice farmaco che risulta pertanto di 9 caratteri, equivalenti alla lunghezza del codice MINSAN.

Le presenti specifiche sono valide dal 1° gennaio 2012.

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

2. Codifica e contenuto delle variabili

- **Erogatore** (codice azienda, codice presidio e sub codice stabilimento): identifica la farmacia erogante che, a seconda dell'organizzazione aziendale può essere individuata da:

- per l'Azienda Ospedaliera: dal solo codice azienda + blank gli altri campi relativi all'erogatore;
- per l'Azienda USL: dal codice azienda + codice presidio + subcodice stabilimento oppure dal codice azienda + codice presidio + blank (solo per i presidi che non hanno stabilimenti).

Gli aggiornamenti dei codici degli stabilimenti e presidi sono disponibili sul sito del Sistema informativo sanità e politiche sociali nella sezione Anagrafe delle strutture (codici HSP12).

- Unità di rilevazione: Codice farmaco e quantità

➤ Codice farmaco

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

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

Nell'ambito di NSIS, dal 2011 è stata predisposta una **codifica nazionale di tali preparazioni**. Il codice, come per i farmaci esteri, permette una identificazione di maggior dettaglio di questi prodotti. A livello regionale tale codifica sarà adottata obbligatoriamente dal 1.1.2013.

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

In preparazione a questo passaggio, per i prodotti non codificati sarà attivata, già nel corso del 2012, una procedura per richiedere la codifica, come già avviene per gli esteri.

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

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

| Posizione | Nome campo | Tipo | Lunghezza del campo | Modalità di compilazione |
|-----------|--------------------------|------|---------------------|---|
| 12-20 | Codice farmaco | AN | 9 | Codice MINSAN |
| 21 | FLAG "resi di magazzino" | AN | 1 | Compilare solo per resi di magazzino indicando il valore R. |
| 22-31 | Quantità | N | 10 | - Ossigeno gas in bombole: Indicare il numero di bombole - Altro ossigeno gas e ossigeno liquido: Indicare il numero di litri erogato. |
| 71-78 | Prezzo parte intera | N | 8 | - Ossigeno gas in bombole: Indicare il prezzo per bombola comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo) |
| 79-83 | Prezzo parte decimale | N | 5 | - Altro ossigeno gas e ossigeno liquido: Indicare il prezzo al litro, comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo). |
| 84 | Flag tipo medicinale | AN | 1 | Indicare il valore 1 (confezione con MINSAN) |

Dal 2012 **non** sono più accettati i codici regionali (11111112, ossigeno liquido e 11111113, ossigeno gas) e, di conseguenza, il flag tipo medicinale = 9 è abolito.

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

- compilare il modulo di richiesta scaricabile dal sito del Sistema informativo Sanità e politiche sociali, avendo cura di fornire tutte le informazioni richieste. Dal 2012 è necessario indicare anche la ditta produttrice.

- inviare il modulo all'indirizzo e-mail sgandolfi@regione.emilia-romagna.it;

- saranno codificate le richieste pervenute entro il 30 del mese (28 per febbraio);

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

➤ **Flag “resi di magazzino”**

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

➤ **Quantità**

Per **farmaci con Minsan e esteri** valorizzare con il numero di unità posologiche erogate nell'unità di tempo indicata nel campo "Periodo".

Per i **prodotti galenici, magistrali, magistrali oncologici, officinali, altri gas medicali**, il campo quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a diversa indicazione ministeriale). Nel campo **prezzo** indicare l'importo totale.

Per l'**ossigeno**:

- **Ossigeno gas in bombole:**

Indicare il numero di bombole

- **Altro ossigeno gas e ossigeno liquido:**

Indicare il numero di litri erogato.

- **Periodo: mese e anno**

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

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

- **Ricevente ospedaliero (presidio ricevente, stabilimento, disciplina/servizio ricevente, progressivo divisione)**

Utilizzare questi 6 campi quando il ricevente è un'unità operativa/servizio di un ospedale e non compilarli quando il ricevente è una struttura extraospedaliera.

Per il ricevente ospedaliero, l'erogazione diretta deve essere codificata nel modo seguente:

specificare disciplina + flag di erogazione diretta;

solo qualora non sia disponibile la disciplina è ammesso:

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

- **Regime di attività**

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

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

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

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

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

Flag di erogazione diretta

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

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

flag = S per:

- 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

flag = R pazienti affetti da malattie rare

flag = N per consumi interni delle strutture.

- Ricevente territoriale (codice distretto o dipartimento di prevenzione, area problematica, CDC regionale, tipologia di assistenza, codice struttura, tipo struttura)

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

- **Codice Distretto o Dipartimento di prevenzione:** Lettera D seguita dalle 2 cifre del distretto, oppure la costante DPC per il Dipartimento di prevenzione.
- **Area problematica, centro di costo regionale e tipologia di assistenza:** Compilare questi campi come da piano dei Centri di costo regionali (vedere tabella nel sito del Sistema informativo).
In particolare, nel cdc DT005 04 –Assistenza farmaceutica rientrano solo i consumi interni residuali non imputabili ad altri centri di costo. L'erogazione diretta non attribuibile ad uno specifico centro di costo deve essere imputata al centro di costo DT 005 09 – Altra erogazione diretta.
- **Codice struttura:** In generale, indicare il codice STS11 della struttura ricevente.
 - Per **carcere:** DT025 e DT026 utilizzare i codici della tabella Istituti penitenziari.
 - Per **screening** (DP 007), **vaccinazioni** (DP 008) e **assistenza integrativa** ((DT 006 02) il codice STS 11 è facoltativo: indicare il codice quando l'erogazione è svolta da una struttura codificata.
 - **Strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche o private convenzionate** : devono essere identificate obbligatoriamente dal centro di costo e dal codice STS11.
 - **Strutture residenziali e semiresidenziali private non convenzionate:** indicare il codice presente nell'anagrafe regionale delle strutture. Qualora il codice non fosse disponibile contattare il referente regionale di flusso (sistema informativo).
Il codice S00000 non è più accettato.

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

| Codice centro di costo | Descrizione |
|------------------------|--|
| DP 001 | Igiene pubblica |
| DP002 | Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro |
| DP 004 | Impiantistica antinfortunistica |
| DP 005 | Igiene alimenti e nutrizione |
| DP 010 | Libera professione sanità pubblica |
| DT 005 05 | Medicina generale |
| DT 005 06 | Pediatria di libera scelta |
| DT 005 07 | Guardia medica (continuità assistenziale), compreso turistica |
| DT005 04 | Assistenza farmaceutica |
| DT 005 08 | Distribuzione per conto |
| DT 005 09 | Altre forme di erogazione diretta |
| DT 009 01 | Assistenza domiciliare integrata (ADI) |
| DT 014 | Libera professione specialistica |

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

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

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

- Prezzo (parte intera e parte decimale)

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

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

Per i prodotti galenici, magistrali e officinali indicare l'importo totale.

Per l'ossigeno:

- Ossigeno gas in bombole:

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

- Altro ossigeno gas e ossigeno liquido:

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

- Flag tipo medicinale

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

1= confezione con MINSAN

2= formule magistrali, officinali, galenici

3= esteri

4= formule magistrali oncologiche

6=altri gas medicinali

- Posizione contabile

Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuole eseguire sul record.

Posizione contabile 1:

utilizzare per i record il cui mese di erogazione è quello dell'invio (esempio: farmaci erogati a gennaio e trasmessi nel 1° invio)

Posizione contabile 2 (integrazione):

utilizzare per i record il cui mese di erogazione è antecedente all'invio; si tratta di integrazioni frutto di ritardi nell'invio dei dati o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello; (esempio: farmaci erogati a gennaio trasmessi nel 2° invio)

Posizione contabile 3 (correzione):

utilizzare per i record, già presenti nell'archivio regionale, esclusivamente per modificare le informazioni dei campi prezzo e quantità. Se si vogliono modificare altre informazioni è necessario cancellare il record già caricato, utilizzando la posizione contabile 4, e, contestualmente, ritrasmettere l'intero record con la posizione contabile 2.

Posizione contabile 4 (eliminazione):

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

3. Modalità di invio, scadenze, correzioni e integrazioni

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

La trasmissione dei dati alla Regione va effettuata tramite il portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>), nella sezione specifica del flusso AFO. Per accedere alle pagine di Gestione del flusso informativo occorre essere in possesso di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna.

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

Il **13° invio** di chiusura è **facoltativo** per le aziende e ha **scadenza il 25 febbraio**.

4. Controlli e ritorno informativo

Tutte le informazioni richieste dal tracciato record sono obbligatorie e vincolanti e costituiscono chiave dei record (escluso i campi quantità e prezzo). Il mancato conferimento di tali informazione produce lo scarto del record.

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

I file messi a disposizione sono i seguenti:

- **.ERR** contenete i record sui quali vengono riscontrati **errori scartanti**;
- **.SEG** contenete i record sui quali vengono fornite **segnalazioni**;
- **.TB1 – spesa relativa a riceventi ospedalieri** per disciplina e tipologia di erogazione. Si forniscono anche le tabelle aggiornate dei trimestri precedenti.
- **.TB2 – spesa relativa ai riceventi territoriali** per centri di costo e tipologia di erogazione
- **.TB3 – segnalazione dei reparti** per i quali non risultano consumi farmaceutici
- **.TB4 – elenco delle anomalie riscontrate dal controllo sul prezzo**
- **.TB5 – elenco delle anomalie riscontrate dal controllo sul MINSAN**

Si ribadisce l'importanza degli strumenti messi a disposizione con il ritorno informativo fornito ad ogni caricamento in banca dati attraverso l'applicativo di gestione flussi che consente di monitorare in tempo reale la qualità e la completezza delle informazioni fornite. Si prega di fornire particolare attenzione alla coerenza dei campi quantità e prezzo. Il controllo sul campo prezzo non è scartante, ma viene fornita una segnalazione quando il valore indicato dall'azienda è superiore al prezzo al pubblico presente nel database regionale utilizzato in fase di controllo (fonte FARMADATI).

E' anche necessario aggiornare le anagrafiche dei farmaci quando i prodotti risultano fuori commercio e sostituiti da altri. Il controllo regionale che segnala la presenza di prodotti fuori commercio è costruito tenendo conto del periodo di validità del prodotto.

5. AFO - TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

| | Posizione | Nome campo | Tipo | Lunghezza | Contenuti e modalità di compilazione |
|----------------------|-----------|--------------------------|------|-----------|--|
| Erogatore | 1 | Codice azienda | AN | 3 | identifica la farmacia erogante che, a seconda dell'organizzazione aziendale può essere individuata da: |
| | 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 | |
| | 12 | Codice farmaco | AN | 9 | 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). Codice MINSAN a 9 cifre del farmaco. Per i farmaci non ancora registrati in Italia utilizzare il codice regionale secondo la tabella disponibile in internet. Per l'ossigeno devono essere utilizzati esclusivamente i codici MINSAN pubblicati in Gazzetta Ufficiale n. 4 del 7 gennaio 2010 – Serie generale Per le formule magistrali, i prodotti galenici, le formule officinali, gli altri gas medicali utilizzare il codice ATC con il maggior dettaglio possibile. |
| Unità di rilevazione | 21 | Flag "Resi di magazzino" | AN | 1 | Assume il valore R in caso di "resi di magazzino". In tutti gli altri casi il campo non deve essere compilato. |
| | 22 | Quantità | N | 10 | Per farmaci con Minsan e esteri valorizzare con il numero di unità posologiche erogate nell'unità di tempo indicata nel campo "Periodo". Per i prodotti galenici, magistrali, magistrali oncologici, officinali, altri gas medicali, il campo quantità erogata è sempre 1 (salvo modifiche dovute a diversa indicazione ministeriale) Per l'ossigeno terapeutico le quantità devono essere rilevate come segue: - Ossigeno gas in bombole: Indicare il numero di bombole - Altro ossigeno gas e ossigeno liquido: Indicare il numero di litri erogato. |
| Periodo | 32 | mese | AN | 2 | Valorizzare con il mese in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato MM |
| | 34 | anno | AN | 4 | Valorizzare con l'anno in cui la farmacia ha distribuito il farmaco, nel formato AAAA |

| | | Contenuti e modalità di compilazione | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------|--|--|--------|--------|-----------|----|--------------|----|---------------|----|-------|----|------------------------|
| Posizione | Nome campo | Tipo | Lunghezza | Per i codici del presidio si veda quanto scritto sopra | | | | | | | | | | | | |
| | Codice presidio ricevente | AN | 6 | Utilizzare questi campi quando il ricevente è un'unità operativa/servizio di un ospedale e riempirli a spazi quando il ricevente è una struttura extraospedaliera. | | | | | | | | | | | | |
| | Sub codice stabilimento ricevente | AN | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| Ricevente ospedaliero | Codice Disciplina/servizio ricevente | AN | 3 | | Utilizzare le codifiche a 3 cifre della tabella delle discipline | | | | | | | | | | | |
| | Progressivo reparto (divisione) | AN | 2 | | Solo per i reparti di degenza. Utilizzare i codici aggiornati del Ministero della Sanità Modelli HSP12 | | | | | | | | | | | |
| | Codice regime di attività | AN | 2 | | <p>Il codice regime di attività deve essere compilato per entrambi i riceventi.</p> <p>I codici regime di attività ammessi sono:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Regime</th> <th>Codice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ordinario</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>Day-hospital</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>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 05 (altro) deve essere utilizzato per le strutture per le quali si configura una particolare tipologia di assistenza per le quali non è definibile un regime ordinario, day-hospital o ambulatoriale (es. Strutture residenziali).</p> <p>Si precisa che l'utilizzo del codice 03 (regime non disponibile) è riservato ai soli casi in cui non sia possibile identificare il regime.</p> <p><u>Il regime di attività non deve essere compilato per l'erogazione diretta.</u></p> | Regime | Codice | Ordinario | 01 | Day-hospital | 02 | Ambulatoriale | 04 | Altro | 05 | Regime non disponibile |
| Regime | Codice | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ordinario | 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Day-hospital | 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ambulatoriale | 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Altro | 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regime non disponibile | 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Regime di attività | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | Posizione | Nome campo | Tipo | Lunghezza | Contenuti e modalità di compilazione |
|--|-----------|------------------|------|-----------|---|
| | 64 | Codice Struttura | AN | 6 | <p>In generale: indicare il codice STS11 della struttura ricevente.</p> <p>- Per carcere: DT025 e DT026 utilizzare i codici della tabella Istituti penitenziari.</p> <p>- Per screening (DP 007), vaccinazioni (DP 008) e assistenza integrativa ((DT 006 02) il codice STS 11 è facoltativo: indicare il codice quando l'erogazione è svolta da una struttura codificata.</p> <p>- Strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche o private convenzionate : devono essere identificate obbligatoriamente dal centro di costo e dal codice STS11.</p> <p>- Strutture residenziali e semiresidenziali private non convenzionate: indicare il codice presente nell'anagrafe regionale delle strutture. Qualora il codice non fosse disponibile contattare il referente regionale di flusso (sistema informativo). Il codice S00000 non è più accettato.</p> <p>Centri di costo per i quali il codice struttura non è richiesto sono: DP 001 Igiene pubblica, DP002 Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro, DP 004 Impiantistica antinfortunistica, DP 005 Igiene alimenti e nutrizione, DP 010 Libera professione sanità pubblica, DT 005 05 Medicina generale, DT 005 06 Pediatria di libera scelta , DT 005 07 Guardia medica (continuità assistenziale), compreso turistica, DT005 04 Assistenza farmaceutica, DT 005 08 Distribuzione per conto, DT 005 09 Altre forme di erogazione diretta, DT 009 01 Assistenza domiciliare integrata (ADI).</p> <p>Se queste attività sono svolte in parte presso strutture codificate, il codice non deve essere inserito; se il campo è compilato viene fatta una segnalazione non scartante. Se il campo è compilato, il codice deve esistere ed essere aperto nell'anagrafe strutture (in caso contrario: errore scartante). Un codice chiuso è accettato solo per resi di magazzino o modifiche retroattive.</p> |

| Posizione | Nome campo | Tipo | Lunghezza | Contenuti e modalità di compilazione |
|-----------|----------------------|------|-----------|--|
| 70 | Tipo struttura | AN | 1 | Indicare <u>C</u> solo in caso di carcere In tutti gli altri casi deve essere lasciato a spazi |
| 71 | Parte intera | N | 8 | Per i farmaci con Minsan e gli esteri indicare il prezzo medio ponderato continuo del farmaco per unità posologica comprensivo di IVA. Per l'unità posologica il riferimento è la tabella dei farmaci pubblicata sul sito del sistema informativo. Per i prodotti galenici, magistrali, officinali, altri gas medicinali indicare l'importo totale. Per ossigeno gas in bombole : Indicare il prezzo per bombola comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo), al netto dell'eventuale costo del servizio. Per altro ossigeno gas e ossigeno liquido : Indicare il prezzo al litro, comprensivo di IVA (prezzo medio ponderato continuo), al netto dell'eventuale costo del servizio. |
| 79 | Parte decimale | N | 5 | |
| | Prezzo | | | |
| 84 | Flag tipo medicinale | AN | 1 | 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 |
| 85 | Posizione contabile | AN | 1 | Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuole eseguire sul record. Posizione contabile 1 : utilizzare per i record il cui mese di erogazione è quello dell'invio (esempio: farmaci erogati a gennaio e trasmessi nel 1° invio) Posizione contabile 2 (integrazione) : utilizzare per i record il cui mese di erogazione è antecedente all'invio; si tratta di integrazioni frutto di ritardi nell'invio dei dati o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello; (esempio: farmaci erogati a gennaio trasmessi nel 2° invio) Posizione contabile 3 (correzione) : utilizzare per i record, già presenti nell'archivio regionale, esclusivamente per modificare le informazioni dei campi prezzo e quantità . Se si vogliono modificare altre informazioni è necessario cancellare il record già caricato, utilizzando la posizione contabile 4, e, contestualmente, ritrasmettere l'intero record con la posizione contabile 2. Posizione contabile 4 (eliminazione) : utilizzare esclusivamente per cancellare i record già presenti nell'archivio regionale. |

AFT - ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Le presenti specifiche sono articolate nei seguenti punti:

1. Introduzione
2. Codifica e contenuto delle variabili
3. Scadenze, correzioni e integrazioni
4. Tracciato record
5. Ritorno informativo

1. Introduzione

Il **tracciato record** per la trasmissione del flusso AFT al Sistema Informativo Regionale Sanità e Politiche Sociali **non viene modificato** ma vengono **ridefinite le regole di compilazione di alcuni campi, a seguito dell'introduzione dei ticket ex DGR N. 1190/2011.**

Rimane pertanto valido il tracciato record normato dalla precedente Circolare Regionale n° 6 del 15/03/2010 come aggiornato dalla nota PG 2010/164581 del 24 giugno 2010.

Le **principali novità** riguardano:

- **Rilevazione delle informazioni relative ai ticket introdotti dalla D.G.R. n° 1190/2011:** sono ridefinite, in particolare, le specifiche per rilevare il campo ticket specialità rispetto e i relativi controlli.
- **Codifica ossigeno:** sono a regime le novità già in parte introdotte nel corso del 2011 riguardanti i codici identificativi e le quantità.

Le presenti specifiche sono valide dal **1° gennaio 2012.**

2. Codifica e contenuto delle variabili

Di seguito è data evidenza alle modifiche intervenute dal 2011. Per quanto non richiamato valgono le indicazioni della circolare n. 6/2010 integrata dalla nota del 24/6/2010 PG. 2010/164581.

➤ **Rilevazione delle informazioni relative ai ticket introdotti dalla D.G.R. n° 1190/2011**

Sono ridefinite le regole per la rilevazione della compartecipazione dell'assistito alla spesa ex DGR 1190 del 4/8/2011, in particolare il campo Ticket specialità del file B.

Le nuove regole sono valide dalle erogazioni del 1.1.2012 e sono le seguenti:

FILE A

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

Riportare il ticket complessivo della prescrizione dato dalla somma totale di tutti i ticket delle singole specialità:

- **ticket ex DGR 1190/2011**, fino al tetto massimo per ricetta previsto dalla delibera regionale (2, 4, o 6 euro a seconda della fascia di reddito o quota massima).
- **Differenza di prezzo tra il prodotto di marca e il generico**, effettivamente pagata dall'assistito **moltiplicata per il numero di pezzi.**

Nel caso in cui il cittadino non paghi alcun importo i campi devono essere compilati a zero.

Saranno effettuati controlli di congruenza con i campi di file B ticket specialità, numero pezzi, codice esenzione ticket/fascia di reddito.

CAMPO OBBLIGATORIO VINCOLANTE: tipo di controllo scartante

FILE B

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

Riportare la differenza di prezzo tra il prodotto di marca e il generico compilando con il valore effettivamente pagato dall'assistito in caso di non sostituibilità, di scelta diversa dal generico o di non reperibilità.

Il valore deve essere unitario.

Nel caso in cui il cittadino non paghi questo importo, i campi devono essere compilati a zero.

Il campo non deve contenere il ticket ex DGR 1190/2011.

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

CAMPO OBBLIGATORIO VINCOLANTE: tipo di controllo scartante

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

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

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

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

- fino a 36.152 € → **codice RE1**
- tra 36.153 € e 70.000 € → **codice RE2**
- tra 70.001 € e 100.000 € → **codice RE3**
- pagamento quota massima → **codice QM**

CAMPO OBBLIGATORIO VINCOLANTE: tipo di controllo scartante

➤ Ossigeno

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

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

FILE B

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

Il numero pezzi può essere maggiore di 2.

3. Scadenze, correzioni e integrazioni

E' confermato il calendario degli invii previsto dalle circolari vigenti: periodicità mensile con scadenza entro il giorno 20 del secondo mese successivo al mese di competenza.

E' consentito il **13° invio**, facoltativo, per consentire il recupero degli eventuali scarti, con termine il 10 marzo dell'anno successivo a quello di competenza (per il 2012 la data è il 10 marzo 2013).

4. AFT - TRACCIATO RECORD
Tabella A (1 Record per ricetta)

DATI DELLA RICETTA

| Pos. | Formato | Lunghezza | Nome campo | Vincolo | Livello di controllo | Note per la compilazione |
|------|---------|-----------|--|---------|----------------------|--|
| 1 | N | 6 | Codice Farmacia | OBB V | SCARTANTE | Codice univoco a livello regionale composto da: Codice azienda (numerico di 3) Codice Farmacia (numerico di 3; progressivo previsto nella pianta organica delle farmacie); per le farmacie fuori confine convenzionate deve essere utilizzato un codice ad hoc, concordato con il sistema informativo sanità e politiche sociali. |
| 7 | N | 4 | Anno della distinta | OBB V | SCARTANTE | Formato AAAA |
| 11 | N | 2 | Mese della distinta | OBB V | SCARTANTE | Formato MM |
| 13 | N | 5 | Progressivo della ricetta | OBB V | SCARTANTE | Contatore univoco all'interno della farmacia e del mese; indicare il numero progressivo assegnato alla ricetta nella numerazione all'interno della farmacia. Deve essere univoco all'interno della farmacia. |
| | | | I 4 campi precedenti identificano in maniera univoca la ricetta per la farmacia. Rappresentano il Codice Univoco della ricetta (chiave della ricetta) | | | |
| 18 | AN | 16 | Codice a barre della ricetta | OBB V | SCARTANTE | Riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta. Il codice a barre della ricetta è composto di 15 cifre : Codice regione (numerico di 3) Anno (numerico di 2) Numero ricetta (numerico di 10: numerazione progressiva di 9 più una cifra contenente il carattere di controllo di parità del progressivo) Il campo non deve essere compilato solo nei casi di utilizzo di modulistica priva di codice a barre (ricettari per stupefacenti ex legge n. 12/2001) – flag tipo modulo = 2 |
| 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). |

| Pos. | Forma to | Lunghez za | Nome campo | Vincolo | Livello di controllo | Note per la compilazione |
|------|----------|------------|---|---------|----------------------|---|
| 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 | FILLER | 7 | Filler | | | filler; compilare a spazi |
| 57 | AN | 16 | Codice Fiscale Medico | OBB | SCARTANTE | Impostare solo per le prescrizioni redatte su moduli privi di codice a barre (ricettari per stupefacenti). Flag tipo modulo = 2 Non impostare per le ricette mediche a lettura ottica (art. 50 L. 326/2003) Flag tipo modulo =1 |
| 73 | N | 4 | Importo totale pagato dal cittadino:parte intera | OBBV | SCARTANTE | Riportare il ticket complessivo della prescrizione dato dalla somma totale di tutti i ticket delle singole specialità: - ticket ex DGR 1190/2011, fino al tetto massimo per ricetta previsto dalla delibera regionale (2, 4, o 6 euro a seconda della fascia di reddito o quota massima). - Differenza di prezzo tra il prodotto di marca e il generico, effettivamente pagata dall'assistito per il numero di pezzi. Nel caso in cui il cittadino non paghi alcun importo i campi devono essere compilati a zeri. |
| 77 | N | 2 | Importo totale pagato dal cittadino: parte decimale | OBBV | SCARTANTE | |
| 79 | AN | 1 | FLAG ricetta informatizzata | OBBV | SCARTANTE | Valori ammessi: 0 = ricetta non informatizzata 1= ricetta informatizzata con presenza della biffatura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode 2= ricetta informatizzata con presenza della sola biffatura "Stampa PC" |
| 80 | AN | 1 | FLAG tipo modulo | OBBV | SCARTANTE | Valori ammessi: 1= ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni; 2= ricettari per stupefacenti (modello ex L.. 12/2001). |
| 81 | AN | 2 | Tipo ricetta | OBB | SCARTANTE | Sono accettati esclusivamente i seguenti valori: ST = straniero temporaneamente presente (in possesso di codice STP) UE = Soggetti assicurati da istituzioni estere europee EE = Soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee NE = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee NX = Assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni extraeuropee Per assistito SSN residente in Italia lasciare a spazi. |
| 83 | AN | 8 | Campo riservato per utilizzi specifici (ricetta ex art. 50 L. 326/2003) | FAC | NON SCARTANTE | Riportare l'eventuale contenuto nell'analogo campo del modulo di ricetta medica a lettura ottica ex art. 50 L. 326/2003 e successive modificazioni. In assenza di informazioni compilare a spazi. |
| 91 | N | 3 | Numero confezioni | OBB | NON SCARTANTE | Indicare il numero di confezioni presenti sulla ricetta |
| 94 | filler | 14 | | | | filler; compilare a spazi. |

DATI DELL'ASSISTITO

| Pos. | Formato | Lunghezza | Nome campo | Vincolo | Livello di controllo | Note per la compilazione |
|------|---------|-----------|------------------------------|--------------------|----------------------|--|
| 108 | N | 7 | FILLER | | | filler; compilare a spazi. |
| 115 | AN | 16 | Codice fiscale assistito | OBB V | SCARTANTE | <p>Il campo deve obbligatoriamente contenere il codice fiscale dell'assistito oppure un analogo codice identificativo tra i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cittadini temporaneamente presenti indicare il codice STP (tipo ricetta ST); - cittadini appartenenti a stati neocomunitari, temporaneamente presenti: indicare il codice ENI (tipo ricetta ST); - assistiti immigrati appartenenti a stati colpiti dalla Crisi del Nord Africa (es. Tunisia), temporaneamente presenti: indicare il codice PSU (tipo ricetta ST); - assistiti appartenenti a stati colpiti dalla Crisi del Nord Africa richiedenti asilo politico, temporaneamente presenti: indicare il codice AS (tipo ricetta ST); <p>Il campo non deve essere compilato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per le ricette di tipo UE, EE, NE, NX; - nei casi che prevedono l'anonimato: - farmaci relativi a terapia antivirale, ad uso sistemico, di impiego nel trattamento delle infezioni da HIV e di quelle ad essa correlata (ATC J05); - farmaci per il trattamento delle tossico e alcol dipendenze (ATC N07BC01, N07BC02, N07BB). |
| 131 | AN | 3 | Codice USL di residenza | OBB V condizionato | SCARTANTE | <p>Il campo deve essere obbligatoriamente impostato per i residenti in regione e i valori ammessi sono: 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 111, 112 e 113 (errore scartante). Per i non residenti deve essere comunque impostato se il dato risulta individuabile (segnalazione).</p> |
| 134 | AN | 2 | Sigla provincia di residenza | OBBV | SCARTANTE | <p>Indicare la sigla della provincia di residenza (tabella TCOMNOS). Se la provincia è sconosciuta indicare 00. Per i residenti all'estero, compresi gli assistiti con codice STP, ENI, PSU e AS, assume il valore 99.</p> |
| 136 | AN | 30 | Cognome Assistito | FAC | NON SCARTANTE | <p>Indicare il cognome dell'assistito. Nei casi di anonimato inserire la dicitura ANONIMO.</p> |
| 166 | AN | 20 | Nome Assistito | FAC | NON SCARTANTE | <p>Indicare il nome dell'assistito. Nei casi di anonimato inserire la dicitura ANONIMO.</p> |
| 186 | N | 1 | Sesso Assistito | FAC | NON SCARTANTE | <p>Valori ammessi: 1 = Maschio 2 = Femmina</p> |
| 187 | N | 3 | Età assistito | FAC | NON SCARTANTE | <p>Indicare l'età dell'assistito Valorizzare a 999, se il dato è sconosciuto.</p> |

| Pos. | Formato | Lunghezza | Nome campo | Vincolo | Livello di controllo | Note per la compilazione |
|------|---------|-----------|---|---------------------|----------------------|---|
| 190 | N | 8 | Data di nascita | OBB condizionato | NON SCARTANTE | Obbligatorio per assistiti in Regione. Deve essere in formato GGMMAAAA |
| 198 | N | 1 | Posizione contabile | OBBV | SCARTANTE | Indicare il tipo di operazione tecnica che si vuol eseguire sul record: inserimento, modifica, cancellazione, attribuendo uno dei seguenti valori: 1=record relativi a ricette con data della distinta contabile del mese di competenza; 2=record relativi a ricette recuperate dal/dai mesi precedenti, purché con data della distinta entro l'anno di competenza; per record recuperati dai mesi precedenti si intendono record precedentemente scartati, sui quali sono state fatte verifiche e correzioni che ne consentono un nuovo invio. 3=record già presente nella banca dati regionale a cui si vogliono apportare modifiche; 4=record già presente nella banca dati regionale che deve essere eliminato. |
| 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. Se la cittadinanza è sconosciuta compilare a spazi. |

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

| Pos. | Forma to | Lunghes za | Nome campo | Vincolo | Livello di controllo | Note per la compilazione |
|------|----------|------------|---|---------|----------------------|--|
| 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. I numeri progressivi devono essere sequenzialmente ordinati. |
| 19 | AN | 9 | Codice specialità | OBBV | SCARTANTE | Codice ministeriale MINSAN10, compreso ossigeno terapeutico. |
| 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 fleboclisi (multiprescrivibili) per le quali il numero massimo di pezzi per ricetta è 6. - prescrizioni di stupefacenti per i quali il numero di pezzi può essere maggiore di 6 (sufficiente per terapia di 30 giorni) - ossigeno terapeutico |
| 31 | | 2 | FILLER | | | filler; compilare a spazi. |
| 33 | N | 5 | Prezzo specialità: della parte intera | OBBV | SCARTANTE | Indicare il prezzo per confezione della specialità, parte intera. |
| 38 | N | 2 | Prezzo specialità: della parte decimale | OBBV | SCARTANTE | Indicare il prezzo per confezione della specialità, parte decimale. |
| 40 | N | 4 | Ticket specialità: parte intera | OBB | NON SCARTANTE | Riportare la differenza di prezzo tra il prodotto di marca e il generico |
| 44 | N | 2 | Ticket specialità: parte decimale | OBB | NON SCARTANTE | compilando con il valore effettivamente pagato dall'assistito in caso di non sostituibilità, di scelta diversa dal generico o di non reperibilità. Il valore deve essere unitario. Nel caso in cui il cittadino non paghi questo importo, i campi devono essere compilati a zeri. Il campo non deve contenere il ticket ex DGR 1190/2011. |
| 46 | AN | 3 | Nota AIFA | OBB | NON SCARTANTE | Nota AIFA indicata dal medico sulla prescrizione. |

| Pos. | Formato | Lunghezza | Nome campo | Vincolo | Livello di controllo | Note per la compilazione |
|------|---------|-----------|-------------------------|---------|------------------------|--|
| 49 | AN | 6 | Codice esenzione ticket | OBB V | OBBLICATORIO SCARTANTE | <p>Nel flusso AFT le esenzioni ammesse sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esenzioni per patologia e malattie rare - esenzioni per invalidità di guerra - esenzione per le vittime del terrorismo - farmaci per la terapia del dolore severo <p>In tutti gli altri casi il campo deve essere riportato il codice corrispondente alla fascia di reddito o al pagamento della quota massima (nota PG2011/0237361 del 30/9/2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> - fino a 36.152 € → codice RE1 - tra 36.153 € e 70.000 € → codice RE2 - tra 70.001 e 100.000 € → codice RE3 - pagamento quota massima → codice QM <p>Il record è scartato quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il numero di pezzi è maggiore di 2, senza la relativa esenzione per patologia (T507 numero pezzi del farmaco non valido per l'esenzione indicata). Sono fatti salvi la prescrizione di 3 pezzi in presenza della relativa esenzione, i restanti casi di cui all'art. 9 della legge 405/2001 e l'ossigeno. - il codice è incompleto o inesistente (es.: per ipertensione arteriosa il codice valido è 0A31, il codice A31 è incompleto) (codice errore T305 – codice inesistente) <p>I codici validi sono quelli delle circolari n. 8/2008, n.10/2009 e 14 bis/2011.</p> |

| Pos. | Formato | Lunghezza | Nome campo | Vincolo | Livello di controllo | Note per la compilazione |
|------|---------|-----------|--|---------|----------------------|---|
| 55 | N | 5 | Importo sconto L. 662/96 (parte intera) | OBBV | SCARTANTE | Inserire l'importo dello sconto ex L. 662/96, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco, calcolato al lordo dei ticket e al netto dell'IVA (parte intera e parte decimale) |
| 60 | N | 2 | Importo sconto L. 662/96 (parte decimale) | OBBV | SCARTANTE | |
| 62 | N | 5 | Importo sconto 0,6% det. aifa 30/12/05 (parte intera) | OBBV | SCARTANTE | Inserire l'importo dello sconto pari allo 0,6% del prezzo al pubblico, comprensivo di IVA, di cui alla Determina AIFA del 30/12/2005, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco, (parte intera e parte decimale) |
| 67 | N | 2 | Importo sconto 0,6% det. aifa 30/12/05 (parte decimale) | OBBV | SCARTANTE | |
| 69 | N | 5 | Importo sconto 0,6% det. aifa 09/02/07 (parte intera) | OBBV | SCARTANTE | Inserire l'importo dello sconto pari allo 0,6% del prezzo al pubblico, comprensivo di IVA, di cui alla Determina AIFA del 09/02/2007, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco (parte intera e parte decimale) |
| 74 | N | 2 | Importo sconto 0,6% det. aifa 09/02/07 (parte decimale) | OBBV | SCARTANTE | |
| 76 | N | 5 | Importo sconto del 3,65% ex DL n. 78 del 31 maggio 2010 (parte intera) | OBBV | SCARTANTE | Inserire l'importo dello sconto pari al 3,65% del prezzo al pubblico, al netto dell'IVA, di cui al Decreto Legge n. 78 del 31 maggio 2010, applicato dalla farmacia che ha distribuito il farmaco (parte intera e parte decimale) |
| 81 | N | 2 | Importo sconto del 3,65% ex DL n. 78 del 31 maggio 2010 (parte decimale) | OBBV | SCARTANTE | |
| 83 | | 13 | FILLER | | | Filler, compilare a spazi. |

5. RITORNO INFORMATIVO

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

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

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

Nomenclatura dei file di ritorno informativo

| File | AUSL |
|---|--|
| Mobilità attiva infraregionale | MOBATTINFRA.uuuaaaaii.TXT |
| Mobilità attiva interregionale | MOBATTEXTRA.uuuaaaaii.TXT |
| Mobilità passiva infraregionale | MOBPASINFRA.uuuaaaaii.ANA.TXT MOBPASINFRA.uuuaaaaii.SPE.TXT |
| Incongruenze sulla residenza dell'assistito | Incongruenze.uuuaaaaii.TXT |
| Riepilogo | RIEPILOGOuuuuaaii.HTM |
| Scarti | SCARTIuuuuaaii.TXT |
| Segnalazioni | SEGNALAZIONIuuuuaaii.TXT |

Legenda:

uuu = azienda (es.105)

aaaa = anno a 4 cifre (es.2010)

aa = anno a 2 cifre (es: 10)

ii = invio (es.02)

ANA parte "anagrafica"

SPE parte "sanitaria" (specialità)

RITORNO INFORMATIVO DI MOBILITA' SANITARIA

I file di mobilità sono cumulativi: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero anno di riferimento. Per l'ottenimento dei file della mobilità infraregionale, il criterio di selezione è la provincia di residenza dell'assistito inviata dalle aziende nel flusso AFT.

Per le aziende usl che incidono nello stesso ambito provinciale, il criterio è l'azienda usl di residenza. Nei tracciati viene fornito inoltre il comune di residenza dell'assistito presente nella Nuova Anagrafe degli Assistiti Regionale – NAAR. Nei casi eventuali di incongruenza tra i dati forniti dall'Azienda e l'informazione presente in NAAR prevale il dato aziendale e si fornisce una segnalazione di incongruenza.

MOBILITA' ATTIVA INTERREGIONALE E RESIDENTI ALL'ESTERO

(MOBATTEXTRA.uuuaaaaii.TXT)

Questo file contiene tutti i record validati dei farmaci oggetto di compensazione interregionale da addebitare alle altre Regioni. Soltanto i farmaci accettati in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare. Il file della mobilità interregionale contiene anche i farmaci erogati ai residenti all'estero (comune di residenza 999+ codice nazione).

MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONALE

(MOBATTINFRA.uuuaaaaii.TXT)

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

Tracciati della mobilità attiva interregionale e infraregionale:

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

MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE

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

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

| POS. | FORMATO E LUNGHEZZA | CAMPO |
|------|---------------------|--|
| 1 | AN 6 | Codice farmacia |
| 7 | AN 4 | Anno distinta |
| 11 | AN 2 | Mese distinta |
| 13 | AN 5 | Progressivo ricetta |
| 18 | AN 16 | Codice a barre della ricetta |
| 34 | AN 8 | Data di spedizione (data di erogazione del farmaco) |
| 42 | 2 | filler |
| 44 | N 6 | Importo lordo totale calcolato dalla Regione (parte intera) |
| 50 | N 2 | Importo lordo totale calcolato dalla Regione (parte decimale) |
| 52 | N 6 | Sconto totale calcolato dalla Regione (parte intera) |
| 58 | N 2 | Sconto totale calcolato dalla Regione (parte decimale) |
| 60 | N 6 | Ticket totale calcolato dalla Regione (parte intera) |
| 66 | N 2 | Ticket totale calcolato dalla Regione (parte decimale) |
| 68 | N 6 | Importo netto totale calcolato dalla Regione (parte intera) |
| 74 | N 2 | Importo netto totale calcolato dalla Regione (parte decimale) |
| 76 | AN 16 | Codice fiscale |
| 92 | AN 30 | Cognome |
| 122 | AN 20 | Nome |
| 142 | AN 8 | Data di nascita |
| 150 | AN 2 | Provincia di residenza fornito da azienda |
| 152 | AN 3 | USL di residenza fornito da azienda |
| 155 | AN 6 | Codice comune ISTAT fornito da regione |
| 161 | AN 4 | CODICE SEGNALAZIONE |

Tabella B - MOBPASINFRA.uuuuaaaaii.SPE.TXT

| POS. | FORMATO E LUNGHEZZA | CAMPO |
|------|---------------------|--|
| 1 | AN 6 | Codice farmacia |
| 7 | AN 4 | Anno distinta |
| 11 | AN 2 | Mese distinta |
| 13 | AN 5 | Progressivo ricetta |
| 18 | AN 16 | Codice a barre della ricetta |
| 34 | AN 9 | Codice specialità |
| 43 | N3 | Numero pezzi specialità (da tabella B) |
| 46 | N 5 | Prezzo della specialità (da tabella B parte intera) |
| 51 | N 2 | Prezzo della specialità (da tabella B parte decimale) |
| 53 | N 4 | Ticket specialità (da tabella B parte intera) |
| 57 | N 2 | Ticket specialità (da tabella B parte decimale) |
| 59 | N 5 | Importo sconto L. 662/96 (da tabella B parte intera) |
| 64 | N 2 | Importo sconto L. 662/96 (da tabella B parte decimale) |
| 66 | N 5 | Importo sconto 0,6% Det. AIFA 30/12/05 (da tabella B parte intera) |
| 71 | N 2 | Importo sconto 0,6% Det. AIFA 30/12/05 (da tabella B parte decimale) |
| 73 | N 5 | Importo sconto Det. AIFA 09/02/07 (da tabella B parte intera) |
| 78 | N 2 | Importo sconto Det. AIFA 09/02/07 (da tabella B parte decimale) |
| 80 | N 5 | Importo sconto DL n. 78 del 31/05/2010 (da tabella B parte intera) |
| 85 | N 2 | Importo sconto DL n. 78 del 31/05/2010 (da tabella B parte decimale) |

Note:

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

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

TICKET TOTALE calcolato dalla regione = Ticket specialità*n° pezzi specialità (fonte:TAB B)

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

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

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

FILE DELLE INCONGRUENZE SULLA RESIDENZA

(Incongruenze.uuuuaaaaii.TXT)

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

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

Nel file sono stati inclusi anche i record con provincia di residenza non valorizzata (campo compilato con 00).

| POS. | FORMATO E LUNGHEZZA | CAMPO |
|------|---------------------|-----------------|
| 1 | AN 6 | Codice farmacia |
| 7 | AN 4 | Anno distinta |
| 11 | AN 2 | Mese distinta |

| | | |
|----|-------|--|
| 13 | AN 5 | Progressivo ricetta |
| 18 | AN 16 | Codice a barre della ricetta |
| 34 | AN 16 | Codice fiscale dell'assistito |
| 50 | AN 2 | Provincia di residenza (sigla) fornito da azienda |
| 52 | AN 3 | Ausl di residenza (codice) fornito da azienda |
| 55 | AN 6 | Comune di residenza (Codice Istat a 6 cifre) fornito da NAAR |
| 61 | AN 4 | Codice segnalazione |
| 65 | AN 30 | Descrizione della segnalazione |

FLUSSO INFORMATIVO DEI FARMACI A EROGAZIONE DIRETTA (FED)

Le presenti specifiche sono articolate nei seguenti punti:

1. Introduzione
2. Codifica e contenuto delle variabili
3. Scadenze, correzioni e integrazioni
4. Ritorno informativo
5. Tracciato record

1. Introduzione

Dal 2012 le principali novità riguardano:

- **Rilevazione facoltativa dei dati individuali relativi a residenze, semiresidenze e istituti penitenziari.**
- **Codifica ossigeno:** sono a regime le novità già in parte introdotte nel corso del 2011 riguardanti i codici identificativi e le quantità.
- **Scadenza:** la scadenza è **posticipata al giorno 11** del mese successivo a quello di competenza.

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

- i farmaci erogati alla dimissione da ricovero (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura l. 405/2001 art. 8 lettera C);
- i farmaci erogati a seguito di visita specialistica ambulatoriale (erogazione di farmaci per il proseguimento della cura l. 405/2001 art. 8 lettera C);
- i farmaci erogati direttamente a pazienti cronici o soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico (PHT, piani terapeutici, fibrosi cistica, fattori della coagulazione, ecc.);
- i farmaci erogati direttamente a pazienti affetti da malattie rare attraverso piani terapeutici personalizzati (D.G.R. n. 160/2004).
- i farmaci necessari al trattamento di pazienti seguiti dalle seguenti strutture territoriali: Centri di salute mentale, SERT.
- i farmaci distribuiti "per conto" attraverso accordi dell'Azienda USL con le farmacie territoriali convenzionate;
- tutti i farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare;
- i farmaci forniti nelle **strutture residenziali, semiresidenziali e istituti penitenziari**, quando è disponibile il dato individuale.
- I farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della l. 648/96, 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.

Il conferimento dei dati relativi a **residenze, semiresidenze e istituti penitenziari** è facoltativo per tutto il 2012. Nelle analisi regionali e nell'invio dei dati a NSIS saranno pertanto utilizzati i dati derivanti dal flusso AFO.

Sono rilevati i seguenti prodotti:

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

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

Le presenti specifiche sono valide a partire dal 1° gennaio 2012.

Di seguito è data evidenza alle modifiche intervenute dal 2011. Per quanto non richiamato le specifiche tecniche della circolare n. 1 del 20 gennaio 2009 e ss.mm.

2. Codifica e contenuto delle variabili

➤ CODICE FARMACO

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

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

Nell'ambito di NSIS, dal 2011 è stata predisposta una **codifica nazionale di tali preparazioni**. Il codice, come per i farmaci esteri, permette una identificazione di maggior dettaglio di questi prodotti. A livello regionale tale codifica sarà adottata obbligatoriamente dal 1.1.2013.

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

In preparazione a questo passaggio, per i prodotti non codificati sarà attivata, già nel corso del 2012, una procedura per richiedere la codifica, come già avviene per gli esteri.

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

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

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

3. Scadenze, correzioni e integrazioni

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

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

Il **13° invio** di chiusura è **facoltativo** per le aziende e ha **scadenza il 25 febbraio**.

4. Ritorno informativo

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

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

E' anche necessario aggiornare le anagrafiche dei farmaci quando i prodotti risultano fuori commercio e sostituiti da altri. Il controllo regionale che segnala la presenza di prodotti fuori commercio è costruito tenendo conto del periodo di validità del prodotto.

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

5. FED - TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

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

A1 – Dati dell'erogatore e valorizzazione

| Pos | Campo | Tipo e lunghezze | Note per la compilazione | Vincolo | Controllo |
|-----|----------------|------------------|---|---------|-----------|
| | TIPO EROGATORE | AN 2 | <p>Valori ammessi: 01 = Struttura ospedaliera 02 = Struttura ambulatoriale interna all'ospedale 03 = Struttura ambulatoriale territoriale 04 = Altra struttura territoriale (CSM, SERT, ...). 05 = Farmacia convenzionata 06 = ADI 07 = Strutture residenziali, semiresidenziali, hospice 08 = Carcere</p> <p>Per 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 di erogazione 7, 8, il campo deve essere compilato con 01. Per i farmaci consegnati al paziente <u>da un ambulatorio interno all'ospedale</u>, il campo deve essere compilato con 02. Per farmaci consegnati al paziente <u>da una struttura ambulatoriale territoriale</u>, compilare con 03. Nel caso di farmaci consegnati al paziente <u>da un'altra struttura territoriale</u>, il campo deve essere compilato con 04. Nel caso di farmaci consegnati al paziente <u>da farmacie convenzionate (cosiddetta erogazione per conto)</u> il campo deve essere compilato con 05. Nel caso di farmaci consegnati <u>a pazienti in Assistenza domiciliare integrata</u>, il campo deve essere compilato con 06. Per Strutture residenziali, semiresidenziali, hospice compilare con 07. Per istituti penitenziari con 08.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 01:</u> I 3 campi individuano la struttura/farmacia ospedaliera erogatrice. A seconda dell'organizzazione aziendale la struttura/farmacia può essere individuata: dal solo CODICE AZIENDA nel caso di erogazione diretta effettuata da Azienda Ospedaliera; da CODICE AZIENDA + CODICE PRESIDIO da CODICE AZIENDA + CODICE PRESIDIO + SUBCODICE. L'informazione codice presidio deve essere inserita nel campo STRUTTURA/FARMACIA. I codici da utilizzare per l'Azienda sono quelli della Circolare n.36/94 e per i presidi/stabilimenti i codici sono quelli del Ministero della Sanità Modelli HSP 12.</p> <p><u>Se TIPO EROGATORE = 02:</u> Questi campi individuano la struttura ambulatoriale interna all'ospedale. Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda sanitaria alla quale appartiene l'ambulatorio interno all'ospedale. Nel campo STRUTTURA /FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 della rilevazione ministeriale (D.M. 23/12/1996). Le tipologie di assistenza ammesse sono: S01, S02, S03 e S04. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato.</p> | | |

| | | | 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. Le tipologie di assistenza ammesse sono: S01, S02, S03, S04. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato. | OBBV | Scartante |
|----|---------------------------|------|--|------|-----------|
| 3 | CODICE AZIENDA | AN 3 | Se TIPO EROGATORE = 04: Questi campi individuano la struttura territoriale (CSM, SERT,...) Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda usl alla quale appartiene la struttura territoriale. Per i CSM nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 della rilevazione ministeriale; i valori ammessi sono riconducibili alla tipologia di assistenza S05, S06. Per i SERT nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice della tabella dei SERT. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato. | | |
| 6 | CODICE STRUTTURA/FARMACIA | AN 6 | 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. | | |
| 12 | SUBCODICE | AN 2 | Se TIPO EROGATORE = 06: Questi campi individuano il distretto che eroga l'ADI Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda USL sul cui territorio è ubicata la Farmacia. Il campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere blank. Il campo SUBCODICE non deve essere compilato. | | |
| | | | Se TIPO EROGATORE = 07 Questi campi individuano le strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni, hospice. Nel campo CODICE AZIENDA deve essere riportato il codice della Azienda USL di pertinenza della struttura. Nel campo STRUTTURA/FARMACIA deve essere inserito il codice STS.11 che individua la struttura; i valori ammessi sono riconducibili alla tipologia di assistenza da S05 a S12 Il campo SUBCODICE non deve essere compilato. | | |
| | | | Se TIPO EROGATORE = 08: Questi campi individuano il carcere/istituti penitenziari. CAMPO TIPO EROGATORE: 08. CAMPO CODICE AZIENDA: riportare il codice della Azienda USL sul cui territorio è ubicato il carcere. CAMPO STRUTTURA/FARMACIA: indicare la parte numerica del codice carcere (tabella pubblicata nel sito internet del Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali – sezione Assistenza farmaceutica). CAMPO SUBCODICE: indicare C (parte letterale del codice carcere) Esempio: 080002C CASA CIRCONDARIALE DI PARMA. campo cod azienda (pos3) 102 campo cod struttura (pos6) 080002 campo subcodice (pos12) C | | |

| Pos. | Campo | Tipo e lungh. | Note per la compilazione | Vincolo | Controllo |
|------|-----------------------------------|---------------|--|---------|-----------|
| 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 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 lung. | Note per la compilazione | Vincolo | Controllo |
|------|-------------------------------|--------------|---|---------|-----------|
| 55 | CODICE FISCALE | AN 16 | <p>Il campo deve obbligatoriamente contenere il codice fiscale dell'assistito oppure un analogo codice identificativo tra i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cittadini temporaneamente presenti indicare il codice STP (tipo ricetta ST); - cittadini appartenenti a stati neocomunitari, temporaneamente presenti: indicare il codice ENI (tipo ricetta ST); - assistiti immigrati appartenenti a stati colpiti dalla Crisi del Nord Africa (es. Tunisia), temporaneamente presenti: indicare il codice PSU (tipo ricetta ST); - assistiti appartenenti a stati colpiti dalla Crisi del Nord Africa richiedenti asilo politico, temporaneamente presenti: indicare il codice AS (tipo ricetta ST); <p>Inoltre il codice fiscale non deve essere impostato nei seguenti casi che, per la tutela della riservatezza, devono essere trasmessi anonimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • farmaci relativi a terapia antivirale, ad uso sistemico, di impiego nel trattamento delle infezioni da HIV e di quelle ad essa correlata (ATC J05) • 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.</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' 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 NASCITA DELL'ASSISTITO | DI 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, gli apolidi con 999. Se la cittadinanza è sconosciuta il campo non deve essere compilato. | 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 | Indica il ruolo del prescrittore ed assume i seguenti valori: <table border="1" data-bbox="619 949 1198 1447"> <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 specialità)
Dettaglio dei farmaci**

| Pos. | Campo | Tipo e lung. | Note per la compilazione | Vincolo | Controllo |
|------|---|--------------|---|---------|-----------|
| 1 | TIPO EROGATORE | AN 2 | Vedere il campo omonimo in tabella A. | 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 MINSAN10 del farmaco, compreso ossigeno. Per i farmaci non ancora registrati in Italia utilizzare il codice regionale secondo la tabella disponibile in internet. 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 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</u> per l'erogazione per conto. 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 |

| Pos. | Campo | Tipo e lungh. | Note per la compilazione | Vincolo | Controllo |
|------|-------------------------------------|---------------|--|---------|--------------|
| 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: indicare l'importo della singola erogazione.</p> <p>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, carcere e strutture residenziali e semiresidenziali, hospice;</p> <p>06 = Erogazione "per conto" (DPC);</p> <p>07 = Farmaci somministrati in regime di ricovero ad emofilici e farmaci innovativi oncologici ed ematologici somministrati in regime di ricovero;</p> <p>08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione <u>non</u> è inclusivo del farmaco. Non utilizzare altre modalità.</p> | OBBV | Scartante |
| 79 | PRESTAZIONE AMBULATORIALE | AN 7 | <p>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.</p> | 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 | Compilare con il numero della scheda di dimissione | 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 | 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

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

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Sonia Gandolfi

tel. 051 5277426 – Fax. 051 5277084

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

Servizio Politica del Farmaco

Ilaria Mazzetti

Tel. 051 5277284

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

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

V.le Aldo Moro, 21

40127 Bologna

Luisa Martelli



Eleonora Verdini

