

Allegato D2: Flussi_Valle d'Aosta

Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria

ANNO 2020

FARMACEUTICA (FLUSSO D)

Si considerano prestazioni appartenenti al periodo di riferimento le ricette spedite in una data compresa nell'anno. Non sono accettabili ricette presentate al pagamento in anni precedenti a quello di riferimento.

I record devono essere strutturati secondo i tracciati indicati ed i campi devono essere valorizzati secondo le specifiche.

Con l'introduzione delle specifiche tecniche per adeguare la trasmissione dei dati alla legge 675/96 e successivi provvedimenti attuativi, i file vengono separati in due archivi:

File D1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File D2: archivio contenente le informazioni sanitarie dell'utente. La segnalazione degli errori deve essere effettuata in tale archivio anche in caso di errori riscontrati nell'archivio dei dati anagrafici.

Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da:

codice regione addebitante + codice ASL/Azienda + ID + progressivo riga.

L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record.

Come indicato dalla Commissione Salute del 12 ottobre 2011 si stabilisce che sia la regione erogatrice a trattenere la quota di compartecipazione alla spesa aggiuntiva introdotta con la manovra di Luglio 2011. Questo comporta che, per tutti i flussi su cui incide la manovra ticket, il valore addebitato non tenga conto del "ticket aggiuntivo". Nella pratica nulla cambia rispetto al passato, pertanto la compilazione dei tracciati andrà effettuata nel seguente modo:

il campo ticket dovrà contenere soltanto la quota ticket ante manovra di luglio (senza quota aggiuntiva), il campo importo totale della riga 99 dovrà essere calcolato come somma delle righe zn – ticket.

ERRORI CONTESTABILI

Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome e nome possono essere inseriti se disponibili.

1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente o errato si intende la mancanza del codice fiscale, o la presenza di un codice fiscale formalmente non corretto. Le uniche eccezioni sono rappresentate dai casi coperti da riservatezza ai sensi di legge; per tali casi, quando una regione intende segnalare un anonimo nei campi del cognome e del nome deve essere indicata la dicitura ANONIMO in maiuscolo e il Codice Fiscale, deve essere omesso (in tal caso andrà compilato con spazi), restando inteso che le casistiche che consentono l'anonimato non obbligano a fornire un dato anonimizzato.

2= Cittadino non riconoscibile come proprio residente.

La residenza degli assistiti può essere accertata attraverso le verifiche nelle anagrafi sanitarie regionali o di ASL oppure attraverso l'anagrafe del Sistema TS. La non individuazione degli assistiti nelle anagrafi sanitarie non ne esclude in modo assoluto la presenza tra i residenti, le regioni si impegnano a contestare, per questo motivo, solo i casi accertati in modo valido. La ricerca nelle anagrafi deve essere effettuata con ognuno degli identificativi formalmente corretti presenti nel record e verificarne la contemporanea assenza dall'anagrafe. Se in un record è valorizzato il codice fiscale ed è anche formalmente corretto, ma non può essere effettuata la ricerca sul codice fiscale perché tale informazione non è disponibile nell'anagrafe, il record può essere contestato solo dopo aver effettuato una ulteriore ricerca nell'anagrafe fiscale.

E' sufficiente che un solo identificativo dia esito positivo nella ricerca per considerare l'assistito come proprio residente.

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata (la ricetta non può essere contestata se anche un solo farmaco fa parte dell'elenco ed il nominativo è ANONIMO)

La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi coperti da riservatezza:

- pazienti affetti da HIV: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente al codice ATC J05 Antivirali iniettabili (con esclusione di J05AB04 – J05AF08 – J05AF10 - J05AF11 – J05AH01 – J05AH02 – J05AE10 – J05AE11 in quanto farmaci con indicazione diverse da HIV e patologie immediatamente correlabili ad essa)
- pazienti affetti da dipendenza da stupefacenti: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente ai codici ATC N07BC01 o N07BC02 Farmaci usati nelle dipendenze da stupefacenti

- pazienti affetti da dipendenza da alcool: in corrispondenza di codice farmaco MINSAN10 afferente al codice ATC N07BB (N07BB01 – N07BB02 – N07BB03 – N07BB04) Farmaci usati nelle dipendenze da alcool

Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice provincia di residenza mancante o errato

E' da considerarsi come dato minimo obbligatorio quello della Provincia. Devono essere valorizzati i primi tre caratteri del campo Comune di residenza ed impostando a valore zero i rimanenti 3 caratteri del campo stesso.

2= Provincia di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito

Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice farmaco non valorizzato o non esistente su tabella relativa (codice MINSAN10, 9 caratteri allineati a sinistra).

In caso di mancanza del codice MINSAN10 si utilizzano le seguenti codifiche:

- per l'ossigeno la codifica V03AN01 è il codice ATC di massimo dettaglio (sia liquido che gas)
- per i vaccini iposensibilizzanti la codifica: IPO

Errori nelle righe/record (ERR05)

3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga 99)

4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe zn.

Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

1= Importo totale di tutte le righe non valorizzato come numerico

2= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99

3= Importo ticket della riga 99 non è valorizzato come numerico e Importo totale della riga 99 non è valorizzato come numerico, da segnalare solo su riga 99.

4= Valore di 'Importo totale' della riga '99' superiore alla somma del campo Importo delle righe diverse da '99' meno l'importo Ticket della riga '99'

Il campo Importo ticket può contenere sia il ticket, nel caso in cui una regione lo abbia introdotto, sia la differenza tra il costo del farmaco e quello del generico corrispondente, cioè la quota a carico del cittadino; nel caso in cui questa quota non sia presente il campo deve essere compilato comunque secondo le regole previste per i campi con valorizzazione in Euro.

5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo di vendita del farmaco (solo sulle righe zn).

Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.
Il controllo andrà fatto solo sulle righe zn.

Errori sulla data della prestazione (ERR08).

La data della prestazione è da intendersi come la data di erogazione del farmaco da parte della farmacia

1= La data di erogazione è assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza).

Errore sulla ricetta (ERR09).

Lo stesso numero ricetta ma con ID diverso è da intendersi come ricetta duplicata effettiva.

1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso.

Tracciato record File

“D”

FARMACEUTICA

FILE D1 - dati anagrafici

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice (farmacia)	FAC
13-28	Medico proscrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscole	FAC
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscole	FAC
79-94	Campo vuoto	AN	16	Riempire con spazi	
95-110	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB
120-125	Provincia o Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT della Provincia o del Comune di residenza. Per la Provincia	OBB V
126-128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129-130	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc.	OBB V
131-150	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di	OBB V

FILE D2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice (farmacia)	FAC
13-28	Numero ricetta	AN	16	Riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta. Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) il campo deve obbligatoriamente essere compilato con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescrittiva è: ricetta unica SSN	OBB
29-30	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati conterranno le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data" e "Codice Farmaco".	OBB V
31-38	Data erogazione del farmaco	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
39-47	Codice farmaco	AN	9	Riportare il codice del farmaco distribuito. Codice Ministeriale MINSAN10 oppure altri valori ammessi: V03AN01 per l'ossigeno (sia liquido che gassoso)	OBB V

48	Ticket	AN	1	0= Regione che non ha introdotto il Ticket	OBB
49-51	Quantità	N	3	<p>Deve essere inserito il numero di pezzi prescritti per ricetta</p> <p>Il numero di pezzi prescritti per ricetta può essere al massimo di 2 , tranne i seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	OBB

52-53	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 01=esente totale;	FAC
54-60	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011)	OBB V
61-68	Importo totale	N	8	Importo calcolato mediante la moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente ed esclusa la quota aggiuntiva della manovra di Luglio 2011 per le regioni che hanno introdotto tale quota di compartecipazione alla spesa.. Sulle righe zn va riportato il prezzo al netto dello sconto (l'addebito da effettuare è dato dal costo effettivamente sostenuto)	OBB V
69	Posizione contabile	AN	1	<p>Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata;</p> <p>Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata;</p> <p>3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') <u>solo</u> per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione</p>	OBB
70	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	<p>0 = nessun errore</p> <p>1 = identificativo utente assente o errato</p> <p>2 = utente assente da anagrafe dei residenti</p>	
71	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	<p>0 = nessun errore</p> <p>1 = codice provincia di residenza non valorizzato o errato</p>	
72	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	<p>0 = nessun errore</p> <p>1 = codice farmaco assente o errato (non esistente su tabella relativa</p>	
73	ERR04	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
74	ERR05 Errori del record	AN	1	<p>0 = nessun errore</p> <p>3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98</p>	
75	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	<p>Da segnalare solo se Importo maggiore di zero</p> <p>0 = nessun errore</p> <p>1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'.</p> <p>2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico</p> <p>3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga</p>	
76	ERR07	AN	1	0 = nessun errore	
77	ERR08 Errori sulla data della	AN	1	<p>0 = nessun errore</p> <p>1 = la data di erogazione del farmaco assente o errata o non</p>	
78	ERR09 Errore sulla ricetta	AN	1	<p>0 = nessun errore</p> <p>1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso.</p>	
79	ERR10	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
80-99	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di	OBB V

100-102	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile ='3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.=
103-104	Tipo modulo	AN	2	01 = ricetta unica SSN 02 = ricettari degli stupefacenti, modello ministeriale per 8 giorni di terapia, modello ex legge n. 12/2001 (analgesici oppiacei) da verificare se rispetto alla normativa nazionale	OBB
105-110	Codice esenzione ticket	AN	6	Se campo posizione utente nei confronti del ticket = 01 Inserire codice esenzione come da tabella nazionale.	FAC

2. SCHEDA TECNICA DEL FLUSSO INFORMATIVO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE ED ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA PER LE MODALITÀ ED I TEMPI DI TRASMISSIONE DEI DATI.

2.1 Ambito della rilevazione

A partire dai dati riferiti al 1° gennaio 2005, è istituito il flusso informativo relativo alle prestazioni di assistenza farmaceutica territoriale previste dal prontuario farmaceutico nazionale, erogate agli assistiti residenti e non dalle farmacie pubbliche e private situate sul territorio regionale.

2.2 Modalità e tempi di invio dei dati

I dati delle prestazioni di assistenza farmaceutica territoriale sono inviati, con cadenza trimestrale, entro il 60° giorno successivo al trimestre di riferimento - per via telematica - dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta alla struttura competente in materia dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali.

Prima della trasmissione dei dati, l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta procede, con la massima cura, alla verifica della qualità formale e sostanziale dei medesimi.

2.3 Caratteristiche degli archivi informatici

Gli archivi da inviare all'Assessorato sanità, salute e politiche sociali sono in formato testo (formato standard ASCII). Ogni record è a lunghezza fissa, secondo il tracciato record descritto in appendice del presente disciplinare, i campi all'interno del record sono concatenati tra loro e, non vengono separati da alcun carattere specifico.

Per garantire il rispetto delle regole di consistenza e di sicurezza, i dati anagrafici dell'utente sono trasmessi separatamente da quelli "sensibili". Per ogni prescrizione/contatto è compilato:

- un record del file “**Dati Anagrafici**” (dati anagrafici relativi all'utente) ;
- un record del file “**Dati di Contatto**” (modalità di prescrizione e di accesso);
- un record del file “**Dati di Prestazione**”, uno per ogni prestazione erogata.

Gli archivi sono denominati rispettivamente *AFTaaaatAN.txt*, *AFTaaaatCN.txt* e *AFTaaaatPS.txt* dove i caratteri *aaaa* ed il carattere *t* individuano rispettivamente l'anno ed il trimestre di riferimento.

I record delle tre sezioni hanno tutti i campi chiave valorizzati. Inoltre, per ogni chiave, vi è solo un record nei file dei dati anagrafici e dei dati di contatto ed almeno un record nel file delle prestazioni.

La chiave che unisce i record anagrafici e di contatto a quelli delle prestazioni è composta dai campi:

- Codice Regione (per tutte e tre le sezioni);
- Codice azienda USL di riferimento (per tutte e tre le sezioni);
- Identificativo contatto (per tutte e tre le sezioni);
- Progressivo prestazione per contatto (per il tracciato delle prestazioni).

Tutti i dati riportati nei diversi tracciati sono ordinati sui campi chiave di riferimento con un ordine crescente.

Gli importi sono espressi in euro la cui parte decimale dovrà essere sempre di due caratteri anche nei casi di cifra intera (es.: 156,00).

2.4 Tutela della riservatezza dei dati

I dati dei soggetti interessati dalla rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono trattati secondo quanto stabilito dal *Codice in materia di protezione dei dati personali* (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

2.5. Contenuto informativo

La prima sezione contiene le informazioni anagrafiche di seguito riportate:

1. Regione;
2. Azienda Usl di riferimento;
3. Id contatto;
4. Codice individuale dell'assistito;
5. Identificativo cittadino;
6. Data di nascita;
7. Comune di nascita;
8. Sesso;
9. Cittadinanza;
10. Regione di residenza;
11. Azienda Usl di residenza;
12. Comune di residenza;
13. Numero di identificazione della tessera europea di assicurazione di malattia;
14. Istituzione competente.

La seconda sezione contiene le informazioni di contatto di seguito riportate:

4. Regione di riferimento;
5. Azienda Usl di riferimento;
6. Id contatto;
15. Numero della ricetta;
16. Medico prescrittore;
17. Tipologia del medico prescrittore;
18. Struttura erogatrice;
19. Data di erogazione;
20. Data della prescrizione;
21. Posizione dell'utente nei confronti del ticket;
22. Tipologia di esenzione;
23. Importo totale delle prestazioni
24. Importo del ticket.

La terza sezione contiene le informazioni delle prestazioni sanitarie di seguito riportate:

4. Regione di riferimento;
5. Azienda Usl di riferimento;
6. Id contatto;
25. Progressivo prestazione per contatto;
26. Codice AIC;
27. Quantità;
28. Importo della prestazione.

2.6. Modalità di codifica

1. Codice della Regione

Codice a tre cifre che identifica la Regione dell'azienda USL inviante i dati.

Campo chiave.

2. Codice dell'Azienda Usl di riferimento

Codice a tre cifre che identifica l'azienda USL inviante i dati. Il codice è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Campo chiave.

3. Identificativo contatto

Codice progressivo univoco dell'evento di cura, nei primi 4 caratteri è indicato l'anno di riferimento.

Campo chiave.

4. Codice individuale dell'assistito

E' costituito dal codice individuale a 7 cifre assegnato al paziente nell'ambito dell'anagrafe degli iscritti al SSR dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

5. Identificativo cittadino

Nel caso del cittadino iscritto al servizio sanitario nazionale è costituito dal Codice fiscale dell'assistito, nel caso di cittadino straniero comunitario non residente è costituito dal numero di identificazione del titolare della tessera europea di assicurazione di malattia, nel caso di cittadino straniero non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, è riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri.

6. Data di nascita

Data nel formato GGMMAAAA (giorno, mese, anno).

7. Comune di nascita

E' utilizzato il codice del Comune, impiegato dall'ISTAT, composto da sei cifre di cui le prime tre indicano la provincia e le altre tre identificano il comune.

Nel caso in cui il cittadino sia nato all'estero, è utilizzato il codice 999 al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno.

8. Sesso

Il codice ad un carattere utilizzato è:

1 = maschio;

2 = femmina.

9. Cittadinanza

Per indicare la cittadinanza è utilizzato il seguente codice a tre caratteri: 100 per la cittadinanza italiana e codice Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno per la cittadinanza estera. Per gli apolidi è utilizzato il codice 999.

10. Regione di residenza

Codice a tre cifre che identifica la Regione cui appartiene il comune in cui risiede l'assistito. Il campo non è compilato per i residenti all'estero.

11. Azienda USL di residenza

E' l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune in cui risiede il cittadino. Il codice è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Il campo non è compilato per i residenti all'estero.

12. Comune di residenza

E' utilizzato il codice del Comune, impiegato dall'ISTAT, composto da sei cifre di cui le prime tre indicano la provincia e le altre tre identificano il comune.

Nel caso in cui il cittadino sia nato all'estero, è utilizzato il codice 999 al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno.

13. Numero di identificazione della tessera europea di assicurazione di malattia

Numero di identificazione progressivo della tessera europea di assicurazione di malattia. E' valorizzato solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di tessera europea di assicurazione di malattia.

14. Istituzione competente

Codice istituzione competente. E' valorizzato solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di tessera europea di assicurazione di malattia.

15. Numero della ricetta

Codice a barre di ciascuna ricetta.

16. Medico prescrittore

Codice fiscale del prescrittore.

17. Tipologia del medico prescrittore

Il codice utilizzato è:

00 = Non rilevato;

01 = Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, guardia medica, guardia turistica;

02 = Medico specialista dipendente pubblico;

03 = Medico specialista convenzionato (ex SUMAI);

04 = Altro: medico INPS, INAIL, Polizia....

18. Codice della struttura erogatrice

Codice regionale della farmacia.

19. Data di erogazione

Data di erogazione del medicinale da parte della struttura erogatrice nel formato GGMMAAAA (giorno, mese, anno).

20. Data della prescrizione

Data di compilazione della ricetta da parte del prescrittore nel formato GGMMAAAA (giorno, mese, anno).

21. Posizione dell'utente nei confronti del ticket

Il codice utilizzato è:

01 = Esente totale;

02 = Non esente;

03 = Pagamento quota ricetta;

04 = Esente parziale.

22. Tipologia di esenzione

Codice indicante il motivo di esenzione dal ticket. Il codice utilizzato è:

01 = Esente per età e reddito;

02 = Esente per patologia;

03 = Altro;

04 = Non esente;

99 = Non rilevato.

Il codice utilizzato è coerente con il campo 21. Posizione dell'utente nei confronti del ticket.

23. Importo totale delle prestazioni

Importo totale delle prestazioni erogate ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo della prestazione, nel formato NNNNN,NN.

24. Importo del ticket

Importo del ticket pagato dal cittadino relativo a tutte le prestazioni nel formato NNNNN,NN.

25. Progressivo prestazione per contatto

Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta.

26. Codice AIC

Codice della di autorizzazione all'immissione in commercio della confezione del medicinale distribuito (Modello MINSAN10).

27. Quantità

Numero di confezioni di medicinali distribuiti.

28. Importo della prestazione

Importo della singola confezione di medicinali erogata nel formato NNNNN,NN.

APPENDICE - TRACCIATO DEI RECORD

SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI (1 record per ogni ricetta)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO ¹	LUNGHEZZA	NOTE
		DA	A			
1.	Codice Regione	1	3	AN	3	Chiave
2.	Codice Azienda USL	4	6	AN	3	Chiave
3.	Id contatto	7	26	AN	20	Chiave
4.	Codice individuale dell'assistito	27	33	AN	7	
5.	Identificativo cittadino	34	49	AN	16	
6.	Data di nascita	50	57	DATA	8	
7.	Comune di nascita	58	63	AN	6	
8.	Sesso	64	64	AN	1	
9.	Cittadinanza	65	67	AN	3	
10.	Regione di residenza	68	70	AN	3	
11.	Azienda USL di residenza	71	73	AN	3	
12.	Comune di residenza	74	79	AN	6	
13.	Numero di identificazione della tessera europea di assicurazione di malattia	80	99	AN	20	
14.	Codice istituzione competente	100	127	AN	28	

SEZIONE 2 – DATI DI CONTATTO (1 record per ogni ricetta)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO ¹	LUNGHEZZA	NOTE
		DA	A			
1.	Codice Regione	1	3	AN	3	Chiave
2.	Codice Azienda USL	4	6	AN	3	Chiave
3.	Id contatto	7	26	AN	20	Chiave
15.	Numero della ricetta	27	42	N	16	
16.	Medico prescrittore	43	58	AN	16	
17.	Tipologia del medico prescrittore	59	60	AN	2	
18.	Struttura erogatrice	61	66	AN	6	
19.	Data di erogazione	67	74	DATA	8	
20.	Data della prescrizione	75	82	DATA	8	
21.	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	83	84	AN	2	
22.	Tipologia di esenzione	85	86	AN	2	
23.	Importo totale delle prestazioni	87	94	N	8	
24.	Importo del ticket	95	102	N	8	

SEZIONE 3 – DATI DI PRESTAZIONE (1 record per ogni prestazione)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO ¹	LUNGHEZZA	NOTE
		DA	A			
1.	Codice Regione	1	3	AN	3	Chiave
2.	Codice Azienda USL	4	6	AN	3	Chiave
3.	Id contatto	7	26	AN	20	Chiave
25.	Progressivo riga per contatto	27	28	N	2	Chiave
26.	Codice AIC	29	38	AN	10	
27.	Quantità	39	41	N	3	
28.	Importo della prestazione	42	49	N	8	

NOTE:

(1) Formato

AN = alfanumerico

N = numerico

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

I campi data se non utilizzati devono essere impostati con il valore "spazio".

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

Flusso delle prestazioni farmaceutiche effettuate in Distribuzione Per Conto

DM 31 luglio 2007 – tracciato consumi FASE 3

Campo	Campo EXCEL	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio MINISTERO	Lun g	Note / Informazioni di Dominio ASL	Presente in file excel
Regione Erogante	cod_reg (attributo)	Codice regione erogante	Valori di Riferimento riportati nell' Allegato A . (Campo obbligatorio)	3	Valore fisso: 020	NO
Anno di riferimento	anno (attributo)	Indica l'anno di erogazione dei medicinali.	Valori ammessi: AAAA (Campo obbligatorio)	4	Desunto dal campo "data erogazione"	SI
Mese di riferimento	mese (attributo)	Indica il mese di erogazione dei Medicinali.	Valori ammessi: MM (Campo obbligatorio)	2	Desunto dal campo "data erogazione"	SI
Codice Azienda Sanitaria Erogante	cod_asl (attributo)	Codice dell'azienda sanitaria erogante (azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, IRCCS, Azienda Ospedaliera universitaria), costituito dall'unione tra codice Regione e codice dell'azienda sanitaria.	Per le AO, IRCCS e AOU indicare il codice del modello HSP11, per le altre indicare il codice del modello FLS11 (ASL, ESTAV). (Campo obbligatorio)	6	Valore fisso: 020101	NO
Tipo Erogatore	tipo_er (attributo)	Codice tipo erogatore (struttura di ricovero e cura, farmacia, ecc.).	Valori di riferimento nell' Allegato B . (Campo obbligatorio)	2	Valore fisso: 04	NO
Codice Struttura Erogante	id_er (attributo)	Codice della struttura erogante o dispensatrice	Valori di riferimento: codici farmacie assegnati dal Settore Salute – Tracciabilità del farmaco, per tipo erogatore 04 – Farmacia convenzionata. (Campo obbligatorio)	8	E' possibile anche solo indicare il codice regionale della farmacia → la transcodifica verrà poi fatta dall'ASL	SI
Tipo Struttura Erogante	tipo_str (attributo)	Indica la tipologia di struttura erogante nel caso di Tipo erogatore 02; consente di specificare se la struttura cui si riferiscono i dati in oggetto è un SERT, una RSA, un'altra struttura	Valori di riferimento nell' Allegato G . (Campo obbligatorio per tipo erogatore 02)	2	Non compilare in quanto in questo caso il tipo erogatore è sempre e solo "04"	NO

		residenziale o semiresidenziale o un'altra struttura territoriale				
Data Erogazione	dat_erog (attributo)	Data di erogazione dei medicinali	Formato: AAAA-MM-GG (Campo obbligatorio*)	10		SI
Tipo erogazione	tipo_erog (attributo)	Indica il tipo di erogazione diretta (alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, destinata ad assistiti cronici, dispensata in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale)	Valori di riferimento nell' Allegato C . (Campo obbligatorio)	2	Valore fisso: 03	NO
Canale di erogazione	tipo_canale (attributo)	Indica il canale di erogazione della distribuzione diretta dei medicinali: <ul style="list-style-type: none"> - diretta in senso stretto se l'erogazione avviene per il tramite delle farmacie ospedaliere o dei presidi territoriali, - per conto se l'erogazione avviene per il tramite delle farmacie aperte al pubblico, - rimborso "extra tariffa" se l'erogazione viene effettuata da una struttura non direttamente gestita dal SSN, e successivamente rimborsata dal SSN. 	Valori ammessi: D = distribuzione diretta P = distribuzione per conto R = Rimborso Extra Tariffa (acquisto effettuato da strutture non direttamente gestite dal SSN, e successivamente rimborsato dal SSN) (Campo obbligatorio)	1	Valore fisso: P	NO
Tipo Contatto	tipo_cont (attributo)	Indica la tipologia di contatto (ricetta SSN o altro), utile al controllo dell'Id Contatto.	Valori ammessi: 1 = ricetta SSN 2 = altro (Campo obbligatorio)	1	Valore fisso: 1	NO
Id Contatto	id_cont (attributo)	In caso di tipo contatto ricetta SSN, contiene il numero di ricetta. Negli altri casi, il campo indica il numero progressivo dell'episodio di erogazione/contatto, univoco per anno di riferimento e Regione/AS	<ul style="list-style-type: none"> • Per tipo contatto 1 - ricetta SSN, codice 15 cifre (3 cifre per ente di competenza + 2 cifre dell'anno di produzione del ricettario + 9 cifre numerazione progressiva ricetta + 1 cifra carattere di controllo parità); • Per tipo contatto 2 – altro, inserire 	15	ricetta SSN	SI

			codice regionale utilizzato per identificare il contatto. Se ci si avvale della possibilità di omettere i dati relativi a prescrittore, contatto e assistito (cfr. §4.1.3.1) inserire il valore "0". (Campo obbligatorio)			
Codice Prescrittore	cod_pr (attributo)	Indica il codice utilizzato in ambito regionale per l'individuazione del prescrittore.	(Campo facoltativo)	16		SI
Tipo Prescrittore	tipo_pr (attributo)	Indica il ruolo del prescrittore (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico ospedaliero, specialista ambulatoriale, guardia medica, ecc)	Valori di riferimento nell' Allegato D . (Campo obbligatorio)	1		SI
Data Prescrizione	dat_pres (attributo)	Data di prescrizione	Formato: AAAA-MM-GG (Campo obbligatorio)	10		SI
Identificato assistito	id_ass (attributo)	Codice anonimo dell'assistito.	Per la compilazione si rimanda al paragrafo 3.3. Nei casi di omissione dell'informazione previsti dalla Legge, il campo deve essere valorizzato con 24 zeri. (Campo obbligatorio)	24	Indicare il codice fiscale dell'assistito, l'attività di anonimizzazione del paziente è a carico dell'ASL	SI
Data di Nascita	dat_nasc (attributo)	Data di nascita dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione.	Formato: AAAA-MM-GG Il mese e il giorno dovranno assumere il valore "01" (Es. 1996-01-01), ad eccezione degli assistiti anonimi, per cui è prevista la data 9999-12-31 (Campo obbligatorio)	10	Indicare per esteso la data di nascita dell'assistito, l'attività di "standardizzazione" (mese=01, giorno=01) della data è a carico dell'ASL	SI
Genere	sex (attributo)	Sesso dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione.	Valori ammessi: 1 = maschio 2 = femmina 9 = non noto/non risulta	1	Oppure indicare M/F e lasciare vuoto dove non risulta	SI

			<i>(Campo obbligatorio)</i>			
Cittadinanza	citt (attributo)	Cittadinanza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione	Valori ammessi: 1 = cittadino italiano 2 = cittadino altro stato; 9 = apolide <i>(Campo obbligatorio)</i>	1		SI
ASL Residenza	cod_asl_ass (attributo)	Codice della ASL di residenza o della ALS che ha in carico l'assistito, costituito dall'unione tra codice Regione e codice ASL	Valori di riferimento: codici dei modelli FLS11. <i>(Campo Facoltativo, in alternativa a "Stato Estero di Residenza")</i> .	6		SI
Stato estero di residenza	stat_est (attributo)	Codice dello stato estero che ha in carico l'assistito a cui è stata erogata la prestazione. Come previsto nella Tessera Europea di Assicurazione di Malattia, va riportato il codice della colonna Alpha 2 della codifica ISO 3166-1.	Valore di riferimento nell' Allegato F . <i>(Campo Facoltativo, in alternativa a ASL di Residenza)</i>	2		SI
Comune Residenza assistito		Codice ISTAT del comune di residenza dell'assistito		6	Informazione non presente sul DM ma necessaria all'ASL per la compilazione del flusso F della mobilità	SI
Codice Istituzione Competente	cod_ist_comp (attributo)	Codice di identificazione assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione o di residenza competente ai sensi degli allegati 2 e 3 e del regolamento 574/72. Necessario per attribuire la spesa all'istituzione estera.	<i>(Campo facoltativo)</i>	28	Lasciare vuoto	NO
Tipo di esenzione	tipo_esen (attributo)	Codice indicante il tipo di esenzione dell'assistito	Valore di riferimento nell' Allegato E . <i>(Campo obbligatorio)</i>	1		SI
Codice esenzione	cod_esen (attributo)	Per alcune tipologie di esenzione, codice di esenzione delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla	Valori di riferimento: codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione	3		SI

		spesa – decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze del 22 luglio 2005	alla spesa – decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze del 22 luglio 2005 (codice da 1 cifra + subcodice da 2 cifre). (Campo obbligatorio solo per i tipi esenzione 2,3,4 e 5)			
Importo quota fissa assistito	quota_fissa_ass (attributo)	Eventuale quota fissa pagata dal cittadino per la singola prestazione. Nel caso di cittadino esente, l'importo sarà a 0.	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e "999.99" (Campo facoltativo)	6	Per valorizzazione vedi file " <u>chiarimento quota fissa farmacie 2018 def.pdf</u> "; ripetere su ogni riga (farmaco) che compone la singola ricetta il valore complessivo della quota fissa	SI
Costo del servizio per ricetta	costo_srv_ric (attributo)	Costo totale del servizio per la prescrizione.	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e 999999.99" (Campo obbligatorio, se non si valorizza il costo del servizio previsto a livello di medicinale prescritto)	9	Vedi file " <u>Accordo di Distribuzione Per Conto di medicinali 2019-2021.pdf</u> "	SI
Importo quota percentuale a carico assistito	quota_perc_ass (attributo)	Eventuale quota percentuale pagata dal cittadino per la singola prestazione. Nel caso di cittadino esente, l'importo sarà a 0.	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e "999.99" (Campo facoltativo)	6	Campo vuoto	NO
Costo del servizio	costo_srv (attributo)	Costo sostenuto per il servizio di distribuzione diretta, riferito al medicinale prescritto.	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e "9999.99" (Campo obbligatorio se non valorizzato il campo "costo_srv_ric")	9	Vedi file " <u>Accordo di Distribuzione Per Conto di medicinali 2019-2021.pdf</u> "	SI
Tipo medicinale	tipo_f (attributo)	Codice che indica la tipologia di medicinale per distinguere: medicinali autorizzati all'immissione in	Valori Ammessi: 1 = confezione con AIC 2 = formule magistrali e officinali	1	Dovrebbero essere tutti tipo = 1	SI

		commercio, preparazioni officinali, farmaci esteri non autorizzati in Italia, ossigeno o gas medicinali.	3 = esteri 4=Ossigeno liquido 5=Ossigeno gassoso 6=Altri gas medicali (Campo obbligatorio)			
Codice medicinale	cod_f (attributo)	<p>Codice che identifica il medicinale:</p> <p><input type="checkbox"/> codice di autorizzazione all'immissione in commercio, per i medicinali dotati di AIC;</p> <p><input type="checkbox"/> codice ATC di massimo dettaglio disponibile oppure , per gli altri medicinali non dotati di AIC:</p> <p><input type="checkbox"/> codice identificativo del medicinale estero o della formula magistrale ed officinale assegnato, rispettivamente, dalla Regione Emilia Romagna e dalla Regione Liguria.</p> <p>Per i tipi 4, 5 e 6 (quando non disponibile l'AIC) sono previsti i seguenti valori:</p> <p>o Gas medicinali puri e miscele di gas medicinali: V03AN</p> <p>o Ossigeno: V03AN01</p> <p>o Carbone diossido: V03AN02</p> <p>o Helio: V03AN03</p> <p>o Azoto: V03AN04</p> <p>o Protossido di Azoto: N01AX13</p> <p>o Zolfo Esafloruro: V08DA05</p> <p>o Farmaci produttori di anidride carbonica: A06AX02</p> <p>o Aria medicale: V03AN05</p> <p>o Ossido nitrico: R07AX01</p>	<p>Valori Ammessi:</p> <p><input type="checkbox"/> Per tipo medicinale "1" indicare codice AIC (obbligatorio).</p> <p><input type="checkbox"/> Per tipo medicinale "2" o "3" indicare il codice ATC di massimo dettaglio disponibile oppure il codice identificativo del medicinale estero o dello formula magistrale ed officinale (tali codici sono ,rispettivamente, riportati nella colonna "Codice" dei report "DIR_OSP_004 Anagrafi medicinali Esteri" e "DIR_OSP_005 Anagrafe formule magistrali e officinali" (obbligatorio).</p> <p><input type="checkbox"/> Per tipo medicinale "4" o "5" indicare codice ATC dell'ossigeno "V03AN01" (obbligatorio)</p> <p><input type="checkbox"/> Per tipo medicinale "6": indicare uno dei codici ATC relativi ad altri Gas medicinali "V03AN", "V03AN02", "V03AN03", "V03AN04", "N01AX13", "V08DA05", "A06AX02", "V03AN05", "R07AX01" (obbligatorio).</p> <p>(Campo obbligatorio condizionato).</p>	9	Dovrebbero essere tutti aic...	SI
Targatura	targatura (attributo)	Numerazione progressiva del bollino della singola confezione.	Codice Numerico (D.M. 2 agosto 2001 "Numerazione progressiva dei bollini apposti sulle confezioni dei medicinali erogabili	9		SI

			dal Servizio sanitario nazionale") Nel caso in cui il dato non sia disponibile inserire il valore "0". Va indicato anche il codice di controllo (check digit). Il codice di controllo può essere impostato ad "A" se la lettura automatica non è andata a buon fine oppure ad "X" se non è ancora stata prevista la gestione dello stesso. (Campo obbligatorio)			
Costo d'acquisto	costo_acq (attributo)	Costo sostenuto per l'acquisto dei medicinali in distribuzione diretta comprensivo di IVA. Il costo d'acquisto deve essere sempre riferito alla quantità indicata nell'apposito campo (espressa in confezioni, unità posologiche o litri).	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e "99999999.99999" (Campo obbligatorio)	14	A carico ASL: pmp del prodotto associato magazzino 50 della farmacia presente al momento dell'elaborazione dei dati moltiplicato per la quantità e il fattore di confezionamento	NO
Quantità	qta (attributo)	Indica il numero di pezzi (confezioni o unità posologiche) con riferimento al medicinale. Per l'ossigeno e gli altri gas medicinali indicare il numero di litri.	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra 1 e 999999.99. (Campo obbligatorio)	9	Indicare il numero di confezioni	SI
Fattore di conversione	fatt_conv (attributo)	Se la quantità è espressa in unità posologiche, il fattore di conversione indica il numero di unità posologiche della confezione. Se la quantità è espressa in confezioni o in litri, va indicato il valore "1".	Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra 1 e 999999. (Campo obbligatorio)	6	Dovrebbe essere sempre 1, visto che si indicano le confezioni nel campo quantità	SI
Tipo operazione	tipo_op (attributo)	Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.	Valori ammessi: - I : Inserimento - V: Variazione - C : Cancellazione	1	A carico ASL quando invia i dati alla regione	NO

		<p>Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende fare effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione.</p> <p>Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende fare effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.</p>	<p><i>(Campo obbligatorio)</i></p>			
--	--	--	------------------------------------	--	--	--