



Regione Friuli  
Venezia Giulia



Regione Valle  
d'Aosta

Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

## PRESTAZIONI FARMACEUTICHE

**Nucleo Informativo per la rilevazione delle  
prestazioni farmaceutiche**



Regione Lombardia  
*Sanità*



Regione Calabria





*Mattoni SSN – Mattone 10 Prestazioni farmaceutiche*

<b>RIFERIMENTI</b>	
Redatto da: Società:	Gruppo di Lavoro Ristretto
Verificato da: Società:	F. Tosolini Regione Friuli Venezia Giulia
Approvato da: Data	Cabina di Regia 03/04/07



## **INDICE**

<b>1 NUCLEO INFORMATIVO PER LA RILEVAZIONE DELL'EROGAZIONE OSPEDALIERA DI FARMACI .....</b>	<b>4</b>
1.1 DEFINIZIONE DI CONSUMI OSPEDALIERI.....	4
1.2 ANALISI DEL CONTESTO.....	4
1.3 NUCLEO INFORMATIVO .....	5
<b>2 NUCLEO INFORMATIVO PER LA RILEVAZIONE DELL'EROGAZIONE DIRETTA DI FARMACI.....</b>	<b>6</b>
2.1 DEFINIZIONE DI EROGAZIONE DIRETTA .....	6
2.2 ANALISI DEL CONTESTO.....	7
2.3 NUCLEO INFORMATIVO .....	9
<b>3 NUCLEO INFORMATIVO PER LA RILEVAZIONE DELL'EROGAZIONE DELLA FARMACEUTICA CONVENZIONATA.....</b>	<b>12</b>
3.1 DEFINIZIONE DI FARMACEUTICA CONVENZIONATA .....	12
3.2 ANALISI DEL CONTESTO.....	12
3.3 NUCLEO INFORMATIVO .....	14
<b>4 FLUSSO FARMACEUTICO PREVISTO DAL DISCIPLINARE TECNICO RELATIVO ALL'ART. 50 L. N. 326/03 – CONFRONTO CON L'ATTUALE SITUAZIONE.....</b>	<b>20</b>



# **1 NUCLEO INFORMATIVO PER LA RILEVAZIONE DELL'EROGAZIONE OSPEDALIERA DI FARMACI**

## ***1.1 DEFINIZIONE DI CONSUMI OSPEDALIERI***

Nel presente documento per consumi farmaceutici ospedalieri si intendono tutti i medicinali erogati presso/dai presidi ospedalieri, ad eccezione della distribuzione diretta (vedi parte specifica). La distribuzione dei medicinali a livello delle RSA, di pazienti in assistenza domiciliare (per la parte dei medicinali non compresi nella distribuzione diretta), residenze protette, ecc, non è facilmente rilevabile in modo omogeneo in quanto organizzata e finanziata con criteri diversi nelle realtà regionali; pertanto nella fase di implementazione delle attività del Mattone, tale flusso non viene rilevato in modo distinto da quello ospedaliero, ma si ritiene incluso in esso. In una fase successiva potranno essere definite specifiche classificazioni per rilevare separatamente tali voci.

Complessivamente tra i consumi ospedalieri rientrano medicinali di classe A, C, H., farmaci esteri o altri medicinali non dotati di Minsan nonché l'ossigeno terapeutico. Sicuramente alcune categorie di medicinali (es. alcuni H-OSP2 o consumi farmaceutici erogati direttamente dalle Aziende sanitarie alle case di riposo) non si configurano come consumi ospedalieri veri e propri ma, al fine di implementare un sistema omogeneo e in modo sufficientemente semplice da parte di tutte le regioni, si ritiene che in questa fase i flussi relativi a questo capitolo rimangano inclusi tra quelli ospedalieri. Ciò non toglie che avendo i dati linkati alla banca dati farmaco possono essere scorporati per procedere a tutte le valutazioni pertinenti.

## ***1.2 ANALISI DEL CONTESTO***

Diversamente da quanto osservato, in particolare nell'ambito della farmaceutica convenzionata, a livello ospedaliero si osservano realtà regionali molto disomogenee: in alcune realtà è molto sviluppata in altre il dato è rilevabile solo per singola Azienda Sanitaria ma non a livello regionale. Per la definizione del set minimo informativo, si è cercato di impostare un nucleo informativo sovrapponibile a quello già utilizzato in alcune regioni ovvero implementabile con investimenti gestionali sufficientemente limitati.



Conseguentemente, in questa prima fase del progetto, si ritiene sufficiente rilevare il consumo di medicinali per azienda sanitaria e regione, per spesa e confezioni utilizzate.

### 1.3 NUCLEO INFORMATIVO

	Variabile	Descrizione
1	<b>Codice Regione</b>	Codice ISTAT della Regione che eroga
2	<b>Codice ASL</b>	Identificativo ASL include codice regione (DM 17.7.1986)
3	<b>Codice Struttura</b>	Da definire classificazione (azienda ospedaliera, ospedale di azienda territoriale, RSA, Residenze protette, ADI ad eccezione di quanto previsto in distribuzione diretta, ecc). Vedi Mattone pertinente
4	<b>Codice presidio/stabilimento</b>	Codici del MinSal HSP 11 e 11 bis
5	<b>Codice reparto</b>	Codici assegnati dal Ministero della salute, modello HSP 12.
6	<b>Codice regime di attività</b>	Codice del regime di attività (degenza ordinaria, day hospital, day surgery, specialistica ambulatoriale, ecc.).
7	<b>Data di erogazione</b>	Anno, mese e giorno in cui è avvenuto lo scarico al CdC
8	<b>Codice Minsan</b>	Codice del prodotto/farmaco (definire classificazione nel caso in cui non sia disponibile il minsan, es. farmaci esteri, gas medicali, galenici,ossigeno, ecc).
9	<b>Prezzo</b>	Prezzo medio ponderato IVATO
10	<b>Quantità</b>	Quantità (unità minime di scarico)
11	<b>Fattore di conversione unità posol./confezioni<sup>1</sup></b>	Siccome i medicinali vengono gestiti secondo unità posologiche, per linkare il Minsan alla banca dati farmaci è necessario disporre del fattore di conversione unità posologiche/confezioni
12	<b>Tipo di farmaco</b>	Farmaci; Mezzi di contrasto; Mezzi per indagini chimico – cliniche Dialisi; Vaccini; da definire classificazione.

<sup>1</sup> Sarebbe utile disporre-implementare tale elemento nella banca dati farmaci.



## **2 NUCLEO INFORMATIVO PER LA RILEVAZIONE DELL'EROGAZIONE DIRETTA DI FARMACI**

### **2.1 DEFINIZIONE DI EROGAZIONE DIRETTA**

Nel presente documento con i termini “erogazione diretta” si intendono le modalità distributive messe in atto dalle aziende sanitarie alternative all’acquisizione di farmaci da parte dei pazienti presso le farmacie convenzionate per il consumo al proprio domicilio. Rientrano quindi nell’erogazione diretta:

1. i farmaci di classe A<sup>2</sup> consegnati al paziente alla dimissione da ricovero o da visita specialistica;
2. i farmaci di classe A<sup>2</sup> erogati a pazienti cronici soggetti a controlli ricorrenti e/o presi in carico (PHT, piani terapeutici ecc.);
3. distribuzione “per conto” attraverso accordi con le farmacie aperte al pubblico;
4. farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare (classe A).

Poiché l’erogazione diretta è una modalità alternativa alla distribuzione presso le farmacie convenzionate essa dovrà essere rilevata tramite confezioni intere.

---

<sup>2</sup> Sono da considerarsi oggetto di rilevazione eventuali formulazioni classificate in fascia C ed utilizzate in ospedale ma aventi lo stesso principio attivo ed equivalente formulazione classificata in fascia A dispensabili dalle farmacie convenzionate.



## **2.2 ANALISI DEL CONTESTO**

L'erogazione diretta dei farmaci è una modalità di assistenza che è andata sviluppandosi in modo consistente, nell'arco di oltre un decennio, a seguito di diverse disposizioni legislative volte a salvaguardare sia l'appropriatezza di utilizzo di determinati farmaci, sia l'accesso alla terapia di determinate categorie di pazienti e sia la gestione finanziaria del sistema sanitario nazionale.

Fra tali disposizioni ricordiamo:

1. allegato 2 alla determinazione AIFA del 29 ottobre 2004 pubblicata sulla G.U. n. 259 del 4.11.2004 contenente il PHT - Prontuario della distribuzione diretta per la continuità ospedale territorio;
2. art. 8, lettera A, legge 405/2001: accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio Sanitario Nazionale (distribuzione per conto);
3. art. 8, lettera C, legge 405/2001: farmaci consegnati alla dimissione per il proseguimento della cura per il primo ciclo di terapia, ovvero alla visita specialistica ambulatoriale;
4. tutti i farmaci di classe A erogati per i pazienti in assistenza domiciliare.

Stante la modalità di finanziamento del sistema sanitario nazionale con quota capitaria secondo la residenza degli assistiti la somministrazione di alcuni farmaci in regime di ricovero ad assistiti emofilici ed i farmaci classificati in fascia H somministrati quotidianamente per trattamenti prolungati anche a domicilio, sono già contemplati nel testo unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria nell'ambito del flusso F: somministrazione diretta di farmaci (comunemente denominato FILE F).

L'implementazione dell'erogazione diretta a seguito dell'emanazione dell'allegato 2 di cui al Decreto del 22/12/2000 e della legge 405/01 ha comportato un ingente spostamento della spesa dal capitolo relativo



alla farmaceutica territoriale convenzionata a quello della farmaceutica extra-convenzionata con incidenze sulla spesa farmaceutica totale molto diversificate sul territorio nazionale, non solo dal punto di vista interregionale ma anche intraregionale.

Per un corretto monitoraggio della spesa farmaceutica risulta quindi cogente implementare un sistema informativo di rilevazione dei consumi farmaceutici legati all'erogazione diretta che sia uniforme su tutto il territorio nazionale.

Nel definire la proposta di tracciato record standard oggetto della presente nota si è tenuto conto delle seguenti considerazioni:

- A)** Il tracciato dovrebbe essere il più possibile simile a quelli già utilizzati a livello nazionale di modo da richiedere lo sforzo minimo di implementazione e quindi essere costituito da campi la cui tipologia è conforme ad altri flussi.
- B)** Il livello di dettaglio del **ricevente**, una volta che il flusso informativo sarà a regime, dovrebbe essere relativo al singolo assistito di modo da consentire:
1. eventuali conteggi del numero di pazienti utilizzatori;
  2. eventuali valutazioni per livelli di consumo di determinati farmaci;
  3. possibilità di linkare i pazienti che usufruiscono dell'erogazione diretta con i loro altri consumi sanitari e soprattutto con i consumi farmaceutici effettuati presso le farmacie aperte al pubblico.

In fase transitoria si propone di procedere ad una rilevazione dei consumi aggregata per singolo minsan a livello di ASL.

- C)** Il livello di dettaglio della **struttura erogante** dovrebbe essere tale da permettere di valutare il carico assistenziale che l'erogazione diretta comporta, anche a fronte di altre attività svolte dalla struttura; per questo motivo si propone, a regime, di rilevare:
1. il reparto di dimissione o farmacia ospedaliera per quanto concerne l'erogazione diretta in dimissione;
  2. struttura ambulatoriale o specialistica per quanto concerne l'erogazione a seguito di controlli ricorrenti e di visite ambulatoriali;





3. la farmacia erogante per quanto concerne la distribuzione per conto.

**D)** Per quanto concerne **l'unità di rilevazione** essa dovrebbe essere tale da consentire:

1. la valutazione di quanto l'erogazione diretta incida nello spostamento e contenimento della spesa convenzionata;
2. le scelte dei principi attivi attuate dai diversi ambiti territoriali e le specialità utilizzate, per questo motivo l'unità rilevata si suggerisce essere il **singolo minsan**.

**E)** Per quanto concerne le **variabili di rilevazione** si suggeriscono sia le unità (numero di confezioni) che monetarie (costo ospedaliero con IVA) al fine di permettere valutazioni sia di spesa che di consumo.

Al fine di discriminare le diverse modalità di erogazione diretta potrebbe utilizzarsi un flag in un campo "tipo\_erog" con diversi valori quali: **D** per erogazione alla dimissione; **P** per erogazione per conto; **C** per erogazione diretta a cronici (allegato 2, piani terapeutici, controlli ricorrenti). Stante le recenti disposizioni normative risulta anche auspicabile l'individuazione del carico assistenziale legato all'innalzamento dei LEA: flag = **L**; **M** per erogazione in assistenza domiciliare.

### 2.3 ***NUCLEO INFORMATIVO***

Di seguito si allega una proposta di tracciato record minimo per la rilevazione dell'erogazione diretta esplicitando la sequenza temporale in cui i campi individuati possono divenire obbligatori ( step di applicazione = 1: campo obbligatorio dall'attivazione del flusso, =2 campo introdotto in un secondo step temporale; =3 campo introdotto per ottenere flusso a regime).

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

- File ED1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente e della struttura erogante.
- File ED2: archivio contenente le informazioni sanitarie della prestazione.



Il collegamento delle informazioni contenute nei suddetti archivi è garantito dalla presenza di una chiave univoca costituita da: codice regione erogante + codice ASL/Azienda + progressivo riga +ID.

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

**In prima applicazione il file ED1 non dovrà essere trasmesso**

**FILE ED1 - dati anagrafici da trasmettere a regime**

Descrizione Campo	Note	Step di applicazione	CAMPI PRESI DA FILE F
<b>Regione erogante</b>	Codice regione erogante	1	
<b>Az. USL/Az.Osp./erogante</b>	Codice dell' azienda sanitaria erogante	1	
<b>Cognome dell'utente</b>	Tutto maiuscolo	3	
<b>Nome dell'utente</b>	Tutto maiuscolo	3	
<b>Codice fiscale</b>	Codice fiscale dell'utente	3	
<b>Data di nascita dell'utente</b>	Formato GGMMAAAA	3	
<b>Provincia e Comune di residenza</b>	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	3	
<b>USL di residenza</b>	Codice USL di residenza	3	
<b>Progressivo riga per minsan</b>	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta/erogazione.	3	
<b>ID</b>	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	3	



**FILE ED2 - dati prestazioni sanitarie**

Descrizione Campo	Note	Step di applicazione
<b>Regione erogante</b>	Codice regione erogante	1
<b>Az. USL/Az.Osp./erogante</b>	Codice dell' azienda sanitaria erogante	1
<b>Progressivo riga per minsan</b>	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta/erogazione.	3
<b>ID</b>	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	3
<b>Data erogazione del farmaco</b>	Formato GGMMAAAA A REGIME, in prima applicazione riferimento temporale MMAAAA	3
<b>Codice farmaco</b>	Riportare il codice del farmaco.	2
<b>Quantità</b>	N. confezioni (ovvero unità posologiche e fattore di conversione. Vd. Farm. Ospedaliera)	2
<b>Importo totale</b>	Costo ospedaliero del farmaco	1
<b>Tipo_erog</b>	Flag relativo alla tipologia di erogazione diretta (PHT, 1° ciclo, ADI, ecc)	2
<b>Servizio</b>	costo del servizio se tipo_erog = P	1

CAMPI PRESI DA FILE F

I dati, per la distribuzione diretta da parte delle Aziende sanitarie, si riferiscono esclusivamente al costo del farmaco non essendo possibile valutare il costo indiretto di gestione.



### **3 NUCLEO INFORMATIVO PER LA RILEVAZIONE DELL'EROGAZIONE DELLA FARMACEUTICA CONVENZIONATA**

#### **3.1 DEFINIZIONE DI FARMACEUTICA CONVENZIONATA**

Nel presente documento con i termini “farmaceutica convenzionata” si intende l'erogazione a carico del SSN di medicinali da parte delle farmacie aperte al pubblico, sulla base di presentazione di ricetta medica SSN. Rientrano quindi nella farmaceutica convenzionata:

- 1) i farmaci di classe A;
- 2) eventuali farmaci di fascia C che le singole Regioni o Province Autonome rendano concedibili a seguito di innalzamento dei LEA (rilevati separatamente dai medicinali di fascia C erogati agli invalidi di guerra e vittime del terrorismo).

#### **3.2 ANALISI DEL CONTESTO**

Dei tre flussi che concorrono alla determinazione della spesa farmaceutica SSN (distribuzione diretta, consumi ospedalieri, convenzionata), la convenzionata è quella che, a livello regionale, viene rilevata in modo più puntuale e sufficientemente omogeneo. Infatti sulla base dei risultati della ricognizione effettuata nelle varie realtà regionali, è emerso che la quasi totalità delle Regioni che hanno risposto ai questionari, rilevano, per il tramite delle ASL almeno i dati necessari alla corretta spedizione ai sensi del DPR 371 del 1998 [estremi identificativi del paziente e del prescrittore, farmaci erogati, costo della prestazione, prezzo del farmaco, eventuale compartecipazione del paziente, sconti L. 662/96 e s.m.i., sconto DL 156/2004 o eventuali altri provvedimenti amministrativi adottati a livello centrale, struttura erogante (farmacia), struttura pagante (azienda sanitaria), identificativo della ricetta e quindi del ricettario]

In generale controlli sulla correttezza della spedizione delle ricette, vengono eseguiti in maniera informatizzata su tutte le ricette in tutte le regioni; i dati raccolti in generale confluiscono in un database statistico-epidemiologici regionale o aziendale. La frequenza delle rilevazioni dei dati della farmaceutica convenzionata, secondo quanto emerso dai questionari analizzati, è mensile per tutte le Regioni, coerentemente con la frequenza di rimborso delle farmacie da parte delle Aziende sanitarie.



Considerate le innumerevoli informazioni che possono essere gestite tramite il flusso della farmaceutica convenzionata è opportuno definire chiaramente gli obiettivi del Mattone in tale ambito; infatti a seconda che il flusso sia orientato ad una rilevazione prettamente quali-quantitativa dei consumi, ovvero che prevede analisi anche di tipo epidemiologico/statistico è necessario condividere una strategia comune con tutte le regioni e coerente con gli altri Mattoni.

Di seguito quindi si presenta una proposta di tracciato in cui tutte le informazioni sopra descritte possono essere rilevate, MENSILMENTE, individuando una tempistica –in step successivi - in cui tutte le informazioni saranno a regime (in pratica, anche a seconda dell'avanzamento delle attività connesse all'applicazione dell'art.50):

- A)** Il tracciato deve essere il più possibile simile a quelli già utilizzati a livello nazionale di modo da richiedere uno sforzo minimo di implementazione e quindi essere costituito da campi la cui tipologia è conforme ad altri flussi.
- B)** Il livello di dettaglio del **ricevente** relativo al singolo assistito deve consentire: a) eventuali conteggi del numero di pazienti utilizzatori; b) eventuali valutazioni per livelli di consumo di determinati farmaci; c) possibilità di linkare i pazienti sia ad altre Banche Dati sanitarie che alle prestazioni di assistenza farmaceutica erogata in distribuzione diretta (valutazione del grado di continuità della terapia, eventuali sostituzione della terapia consegnata in fase di dimissione, ecc.). Su questo aspetto è comunque necessario un approfondimento, congiuntamente agli altri mattoni, in merito alla privacy e all'opportunità di attivare da subito un flusso così puntuale.
- C)** La struttura erogante (farmacia) e quella pagante (azienda sanitaria di competenza dell'assistito) dovrebbero essere rilevate puntualmente: nel primo caso per verificare puntualmente la corretta applicazione degli sconti previsti per legge, nel secondo per rilevare esattamente la spesa a carico dell'Azienda di competenza dell'assistito, indipendentemente dall'Azienda di riferimento della farmacia che ha erogato la prestazione (compensazione intra-extraregionale).
- D)** Considerate le nuove procedure relative all'attribuzione personale dei ricettari del SSN ai medici, in una fase successiva può essere utile disporre anche di queste informazioni (peraltro da rilevarsi comunque su flussi distinti ai sensi dell'art.50 della L. 326/2003).
- E)** Infine relativamente alla banca dati farmaci, sarebbe necessario che a livello centrale fosse resa disponibile e certificata una banca dati, da linkare tramite i codici Minsan presenti sulle ricette



spedite, al fine di identificare in modo univoco criteri di rimborsabilità (classe A, C in alcune regioni o per certe categorie di pazienti; note AIFA, ecc.); prezzi (prezzo in vigore e prezzo di riferimento, laddove previsto); ATC/principio attivo; DDD descrittiva e quantitativa; ditta farmaceutica.

### 3.3 NUCLEO INFORMATIVO

Descrizione
Codice regione o provincia autonoma o sede SASN (come da Decreto nuova ricetta).
Anno contabile di spedizione
Data di spedizione
Mese contabile di spedizione
Codice: - fiscale - STP - anonimo dell'assistito - soggetto assicurato da istituzioni estere (definire se fornito da regione o SOGEI/anagrafe tributaria)
Codice ricetta (classificazione anche ricette a ricalco o RMS)
Codice farmacia (codice Regionale con transcodifica a cura del MEF/SOGEI per codice nazionale)
Azienda Sanitaria della Farmacia
N° ricetta (progressivo spedizione farmacia)
Numero progressivo ricetta 2° BarCode
Valore totale ricetta (lordo)
Valore totale ticket %
Valore totale quota fissa
Valore totale quota differenziale con prezzo di riferimento
Valore totale sconto L. 662/96
Valore totale extra-sconto ripiano ovvero altre determinazioni che influenzano il valore della



*Mattoni SSN – Mattone 10 Prestazioni farmaceutiche*

ricetta
Valore netto( lordo-ticket-quota fissa-sconto-sconto dl156/04)
Numero confezioni per ricetta
MinSan (AIC) farmaco 1 <sup>3</sup> (ovvero definire codifica per medicinali senza Minsan, es. ossigeno, magistrali, ecc)
Num. Pezzi farmaco 1 <sup>3</sup>
Prezzo farmaco 1 <sup>3</sup>
Prezzo di riferimento per generici
Importo ticket farmaco 1 <sup>3</sup>
Valore totale quota fissa farmaco 1 <sup>3</sup>
Valore totale quota differenziale con prezzo di riferimento farmaco 1 <sup>3</sup>
Importo sconto 662 farmaco 1 <sup>3</sup>
Importo extra-sconto ripiano fustella 1 (ovvero campo a disposizione per eventuali altri provvedimenti amministrativi) <sup>3</sup>
Tipo ricetta ( UE=assistito europeo, EE=assistito extraeuropeo, ST=STP ecc, vedi codifiche nuova ricetta)
Tipo esenzione [N=non esente, A=patologia (codice valorizzato),R=esente tot]. Per la rilevazione puntuale dei codici di esenzione è necessario definire previamente delle tabelle di transcodifica rispetto a quelle attualmente utilizzate dalle regioni.
Sesso assistito extra-reg. (da rilevarsi a partire dal CF. campo utile per la compensazione extra-regionale)
Eta' assistito extra-reg. (da rilevarsi a partire dal CF. campo utile per la compensazione extra-regionale)
Azienda Sanitaria residenza assistito
Prov. residenza assistito
Codice medico prescrittore (Definire se codice fiscale ovvero fornire transcodifica con codice regionale)

<sup>3</sup> Ripertere per n farmaci



*Mattoni SSN – Mattone 10 Prestazioni farmaceutiche*

Importo diritto fisso chiamata
flag mancata reperibilità (0,1=il farmaco è stato sostituito)
<i>TEAM</i>
Stato Estero
Istituzione competente (vd. Tessera europea)
N. id personale (Tessera europea)
Numero tessera (Tessera europea)





In una fase successiva potrà essere valutata l'implementazione di ulteriori dati sfruttando il link con altri archivi (variabili derivabili), al fine di favorire la predisposizione di indicatori di confronto tra le varie realtà regionali:

- Farmaco-Minsan: Banca dati farmaci (prezzi, ATC, DDD, ditte farmaceutiche, regime di rimborsabilità, Note AIFA, ecc);
- Codice paziente: Banca dati anagrafica (sesso, età, esenzioni, residenza, medico curante, ecc);
- Farmacia: Banca dati farmacie (rurale, urbana, sussidiata, azienda sanitaria di riferimento, ecc);
- Codice ricetta: Archivio link Medico/Ricettario

**Va evidenziata comunque la necessità di individuare le fonti ufficiali e certificate di riferimento per ogni archivio.**

Es.

Link con altri Archivi: Variabili Derivabili

Anagrafica Farmaco legata al Codice Minsan (BD del Ministero della Salute-AIFA)		
1	Codice Minsan	Codice identificativo prodotto - <b>campo di link-</b>
2	ATC	Classificazione ATC
3	DDD	DDD quantitative
3	N. DDD	N. DDD per confezione, per calcolare il numero totale di DDD
4	Prezzi	Prezzo del farmaco
4	Prezzo di riferimento	Prezzo di riferimento del farmaco
5	Nota	Indicazione relativa alla nota prevista
6	PHT	Farmaci inclusi nel PHT
7	Farmaci lista di trasparenza	Generici inclusi nella lista di trasparenza regionale/nazionale
8	Ditta	Ditta farmaceutica, titolare AIC



<b>Anagrafica Paziente legata al Codice Paziente (vedi anche patient file)</b>		
1	Codice paziente	Codice fiscale o regionale <b>-campo di link-</b>
2	Data di nascita	Data di Nascita
3	Sesso	M o F
4	Età	Età
5	Esenzioni	Esenzioni previste per il paziente
6	Comune di residenza	Comune di Residenza
7	ASL residenza	ASL residenza

<b>Anagrafica Prescrittore legata al Codice Prescrittore<sup>4</sup> Vedi art.50 326/2003</b>		
1	Codice prescrittore	Codice identificativo medico prescrittore <b>-campo di link-</b>
2	ASL appartenenza	Asl di appartenenza del medico
3	Comune di appartenenza	Comune di esercizio della professione
4	Numero di assistibili	numero di assistibili in carico al medico
5	Specializzazione	Specializzazione del medico Prescrittore
6	Anni laurea	Anni dalla Laurea
7	Codice ricettario	Codice ricettario assegnato al medico <b>-campo di link-</b>



Anagrafica Farmacia. Codifica regionali a cui affiancare transcodifica MEF <sup>4</sup>		
1	Codice farmacia	Codice della farmacia erogatrice <b>-campo di link-</b>
2	ASL appartenenza	Asl di appartenenza della farmacia convenzionata
3	Tipo di farmacia	Tipo di farmacia Urbana/Rurale/Sussidiata
4	Fascia di Sconto	Fascia di sconto a cui è soggetta la farmacia (A=sconto scalare; B=1,5%; C=A ridotto del 60%)

Anagrafica Regionale dei Ricettari <sup>4</sup>		
1	Codice ricettario	Codice specifico del ricettario <b>-campo di link-</b>
2	ASL erogatrice	ASL che ha consegnato il ricettario
3	Codice presrittore ricevente <sup>4</sup>	Codice del presrittore ricevente il ricettario <b>-campo di link-</b>

---

<sup>4</sup> Informazioni ricavabili in tempi successivi e comunque da concordare in sede allargata con le altre regioni.



#### **4 Flusso farmaceutico previsto dal Disciplinare Tecnico relativo all'art. 50 l. n. 326/03 – confronto con l'attuale situazione**

Si è proceduto a confrontare i dati richiesti dal flusso ai sensi dell'art. 50 l.n. 326/03 e quindi dalla nuova ricetta e i dati attualmente rilevabili dalla ricetta.

Questo lavoro si è reso necessario in modo da integrare il flusso previsto dal MEF con quello che verrà rilasciato dal gruppo del “Progetto Mattoni” sulle prestazioni farmaceutiche.

La tabella sottoriportata ha i seguenti campi:

- Sequenza - riferimento al campo del file “Contenuto Informativo record di dettaglio” Disciplinare Tecnico comma 5 art. 50
- Obbligatorio - vincoli di obbligatorietà fissati dal Disciplinare Tecnico comma 5 art. 50
- Modalità rilevazione dati da farmacia: modalità fissata dal Disciplinare Tecnico comma 5 art. 50
- Ricetta in chiaro - indica la disponibilità del dato mediante lettura visiva della ricetta
- Fattibilità - indica il grado di difficoltà per la rilevazione del dato (1: semplice rilevazione; 2: media difficoltà; 3: alta difficoltà)
- Modalità di rilevazione da centro servizi - indica le attività svolte per la rilevazione dei dati qualora sia rilevati da centro servizi.



Mattoni SSN – Mattone 10 Prestazioni farmaceutiche

	Dati del Flusso Ministeriale	da c.5 Art. 50		Ricetta in chiaro	Fattibilità	Modalità di rilevazione da centro servizi	Osservazioni
		Obbligatorio	Modalità rilevazione dati da farmacia				
1	Flag di operazione	O		X	1	calcolato	
2	Codice Regione 1° BarCode 1°P	O	L	X	3	data entry	
3	Anno Produz. 1° BarCode 2°P	O	L	X	3	data entry	
4	Num. Progressivo ricetta 2° Barcode	O	L	X	3	data entry	
5	Check Digit	O	L	X	1	data entry	
6	Codice Fiscale Assistito	O	L/M	X	2	data entry	
7	Numero ricetta farmacia	O	T	X	3	data entry	
8	Prov, di residenza dell'assistito	C	M	X	2	data entry	Attualmente non viene rilevato
9	ASL di residenza assistito	C	M	X	2	data entry	Attualmente non viene rilevato
10	Indicatore di ricetta suggerita	C	M	X	1	data entry	
11	Flag a disposizione di RL	F	M	X	3	data entry	Uso sconosciuto
12	Data prescrizione gmmaa	O	M	X	1	data entry	
13	Data spedizione gmmaa	O	T	X	1	data entry	
14	Tipo ricetta	C	M	X	3	data entry	
15	Tipo esenzione ticket	O	T		2	calcolato	Dalla codifica del MEF non è possibile differenziare l'esenzione totale dalla parziale



	Dati del Flusso Ministeriale	da c.5 Art. 50		Ricetta in chiaro	Fattibilità	Modalità di rilevazione da centro servizi	Osservazioni
		Obbligatorio	Modalità rilevazione dati da farmacia				
16	Codice esenzione	C	M	X	2	data entry	Da correlare alle tabelle regionali
17	Codice raggruppamento (regionale)	O	T		3	calcolato	
18	Codice farmaco 1	C	L	X	1	data entry	
19	Codice targatura farmaco 1	C	L	X	3	data entry	Difficile rilevabilità e frequente assenza.
20	Fascia 1° farmaco	F	T		2	calcolato	
21	Nota del farmaco 1	C	T	X	1	data entry	Da ricetta o dal Prontuario?
22	Quantita' farmaco 1	O	T		1	data entry	
23	Prezzo unitario farmaco 1	F	T		2	calcolato	Da Anagrafe
24	Iva farmaco 1	F	T		2	calcolato	Da Anagrafe
25	Sconto farmaco 1	C	T		2	calcolato	Da Anagrafe
26	Flag di sost. Farmaco 1	C	T/M	X	3	data entry	Scritta a mano. Retro ricetta
27	Prezzo di riferimento farmaco 1	F	T		2	calcolato	Da Anagrafe
28	Ticket fisso su farmaco 1	F	T		2	calcolato	Da calcolato
29	Quota percentuale su farmaco 1	F	T		2	calcolato	Da calcolato
30	Percent. Distribuzione farmaco 1	F	T		3	calcolato	Da calcolato / Anagrafe
31	Numero totale pezzi	C	T		3	calcolato	Non sempre rilevabile da fustello



	Dati del Flusso Ministeriale	da c.5 Art. 50		Ricetta in chiaro	Fattibilità	Modalità di rilevazione da centro servizi	Osservazioni
		Obbligatorio	Modalità rilevazione dati da farmacia				
32	Importo totale sconto	C	T		2	calcolato	
33	Totale Quota Fissa Ticket	C	T		2	calcolato	
34	Totale Quota addizionale (percentuale) generici	C	T		2	calcolato	
35	Totale Valore a carico Assistito	C	T	X	2	data entry	Da ricetta o calcolato ?
36	Importo Diurno/Notturmo	C	T		3	data entry	Non sempre rilevabile
37	Totale importo galenico	C	T		3	calcolato	Problemi per i galenici non fustellati
38	Valore totale della ricetta	O	T		2	calcolato	Lordo / Netto: definire
39	Totale importo onere distribuzione	C	T		3	calcolato	Duplici Via: da calcolare
40	Stato estero	C	M	X	3	data entry	Bassa qualità
41	Istituz. Competente	C	M	X	3	data entry	Bassa qualità
42	N. id. personale	C	M	X	3	data entry	Bassa qualità
43	Numero tessera	C	M	X	3	data entry	Bassa qualità

**Legenda:**

O: obbligatorio

F: facoltativo

C: condizionato

L: rilevazione per lettura ottica

M: rilevazione manuale

T: programma gestionale per tariffazione



Nell'ambito del progetto Mattoni, anche sulla base delle rilevazioni effettuate a livello regionale, è stato definito un nucleo informativo minimo coerente con le attuali modalità di lettura delle ricette da parte delle aziende sanitarie.

In linea di massima le informazioni proposte dal predetto nucleo risultano rispondenti a quelle previste dall'art.50, ad eccezione di alcuni campi che potranno essere implementati successivamente o comunque ricavabili da altri dati della ricetta, e in particolare:

- **Indicatore di ricetta suggerita:** non essendo obbligatorio per i medici riportare tale indicazione sulla ricetta, una eventuale rilevazione non sarebbe rappresentativa;
- **Anno di produzione:** si riferisce all'anno di produzione del ricettario; è un dato ricavabile dal codice ricetta (barcode) comunque rilevato (nella gestione dei ricettari tale dato è comunque derivabile); ai fini del monitoraggio della spesa e dei consumi non è rilevante.
- **DataCompilazione:** poiché l'obiettivo del Mattone è quello di rilevare i consumi, non si è ritenuto necessario, in questa prima fase, l'indicazione della data di prescrizione, ma solo la data di evasione della medesima ricetta da parte della farmacia (va precisato comunque che tutta la rilevazione fatta sulle prescrizioni farmaceutiche prevista dal comma 5 della'art..50 non può essere utilizzata a fini contabili, in quanto tale rilevazione si configura come un dato di in-put delle farmacie, che necessita di valutazioni tecniche/contabili a livello locale). E' presente comunque la data di spedizione da parte della farmacia e il mese contabile di tariffazione all'azienda sanitaria;
- **CodRaggupp** "tipologia di raggruppamento delle ricette prevista per la tariffazione": trattandosi di codifiche regionali, in base a esigenze organizzative proprie, in questa fase non si è ritenuto necessario rilevarlo in quanto non confrontabile;
- **TotImpCaricoAssRic** (totale importo a carico dell'assistito) è un campo derivato dalla somma di altri campi già presenti nel tracciato: infatti nel tracciato sono previsti i campi delle eventuali compartecipazioni da parte dell'assistito (es. quota fissa, quota % o quota generico);
- **TotOnereRicetta:** nel disciplinare del comma 5 questo campo è definito come "Totale onere distribuzione. Obbligatorio se per almeno un prodotto è presente l'onere percentuale di distribuzione". Non risultano farmaci per cui sia previsto un onere % di distribuzione, a meno che non si faccia riferimento alla distribuzione per conto. In questo caso il dato viene rilevato nella farmaceutica diretta (vedi nucleo minimo della parte relativa alla distribuzione diretta) e





quindi risulta inappropriato e confondente rilevarlo in questa sede, tenuto conto dell'impostazione del Mattone;

- Targatura: il codice di targatura non è ancora rilevato; quando sarà a regime il campo sarà implementato;
- IvaProd, classe di rimborsabilità e nota: si tratta di variabili correlate direttamente al farmaco (Minsan-AIC) per cui risulta un doppio imputarli puntualmente; l'IVA per i medicinali è al 10% mentre per l'ossigeno è al 4%. Avendo proposto una classificazione per l'ossigeno (vedi proposta tracciato), indirettamente è ricavabile anche l'IVA corrispondente.
- CodEsenzione: si rimanda la rilevazione di questo campo successivamente all'approvazione di una codifica nazionale ovvero di una transcodifica a livello centrale delle codifiche regionali. In questa fase si è ritenuto sufficiente avere la tipologia di esenzione.

Con riferimento ai campi su indicati e non inclusi nel nucleo informativo proposto per la farmaceutica convenzionata, si precisa che **verranno automaticamente recepite tutte le disposizioni di legge emanate in applicazione dell'art. 50 legge 326/2003**; il recepimento di tali disposizioni potrà comportare l'aggiunta di campi per la rilevazione di specifiche variabili sulla base delle eventuali codifiche di volta in volta emanate (ad esempio, l'emanazione della codifica delle esenzioni da parte del Ministero dell'economia e delle finanze in applicazione del comma 9 art. 50).

Nella proposta di nucleo minimo, inoltre, sono stati statati inseriti alcuni campi aggiuntivi rispetto al tracciato previsto dall'art.50, comma 5:

- quota sconto a favore del SSN per effetto del ripiano: tale valore è rilevato sia per ricetta che per singola confezione;
- valore di quota fissa, quota % o quota generico per ogni farmaco.

Infine si evidenzia, che negli incontri interregionali, è stato sottolineato che le codifiche delle farmacie rilevate saranno quelle definite dalle regioni, rimandando a livello centrale il compito di fare le transcodifiche con le classificazioni MEF/SOGEI attivate o da attivarsi ai sensi dell'art.50.

Analogamente, una volta rilevato il codice ricetta, sarà compito del MEF/SOGEI, se ritenuto utile, linkare tale informazione con quella derivante dalla distribuzione dei ricettari secondo quanto previsto dallo stesso articolo 50.