

DECRETO 9 ottobre 2017.

Aggiornamento dei criteri per la compilazione dei campi e dei sistemi di rendicontazione del costo dei farmaci inclusi nei flussi F e T e modifica del tracciato record del flusso T.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 833/78 e s.m.i. di istituzione del Servizio sanitario nazionale;

Visto il D.P. Reg. 28 febbraio 1979, n. 70, che approva il testo unico delle leggi sull'ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione siciliana;

Visto il D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 nel testo modificato con il D.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, sul riordino della disciplina in materia sanitaria e s.m.i.;

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30, recante norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali;

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10, e s.m.i.;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 e s.m.i. di riordino del sistema sanitario in Sicilia pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 17 aprile 2009, n. 17;

Visto il D.P. Reg. 14 giugno 2016, n. 12, Regolamento di attuazione del Titolo II della l.r. 16 dicembre 2008, n. 19. Rimodulazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti regionali di cui all'art. 49, comma 1, della legge regionale 7 maggio 2015, n. 9. Modifica del D.P. Reg. 18 gennaio 2013, n. 6 e s.m.i.;

Visto il D.A. n. 5876 del 30 giugno 2005, con il quale, tra l'altro, viene modificato il "flusso F" e viene istituito il "Flusso T" inerente la somministrazione di farmaci antiblastici in regime di ricovero di D.H e predisposto il relativo tracciato record;

Visto il D.A. n. 2143 dell'8 novembre 2016, che prevede l'inserimento nel flusso T dei radio farmaci impiegati in ambito oncologico;

Considerato l'incremento progressivo e continuo del valore complessivo dei farmaci oggetto annualmente di compensazione economica con le aziende di residenza dei pazienti;

Visto il POCS 2016-2018 che prevede, nella stima del tendenziale dei costi per prodotti farmaceutici, un CAGR del 2,22%;

Ritenuto indispensabile, quale strumento di programmazione e razionalizzazione delle risorse disponibili, provvedere a fissare limiti annuali a tali incrementi, oltre i quali procedere alla ripartizione dei costi eccedenti al 50% tra l'azienda sanitaria erogatrice e la azienda sanitaria di residenza del paziente;

Ritenuto di dover modificare quanto disposto dal D.A. n. 5876 del 30 giugno 2005, in relazione alla valorizzazione del costo dei farmaci rendicontati con i flussi F e T, che deve essere corrispondente a quello della gara regionale o, in caso di mancata aggiudicazione regionale, delle trattative aziendali e non può, in ogni caso, essere superiore al prezzo di cessione alle strutture pubbliche stabilito dall'AIFA;

Ritenuto necessario aumentare il numero di posizioni decimali dei campi riferiti agli importi dei farmaci;

Visto il D.lgs. n. 33/2013 di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;

Vista la legge regionale n. 21/2014 e, in particolare, l'art. 68, recante "Norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa";

Decreta:

Art. 1

Al fine di consentire un'adeguata programmazione e razionalizzazione delle risorse disponibili, viene stabilito un tetto massimo degli importi che ciascuna struttura sanitaria può richiedere in compensazione attraverso i Flussi F e T.

Eventuali importi eccedenti le quote fissate verranno riconosciuti e di conseguenza addebitati all'azienda di residenza dei pazienti, nella misura del 50%.

I suddetti tetti vengono fissati annualmente con apposito provvedimento del Dipartimento per la pianificazione strategica.

Per l'anno 2018 tale tetto è identificato negli importi riconosciuti nell'anno 2016, incrementati del 2,22%.

Art. 2

A decorrere dal mese di gennaio 2018, i campi relativi al costo sostenuto per i farmaci rendicontati con i flussi F e T devono riportare l'importo corrispondente al prezzo di aggiudicazione della gara regionale o, in caso di mancata aggiudicazione regionale, delle trattative aziendali e non possono, in ogni caso, riportare un importo superiore al prezzo di cessione alle strutture pubbliche stabilito dall'AIFA.

Art. 3

Sono adottate le istruzioni per la compilazione del flusso "T" relativo all'attività di somministrazione di farmaci antiblastici a pazienti ricoverati in Day Hospital e Day Service, riportate nell'allegato disciplinare tecnico che fa parte integrante del presente decreto, che dovranno essere utilizzate per le prestazioni effettuate a decorrere dal mese di gennaio 2018.

Art. 4

Il presente provvedimento sarà trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale di questo Dipartimento ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione *on line* ai sensi della vigente normativa nazionale (d.lgs. n. 33 del 14 marzo 2013) e regionale (legge regionale n. 21 del 12 agosto 2014 art. 68 e successive modifiche ed integrazioni).

Palermo, 9 ottobre 2017.

GUCCIARDI

Allegato

FLUSSO "T": ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA RIPORTARE NEL TRACCIATO RELATIVO ALL'ATTIVITA' DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI ANTIBLASTICI A PAZIENTI RICOVERATI IN D.H. E DAY SERVICE.

Premessa

Il flusso "T" deve essere utilizzato per la trasmissione dei dati relativi alla somministrazione di farmaci antiblastici a pazienti ricoverati in D.H. o Day Service.

Il flusso deve essere prodotto:

- dalle Aziende ospedaliere e dalle cliniche private per l'intera attività erogata, a prescindere dalla residenza del paziente;
- dalle Aziende sanitarie provinciali solo per l'attività erogata a pazienti assistiti da altre Aziende sanitarie.

Sono oggetto di trasmissione, ai sensi del decreto 6 giugno 2003 "Linee guida per l'erogazione delle prestazioni di day surgery e day

hospital", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 32 del 18 luglio 2003, esclusivamente i farmaci antiblastici somministrati in regime di D.H. e Day Service nelle formulazioni iniettabili (via parenterale, instillazione o infusione) per le quali è giustificato l'impiego in detto regime, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 539 e allegato 1 al decreto ministeriale 14 luglio 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 191 del 16 agosto 1999.

Trattasi di farmaci, nelle formulazioni sopra indicate, autorizzati in commercio in Italia e inclusi nel PTORS, afferenti, secondo il sistema di classificazione anatomico-terapeutico-chimica, alle ATC (4° livello) L01AA, L01AC, L01AD, L01AX, L01BA, L01BB, L01BC, L01CA, L01CB, L01CD, L01CX, L01DA, L01DB, L01DC, L01XA, L01XC, e L01XX, nonché di radiofarmaci terapeutici impiegati in ambito oncologico appartenenti alla classe ATC (4° livello) V10XX.

Non rientrano in questa fattispecie i farmaci antiblastici erogati in regime ambulatoriale trasmessi con il file "F".

Si considerano prestazioni appartenenti al mese quelle che sono avvenute in una data compresa nel mese; per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel mese di riferimento.

Le Aziende sanitarie devono trasmettere solo le quantità di farmaco realmente somministrate. Eventuali frazioni di unità posologiche (fiale, flaconi, ecc.) non possono essere incluse se non utilizzate.

Di seguito viene riportato il sistema di codifica da adottare nella compilazione del tracciato record relativo al flusso in questione.

Definizione e relativo sistema di codifica delle informazioni rilevate

1. Codice struttura (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie ed in particolare nei modelli HSP: i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'azienda ospedaliera, secondo quanto previsto dal modello HSP 1 bis.

2. Regime di erogazione (alfanumerico - un carattere - OBB)

Può assumere i seguenti valori:

- 1 = Day Hospital;
- 2 = Day Service.

3. Numero SDO/SDAO (alfanumerico - dieci caratteri - OBB)

Riportare il numero di scheda di dimissione ospedaliera o il numero di scheda SDAO dove i primi quattro caratteri identificano l'anno e i successivi sei caratteri costituiscono una numerazione progressiva.

4. Cognome utente (alfanumerico - trenta caratteri - FAC)

Il campo cognome deve contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo.

5. Nome utente (alfanumerico - venti caratteri - FAC)

Il campo nome deve contenere esclusivamente il nome del paziente, scritto maiuscolo.

6. Codice sanitario individuale (alfanumerico - sedici caratteri - OBB)

Il Codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/91), composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e dalla circolare del Ministero della salute 24 aprile 2000, n. 5.

7. Data di nascita utente (alfanumerico - otto caratteri - FAC)

Formato GGMMAAAA

8. Sesso utente (alfanumerico - un carattere - FAC)

Codifica da utilizzare:

- 1 = maschio;
- 2 = femmina.

9. Comune di residenza utente (alfanumerico - sei caratteri - OBB)

Codice ISTAT del comune di residenza. In mancanza del codice del comune di residenza indicare il codice ISTAT della provincia di residenza in formato XXX000.

10. Azienda sanitaria di assistenza (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

Codice dell'azienda sanitaria che comprende il comune ove è residente l'utente.

11. Numero di giornate (alfanumerico - tre caratteri - OBB)

Indicare il numero di accessi in regime di ricovero D.H. e Day Service.

12. Diagnosi principale (alfanumerico - cinque caratteri - OBB)

Utilizzare la classificazione ICD9-CM.

13. Progressivo riga (alfanumerico - due caratteri - OBB)

Numero progressivo relativo al medicinale. Il primo progressivo riga è sempre "01" e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'assistito, la data dell'erogazione ed il primo farmaco antiblastico somministrato. Eventuali righe successive conterranno le informazioni relative agli altri antiblastici somministrati contestualmente ed andranno codificate con i progressivi "02", "03", ecc. L'ultima riga, codificata col progressivo "99" deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine prestazione; in essa sarà riportata la somma degli importi dei farmaci somministrati, indicati nelle righe precedenti. Ogni ricetta deve comprendere almeno due righe: la riga "01" e la riga "99".

14. Data somministrazione del farmaco (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Nel formato GGMMAAAA.

15. Codice farmaco (alfanumerico - dieci caratteri - OBB)

Riportare il codice AIC del farmaco somministrato.

16. Costo confezione (alfanumerico - otto caratteri - OBB)

Indicare il costo sostenuto per l'acquisto di una confezione del farmaco. Tale importo deve essere quello della gara regionale o, in caso di mancata aggiudicazione regionale, delle trattative aziendali e non può, in ogni caso, essere superiore al prezzo di cessione alle strutture pubbliche stabilito dall'AIFA. L'importo, in euro, deve essere riportato con la virgola e i decimali devono essere sempre riportati nelle ultime due posizioni del campo.

Es.: l'importo di € 200,65 deve essere riportato nella forma 00200,65.

17. Unità di misura (alfanumerico - due caratteri - OBB)

Indicare "MG" (milligrammi) nel caso di farmaci e "MB" (Mega-Becquerel) nel caso di radiofarmaci.

18. Quantità (alfanumerico - cinque caratteri - OBB)

Indicare il numero di unità di dosaggio effettivamente somministrate (numero in milligrammi o in megaBecquerel).

19. Importo unitario (alfanumerico - tredici caratteri - OBB)

Importo riferito alla singola unità di dosaggio. L'importo, in euro, deve essere riportato con la virgola e i decimali devono essere sempre riportati nelle ultime sei posizioni del campo.

Es.: l'importo di € 200,001065 deve essere riportato nella forma 000200,001065.

20. Importo totale (alfanumerico - tredici - OBB)

Indicare il prodotto della quantità per l'importo unitario. Il valore da indicare nella riga "99" è la somma degli importi totali delle righe precedenti. L'importo totale, in euro, deve essere riportato con la virgola e i decimali devono essere sempre riportati nelle ultime sei posizioni del campo. Es.: l'importo di € 200,001065 deve essere riportato nella forma 000200,001065.

21. Posizione contabile (alfanumerico - un carattere - OBB)

Può assumere i seguenti valori:

- 1 per prestazioni appartenenti al periodo di competenza;
- 2 per prestazioni relative a periodi precedenti;
- 3 per il rinvio di prestazioni a seguito di errori rilevati nel precedente invio. La posizione contabile 3 può essere valorizzata solo nella riga "99".

22. Campo vuoto (alfanumerico - dieci caratteri - FAC)

Campo vuoto per eventuali usi successivi.

23. Identificativo record (alfanumerico - venti caratteri - OBB)

L'identificativo del record deve essere identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99 ed è univoco nell'ambito dell'anno di riferimento, della struttura erogatrice e del codice ricetta.

Ad esempio: ANNO (2017) CODICE PRESIDIO EROGATORE (19090101) PROGRESSIVO ANNUALE RICETTA (00000001).

Tracciato record flusso "T": somministrazione di farmaci antiblastici a pazienti ricoverati in regime di D.H.

Tabella:FLUSSO "T"

Tracciato record

Campo	Posiz.	Descrizione campo	Tipo	Lungh.
1	1-8	Codice struttura	AN	8
2	9-10	Regime di erogazione	AN	1
3	11-20	Numero SDO/SDAO	AN	10
4	21-50	Cognome utente	AN	30
5	51-70	Nome utente	AN	20

6	71-86	Codice sanitario individuale	AN	16
7	87-94	Data di nascita utente	AN	8
8	95-95	Sesso utente	AN	1
9	96-101	Comune di residenza	AN	6
10	102-104	Azienda A.S.L. di residenza	AN	3
11	105-107	Numero di giornate	AN	3
12	108-112	Diagnosi principale	AN	5
13	113-114	Progressivo riga	AN	2
14	115-122	Data somministrazione farmaco	AN	8
15	123-132	Codice farmaco	AN	10
16	133-140	Costo confezione	AN	8
17	141-142	Unità di misura	AN	2
18	143-147	Quantità	AN	5
19	148-160	Importo unitario	AN	13
20	161-173	Importo totale	AN	13
21	174-174	Posizione contabile	AN	1
22	175-184	Campo vuoto	AN	10
23	185-204	Identificativo record	AN	20

Lunghezza totale del record: 204

I campi contenenti importi o numeri devono essere allineati a destra e riempiti con zeri non significativi.

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

I campi da 1 a 11 devono essere uguali a quelli della relativa scheda di dimissione ospedaliera (SDO/SDAO).

Ogni somministrazione può contenere più farmaci che vanno codificati secondo quanto stabilito nel punto "progressivo riga".

I farmaci devono essere utilizzati secondo le indicazioni contenute nelle relative schede tecniche, in provvedimenti specifici e, ove previsti, nei registri AIFA.

TEMPI DI TRASMISSIONE

I dati devono essere trasmessi, con cadenza mensile, entro il mese successivo a quello di riferimento.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DATI

I flussi possono essere trasmessi solo in forma criptata utilizzando l'ultima versione del software FlowLook, realizzato dal Dipartimento per la pianificazione strategica dell'Assessorato e scaricabile dal portale www.rssalute.it.

FlowLook cripta i file che superino positivamente i controlli di tipo logico formale sui dati; nel caso rilevi errori segnala gli stessi producendo appositi report.

La trasmissione dei file avviene esclusivamente tramite piattaforma FTP. I flussi prodotti dalle cliniche private devono pervenire per il tramite delle ASP territorialmente competenti.

(2017.41.2739)102