

REGIONE ABRUZZO  
**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO**

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo  
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Avv. Roberto Fagnano

Deliberazione n° **1587** del **17** OTT. 2018

**U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI**

**OGGETTO: procedura aperta mediante la formula dell'accordo quadro con unico operatore economico, per l'affidamento in unione d'acquisto del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo - indizione gara ed approvazione atti - CIG 7653097F6B.**

Data 11.10.2018 Firma [Signature]  
Il Responsabile dell'istruttoria  
Dott. Mauro Scipioni

Data 11.10.2018 Firma [Signature]  
Il Responsabile del procedimento  
Dott. Vittorio D'Ambrosio

Il Direttore della U.O.C. proponente con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Data 11.10.2018 Firma [Signature]  
Il Direttore dell'U.O.C. Dott. Vittorio D'Ambrosio

**PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

- favorevole
- non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 11/10/2018



Firma [Signature]  
Il Direttore Amministrativo: Dott. Maurizio Di Giosia

**PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO**

- favorevole
- non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 11/10/2018



Firma [Signature]  
Il Direttore Sanitario: Dott.ssa Maria Mattucci

REGIONE ABRUZZO  
**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO**

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo

C.F. 00115590671

Direttore Generale: Avv. Roberto Fagnano

**IL DIRETTORE DELLA U.O.C. Dott. Vittorio D'Ambrosio**

**PREMESSO CHE:**

- 1) con deliberazione n. 150 del 11.2.2015 è stata aggiudicata la gara d'appalto in unione d'acquisto per l'affidamento del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo, espletata da questa Stazione appaltante in qualità di Azienda capofila, per un periodo di anni due con opzione, alla scadenza, di ripetizione di servizi analoghi a quelli aggiudicati con il contratto principale per ugual valore e per un massimo di anni due;
- 2) con successiva deliberazione n. 643 del 24.5.2018 questa Azienda USL ha esercitato l'opzione di ripetizione di servizi analoghi di cui al precedente capoverso, per effetto della quale il contratto di appalto verrà a naturale scadenza in data 31.3.2019;
- 3) proprio in considerazione dell'approssimarsi di tale termine di scadenza, ravvisata la necessità di procedere alla reindizione della gara, questa Amministrazione, con nota prot. n. 71270 del 20.7.2018 (agli atti), ha richiesto alle AA.UU.SS.LL. regionali interessate dalla precedente procedura, il conferimento di mandato speciale per procedere con apposita nuova gara in nome e per conto delle stesse mediante la formula dell'unione di acquisto;
- 4) con nota prot. 74426 del 30.7.2018 (agli atti), il Direttore Generale, incaricava il Dott. Davide Re, Dirigente farmacista in servizio presso la UOC Servizio Farmaceutico Territoriale, di redigere il capitolato speciale d'appalto ai fini dell'espletamento della nuova procedura di gara;
- 5) in esito ai lavori di redazione del capitolato speciale, al fine di consentire alla proponente U.O.C. di predisporre la documentazione di gara di pertinenza e di procedere, quindi, all'indizione della nuova procedura di affidamento, con nota mail agli atti in data 11.10.2018, il capitolato speciale d'appalto, unitamente agli allegati, veniva rimesso dal Dott. Re alla proponente U.O.C. nella sua versione definitiva;

**VISTI** gli atti a firma dei Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. di Pescara (prot. 57837 del 26.7.2018 – all. n. 1), Avezzano-Sulmona-L'Aquila (prot. 149957 del 27.7.2018 – all. n. 2) e Lanciano Vasto Chieti (prot. 36117U18 del 1.8.2018– all. n. 3) con cui viene conferito mandato speciale a questa stazione appaltante per l'espletamento della procedura di gara di che trattasi;

**VISTO** l'art. 32 comma 2 del D. Lgs. n. 50/2016 ai sensi del quale: *“Prima dell'avvio delle procedure di affidamento dei contratti pubblici, le stazioni appaltanti, in conformità ai propri ordinamenti, decretano o determinano di contrarre, individuando gli elementi essenziali del contratto e i criteri di selezione degli operatori economici e delle offerte”*;

**DATO ATTO** che l'acquisizione del servizio in argomento è ricompresa nel Programma biennale per le acquisizioni di beni e servizi adottato con deliberazione n. 1259 del 31.10.2016 ed aggiornato con deliberazione n. 1488 del 30.10.2017;

**VISTI** gli artt.

- 1) 15 comma 13 lett d) del D. L n. 95/2012 convertito con legge n. 135/2012 ai sensi del quale: *“gli enti del servizio sanitario nazionale...(omissis) ..., utilizzano, per l'acquisto di beni e servizi relativi di importo pari o superiore a 1.000 euro alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP, ovvero, se disponibili,*

dalle centrali di committenza regionali di riferimento costituite ai sensi dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296”;

- 2) 1 comma 548 della legge n. 208/2015 ai sensi del quale: “...gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip Spa”;
- 3) 9 comma 3-bis della legge n. 89/2014 ai sensi del quale: “Le amministrazioni pubbliche obbligate a ricorrere a Consip Spa o agli altri soggetti aggregatori ai sensi del comma 3 possono procedere, qualora non siano disponibili i relativi contratti di Consip Spa o dei soggetti aggregatori di cui ai commi 1 e 2 e in caso di motivata urgenza, allo svolgimento di autonome procedure di acquisto...”;

**ATTESO** che ad oggi non sono attive convenzioni Consip aventi ad oggetto servizi comparabili con quelli di cui alla presente procedura, ne' gli stessi sono inseriti nell'ambito degli altri strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip (SDAPA, accordi quadro) e la categoria merceologica di riferimento non è contemplata nell'ambito di quelle individuate dall'art. 1 del DPCM dell'11.7.2018 pubblicato sulla G.U.R.I. del 16.8.2018 per le quali è previsto l'obbligo di approvvigionamento mediante Soggetto aggregatore regionale ed è pertanto possibile procedere autonomamente alla indizione della gara, ai sensi della normativa sopra richiamata;

**RILEVATO** che, in relazione alle esigenze di flessibilità tipiche del servizio in argomento, lo strumento contrattuale più confacente all'appalto in argomento, è rappresentato dalla formula dell'accordo quadro con unico operatore economico di cui all'art. 54 comma 3 del D. Lgs. n. 50/2016, atteso che, in ragione della peculiarità delle attività oggetto di appalto che per la loro natura sono soggette a fattori variabili, tale fattispecie contrattuale consente di modulare il dimensionamento del servizio nel corso della vigenza del contratto stesso, in relazione a quelle che saranno le effettive esigenze ed i fabbisogni delle singole Amministrazioni, senza determinare in capo alle stesse alcun impegno a saturare il volume di prestazioni richieste e, quindi, l'importo massimo di aggiudicazione;

**RILEVATO**, altresì, che

- 1) ai sensi dell'art. 35 commi 4 e ss. del D. Lgs. n. 50/2016, il valore stimato dell'accordo quadro riferito alla sua durata massima (quattro anni oltre a proroga tecnica semestrale e quinto d'obbligo), come da documentazione di gara e secondo la ripartizione degli importi per singola Azienda U.S.L. riportata all'art. 3 del capitolato speciale, ammonta ad € 3.587.847,30 ed i costi relativi alla sicurezza per la rimozione dei rischi da interferenza sono pari a zero (art. 23 comma 16 D. Lgs. n. 50/2016 e art. 26 comma 5 D. Lgs. n. 81/2008);
- 2) tale valore è così ripartito:
  - € 2.707.809,28 riferito alla sua durata di anni quattro;
  - € 338.476,16 riferito alla opzione di proroga semestrale ex art. 106 comma 11 del D. Lgs. n. 50/2016;
  - € 541.561,86 riferito alla opzione di quinto d'obbligo ex art. 106 comma 12 del D. Lgs. n. 50/2016;
- 3) nel caso di specie, trattandosi di importo superiore alla soglia di rilevanza comunitaria come individuata all'art. 35 comma 1 del D. Lgs. n. 50/2016, è necessario selezionare il contraente in base a procedura di gara a rilievo comunitario con pubblicazione del bando di gara e relativi avvisi per estratto, ai sensi degli artt. 72, 73 e 216 comma 11 del richiamato D. Lgs. n. 50/2016;

**RITENUTO**, in relazione a quanto previsto dall'art. 51 comma 1 del D. Lgs. n. 50/2016, doversi strutturare l'appalto con previsione dell'affidamento dell'intero servizio a corpo ed a lotto unico, tenuto conto che l'affidamento a più operatori non si concilierebbe con la forma centralizzata che riveste tale procedura ed il conseguente carattere necessariamente unitario del servizio: le modalità di espletamento dello stesso devono essere uniformi per tutte le Aziende regionali, sia da un punto di vista tecnico e soprattutto con riferimento

all'impiego di software, infrastruttura it, elaborati e flussi, oltre che sotto il profilo economico per cui, in caso di aggiudicazione a più operatori, non si giustificerebbero condizioni economiche diverse per elaborazione di singola ricetta, oltretutto in un'ottica di standardizzazione dei costi. Non da ultimo, l'affidamento ad unico operatore consentirebbe di realizzare economie di scala proprio nell'ottica del principio di economicità che ispira l'azione amministrativa;

**VISTI** gli atti di gara relativi alla procedura di che trattasi e precisamente: schema bando di gara G.U.R.I. (**all. 4**), schema bando di gara G.U.U.E. (**all. 5**), capitolato speciale d'appalto e relativi allegati (**all. 6**), schema di disciplinare di gara (**all. 7**), schema di contratto (**all. 8**) che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;

**RITENUTO**, pertanto, di

- 1) indire apposita procedura aperta ex art. 60 del D. Lgs. n. 50/2016, da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzata alla conclusione di un accordo quadro con unico operatore economico per l'affidamento, in unione d'acquisto, del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende U.U.S.S.LL. della Regione Abruzzo ai sensi dell'art. 54 commi 1, 2 e 3 del D. Lgs. n. 50/2016, secondo quanto previsto nella documentazione di gara allegata;
- 2) stabilire la durata dell'accordo quadro in anni quattro con opzione di proroga tecnica semestrale e quinto d'obbligo;
- 3) determinare, ai sensi dell'art. 35 commi 4 e ss. del D. Lgs. n. 50/2016, il valore stimato dell'accordo quadro riferito alla sua durata massima (quattro anni oltre a proroga tecnica semestrale e quinto d'obbligo), come da documentazione di gara e secondo la ripartizione degli importi per singola Azienda U.S.L. riportata all'art. 3 del capitolato speciale, in € 3.587.847,30 con costi relativi alla sicurezza per la rimozione dei rischi da interferenza sono pari a zero (art. 23 comma 16 D. Lgs. n. 50/2016 e art. 26 comma 5 D. Lgs. n. 81/2008), così ripartito:
  - € 2.707.809,28 riferito alla durata di anni quattro;
  - € 338.476,16 riferito alla opzione di proroga semestrale ex art. 106 comma 11 del D. Lgs. n. 50/2016;
  - € 541.561,86 riferito alla opzione di quinto d'obbligo ex art. 106 comma 12 del D. Lgs. n. 50/2016;
- 4) stabilire quale criterio di aggiudicazione, quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità – prezzo ai sensi dell'art. 95 comma 2 del D. Lgs. n. 50/2016;
- 5) approvare gli atti di gara allegati e precisamente: schema di bandi di gara G.U.U.E. e G.U.R.I., schema disciplinare di gara, capitolato speciale con relativi allegati e schema di contratto;
- 6) precisare che, nel caso di formale attivazione di Convenzioni Consip o iniziative di acquisto del Soggetto Aggregatore regionale aventi ad oggetto servizi comparabili con quella oggetto del presente appalto, nelle more dell'espletamento della gara e comunque fino all'adozione del provvedimento di aggiudicazione definitiva, l'Amministrazione si riserva sin d'ora l'adozione di ogni opportuno provvedimento in merito, e comunque secondo quanto meglio previsto negli atti di gara;
- 7) autorizzare la trasmissione del bando alla Commissione della U.E. per la pubblicazione alla G.U.U.E. parte generale, al Poligrafico e Zecca dello Stato per la pubblicazione sulla G.U.R.I. V serie speciale, la pubblicazione del bando sul profilo del committente, sui siti informatici e, per estratto, su quotidiani a carattere nazionale e locale secondo la normativa vigente;
- 8) prenotare l'importo presunto necessario per le spese di pubblicazione del bando e degli avvisi sui quotidiani a carattere nazionale e locale, ai sensi dell'art. 73 del D. Lgs. n. 50/2016, come da prospetto finanziario allegato, dando atto che alle spese di pubblicazione del bando sulla G.U.R.I. si provvederà mediante mandato a cura della U.O.C. Attività Economico Finanziarie;
- 9) precisare che i costi relativi al pagamento del contributo all'A.N.A.C., pari a € 600,00, come stabilito dalla Delibera dell'Autorità n. 1300/2017, recante "Attuazione dell'articolo 1, commi 65 e 67, della legge 23



dicembre 2005, n. 266", saranno imputati con apposito e successivo provvedimento, secondo le procedure stabilite;

**RITENUTO**, infine, di rendere il presente atto immediatamente esecutivo al fine di avviare tempestivamente la procedura di gara che trattasi,

### **PROPONE**

*per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,*

1. **indire** apposita procedura aperta ex art. 60 del D. Lgs. n. 50/2016, da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzata alla conclusione di un accordo quadro con unico operatore economico per l'affidamento, in unione d'acquisto, del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo ai sensi dell'art. 54 commi 1, 2 e 3 del D. Lgs. n. 50/2016, secondo quanto previsto nella documentazione di gara allegata;
2. **stabilire** la durata dell'accordo quadro in anni quattro con opzione di proroga tecnica semestrale e quinto d'obbligo;
3. **determinare**, ai sensi dell'art. 35 commi 4 e ss. del D. Lgs. n. 50/2016, il valore stimato dell'accordo quadro riferito alla sua durata massima (quattro anni oltre a proroga tecnica semestrale e quinto d'obbligo), come da documentazione di gara e secondo la ripartizione degli importi per singola Azienda U.S.L. riportata all'art. 3 del capitolato speciale, in € 3.587.847,30 con costi relativi alla sicurezza per la rimozione dei rischi da interferenza sono pari a zero (art. 23 comma 16 D. Lgs. n. 50/2016 e art. 26 comma 5 D. Lgs. n. 81/2008), così ripartito:
  - € 2.707.809,28 riferito alla durata di anni quattro;
  - € 338.476,16 riferito alla opzione di proroga semestrale ex art. 106 comma 11 del D. Lgs. n. 50/2016;
  - € 541.561,86 riferito alla opzione di quinto d'obbligo ex art. 106 comma 12 del D. Lgs. n. 50/2016;
4. **stabilire** quale criterio di aggiudicazione, quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità – prezzo ai sensi dell'art. 95 comma 2 del D. Lgs. n. 50/2016;
5. **approvare** gli atti di gara allegati e precisamente: schema di bandi di gara G.U.U.E. e G.U.R.I., capitolato speciale d'appalto con relativi allegati, schema disciplinare di gara e schema di contratto;
6. **precisare** che, nel caso di formale attivazione di Convenzioni Consip o iniziative di acquisto del Soggetto Aggregatore regionale aventi ad oggetto servizi comparabili con quello oggetto del presente appalto, nelle more dell'espletamento della gara e comunque fino all'adozione del provvedimento di aggiudicazione definitiva, l'Amministrazione si riserva sin d'ora l'adozione di ogni opportuno provvedimento in merito, e comunque secondo quanto meglio previsto negli atti di gara;
7. **autorizzare** la trasmissione del bando alla Commissione della U.E. per la pubblicazione alla G.U.U.E. parte generale, al Poligrafico e Zecca dello Stato per la pubblicazione sulla G.U.R.I. V serie speciale, la pubblicazione del bando sul profilo del committente, sui siti informatici e, per estratto, su quotidiani a carattere nazionale e locale secondo la normativa vigente;
8. **prenotare** l'importo presunto necessario per le spese di pubblicazione del bando e degli avvisi sui quotidiani a carattere nazionale e locale, ai sensi dell'art. 73 del D. Lgs. n. 50/2016, come da prospetto finanziario allegato, dando atto che alle spese di pubblicazione del bando sulla G.U.R.I. si provvederà mediante mandato a cura della U.O.C. Attività Economico Finanziarie;
9. **precisare** che i costi relativi al pagamento del contributo all'A.N.A.C., pari a € 600,00, come stabilito dalla Delibera dell'Autorità n. 1300/2017, recante "Attuazione dell'articolo 1, commi 65 e 67, della legge 23

dicembre 2005, n. 266", saranno imputati con apposito e successivo provvedimento, secondo le procedure stabilite;

10. **dichiarare** la presente deliberazione immediatamente esecutiva in considerazione di quanto riportato in narrativa;

### IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

- che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, ha attestato che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;
- che il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso formalmente parere favorevole

### DELIBERA

di approvare e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;



IL DIRETTORE GENERALE

*Avv. Roberto Fagnano*

Regione Abruzzo  
Azienda Unità Sanitaria Locale 4  
Teramo  
Dipartimento Amministrativo – U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

## ALLEGATI ALLA DELIBERAZIONE

---

*Allegato n. 1 – copia nota prot. 57837 del 26.7.2018 (pag. 1);*

*Allegato n. 2 – copia nota prot. 149957 del 27.7.2018 (pag. 2);*

*Allegato n. 3 – copia nota prot. 36117U18 del 1.8.2018 (pag. 3);*

*Allegato n. 4 – schema bando di gara G.U.R.I. (da pag. 4 a pag. 7);*

*Allegato n. 5 – schema bando di gara G.U.U.E. (da pag. 8 a pag. 24);*

*Allegato n. 6 – capitolato speciale d'appalto e relativi allegati (da pag. 25 a pag. 209);*

*Allegato n. 7 - schema disciplinare di gara (da pag. 210 a pag. 233);*

*Allegato n. 8 – schema di contratto (da pag. 234 a pag. 239).*





## AZIENDA SANITARIA LOCALE di PESCARA

DIREZIONE GENERALE  
Via R. Paolini, 45 – 65124 PESCARA  
Tel. 085.4253001 – Fax 085.4253041  
Email: [segreteria\\_dg@ausl.pe.it](mailto:segreteria_dg@ausl.pe.it)

ISTRUTTORIA: _____	
<input type="checkbox"/> D.G. <input type="checkbox"/> D.S. <input type="checkbox"/> D.A.	
<input type="checkbox"/> Personale	<input type="checkbox"/> U.R.P.
<input type="checkbox"/> Ragioneria	<input type="checkbox"/> Attività Tecniche
<input type="checkbox"/> Formaz./Qualità	<input type="checkbox"/> Provveditorato Economico
<input type="checkbox"/> Off. Infermierist.	<input type="checkbox"/> Dip. Ass. Territor.
<input type="checkbox"/> Dip. Prevenzione	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sistemi Informat.	<input type="checkbox"/> _____

Azienda Sanitaria Locale Pescara

Registro: ASLPERP01 Uff. IPA: as\_PE  
Prot. n. 0057837/18 del 26/07/2018



ASL TERAMO PROTOCOLLO UNICO  
Posta in Arrivo



Prot. nr. 0073565/18 del 27/07/2018

Avv. Roberto Fagnano  
Direttore Generale  
USL di Teramo

*Silvia*

**OGGETTO: PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO, IN UNIONE D'ACQUISTO, DEL SERVIZIO DI RILEVAZIONE ED ELABORAZIONE DEI DATI CONTENUTI NELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE A CARICO DEL SSN PER LE AZIENDE UU.SS.LL. DELLA REGIONE ABRUZZO. MANDATO SPECIALE.**

\*\*\*\*\*

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Pescara, nella persona del Dott. Armando Mancini, in qualità di Direttore Generale

### CONFERISCE MANDATO SPECIALE

all'Azienda USL di Teramo per l'espletamento della procedura di gara per l'affidamento, in unione d'acquisto, del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale USL di Pescara  
(Dott. Armando Mancini)

*Armando Mancini*

Scipioni

Prot. 0149957/18

L'Aquila, li 27 LUG. 2018

ASL TERAMO PROTOCOLLO UNICO  
Posta in Arrivo



Prot. nr. 0075828/18 del 02/08/2018

Al Direttore Generale  
U.S.L. di Teramo  
Circonvallazione Ragusa, 1 - 64100  
Teramo

**Oggetto:** Procedura aperta per l'affidamento, in unione d'acquisto, del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo-Conferimento mandato speciale

In riscontro alla vs. nota prot. n. 0071270/18 del 20.07.18, acquisita al prot. n. 0147928 del 25.7.18, con riferimento alle disposizioni regionali in materia di unificazione di gare d'appalto, la ASL n. 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila nella persona del Dott. Rinaldo Tordera, in qualità di Direttore Generale

**conferisce mandato speciale**

alla ASL di Teramo ad espletare la gara per l'affidamento del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N., in nome e per conto della Asl1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila.

ISTRUTTORIA: ABS

D.G.    D.S.    D.A.

<input type="checkbox"/> Personale	<input type="checkbox"/> U.R.P.
<input type="checkbox"/> Ragioneria	<input type="checkbox"/> Attività Tecniche
<input type="checkbox"/> Affari Generali Uff. Legale	<input type="checkbox"/> Provveditorato Economato
<input type="checkbox"/> Formaz./Qualità	<input type="checkbox"/> Dip. Ass. Territor.
<input type="checkbox"/> Uff. Infermierist.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dip. Prevenzione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sistemi Informat.	<input type="checkbox"/>

IL DIRETTORE GENERALE  
Asl1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila  
Dott. Rinaldo Tordera

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature: dott. DAMBROSIO]*

2





**REGIONE ABRUZZO**

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

DIREZIONE GENERALE

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Prot. n. 36117/18

Chieti, 01/08/2018

*Schierl*

ASL TERAMO PROTOCOLLO UNICO  
Posta in Arrivo



Prot. nr. 0075371/18 del 01/08/2018

Al Direttore Generale  
della ASL di Teramo  
Avv. Roberto Fagnano

e p.c Al Direttore della U.O.C.  
Acquisizione Beni e Servizi  
Dott. Vittorio D'Ambrosio

**Oggetto:** Conferimento mandato speciale espletamento procedura di gara per l'affidamento, in unione di acquisto, del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per la Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.

In riscontro alla vostra nota del 20 luglio 2018, prot. n. 0071270/18 con la presente si conferisce mandato speciale a codesta ASL per l'espletamento di apposita procedura di gara, a valenza regionale in unione di acquisto, per l'affidamento del Servizio di cui all'oggetto.

Distinti saluti

ISTRUTTORIA: <u>ABS</u>	
<input type="checkbox"/> D.G.	<input type="checkbox"/> D.S.
Il Direttore Generale (Dott. Pasquale Fracco)	
<input type="checkbox"/> Personale	<input type="checkbox"/> U.R.P.
<input type="checkbox"/> Ragioneria	<input type="checkbox"/> Attività Tecniche
<input type="checkbox"/> Affari Generali Uff. Legale	<input type="checkbox"/> Provveditorato Economato
<input type="checkbox"/> Formaz./Qualità	<input type="checkbox"/> Dip. Ass. Territor.
<input type="checkbox"/> Uff. Infermierist.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dip. Prevenzione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sistemi Informat.	<input type="checkbox"/>

ALL. N° 4

Regione Abruzzo - Azienda Unità Sanitaria Locale Teramo

Circonvallazione Ragusa, 1 - 64100 TERAMO

BANDO DI GARA - CIG 5669442B88

Bando di gara CIG n. 7653097F6B - Procedura aperta finalizzata alla conclusione di accordo quadro con unico operatore economico per l'affidamento del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo

**SEZIONE I: AMMINISTRAZIONE AGGIUDICATRICE - I.1) DENOMINAZIONE, INDIRIZZI E**

**PUNTI DI CONTATTO:** Azienda Unità Sanitaria Locale Teramo, Circonvallazione

Ragusa, 1 64100 Teramo - Italia - U.O.C. Acquisizione beni e servizi -

all'attenzione di: Dott. Vittorio D'Ambrosio tel.: +39 0861420291 fax: +39

0861420292 indirizzo internet e profilo committente: [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) Il

capitolato d'oneri e la documentazione complementare sono disponibili presso

i punti di contatto sopra indicati. Le offerte vanno inviate ai punti di

contatto sopra indicati. I.2) **TIPO DI AMMINISTRAZIONE AGGIUDICATRICE:** Auto-

rità regionale o locale. 1.3) **PRINCIPALI SETTORI DI ATTIVITA':** salute. I.4)

**CONCESSIONE DI UN APPALTO A NOME DI ALTRE AMMINISTRAZIONI AGGIUDICATRICI:**

l'Amministrazione aggiudicatrice acquista per conto di altre Amministrazioni

aggiudicatrici: si.

**SEZIONE II: OGGETTO DELL'APPALTO II.1.1) DENOMINAZIONE CONFERITA ALL'APPALTO**

**DALL'AMMINISTRAZIONE AGGIUDICATRICE:** Procedura aperta finalizzata alla con-

clusione di accordo quadro con unico operatore economico per l'affidamento

del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle pre-

4

scrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende U.U.S.S.L.L. della

Regione Abruzzo. CIG 765309/F6B. II.1.3) TIPO DI APPALTO E LUOGO DI ESECU-

ZIONE: servizio. Codice NUTS: ITF1. II.1.4) INFORMAZIONI RELATIVE

ALL'ACCORDO QUADRO: Accordo quadro con un unico operatore. DURATA

DELL'ACCORDO: anni 4. VALORE STIMATO DEGLI ACQUISTI PER L'INTERA DURATA

DELL'ACCORDO QUADRO: valore stimato IVA esclusa € 2.707.809,28 I.V.A. esclu-

sa. II.1.5) BREVE DESCRIZIONE DELL'APPALTO: l'appalto ha ad oggetto il ser-

vizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni

farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende U.U.S.S.L.L. della Regione

Abruzzo, secondo quanto meglio specificato e descritto nel capitolato spe-

ciale d'appalto. II.1.6) CPV 72300000. II.1.8) DIVISIONE IN LOTTI: no. II.2)

QUANTITATIVO O ENTITA' DELL'APPALTO - II.2.1) QUANTITATIVO O ENTITA' TOTALE:

il valore complessivo della presente procedura di gara, riferito alla sua

durata di anni quattro, ed alle opzioni di seguito descritte è stimato in €

3.587.847,30 I.V.A. esclusa, così ripartito: prezzo a base d'asta €

2.707.809,28 I.V.A. esclusa; opzione di proroga tecnica di € 338.476,16

I.V.A. esclusa; opzione di estensione di un quinto dell'importo del valore

posto a base di gara di € 541.561,86 I.V.A. esclusa. Costi relativi alla

sicurezza per la rimozione dei rischi da interferenza ex art. 23 comma 15

D. Lgs. n. 50/2016 e art. 26 comma 5 D. Lgs. n. 81/2008, pari a zero.

II.2.2) Opzioni: sì. Proroga tecnica di mesi sei e estensione di un quinto

dell'importo del valore posto a base di gara II.3) DURATA DELL'APPALTO: mesi

48.

SEZIONE III: INFORMAZIONI DI CARATTERE GIURIDICO, ECONOMICO, FINANZIARIO E

TECNICO - III.1) CONDIZIONI RELATIVE ALL'APPALTO - III.1.1) CAUZIONI E GA-

RANZIE RICHIESTE: si rinvia al capitolato speciale d'appalto e al disciplinare di gara. III.1.2) PRINCIPALI MODALITA' DI FINANZIAMENTO E PAGAMENTO: fondi di bilancio. III.1.3) FORMA GIURIDICA CHE DOVRA' ASSUMERE IL RAGGRUPPAMENTO DI OPERATORI ECONOMICI AGGIUDICATARIO DELL'APPALTO: si rinvia al disciplinare di gara. III.2) CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONE - III.2.1) - SITUAZIONE PERSONALE DEGLI OPERATORI: si rinvia al disciplinare di gara. III.2.2) CAPACITA' ECONOMICA E FINANZIARIA E LIVELLI MINIMI: si rinvia al disciplinare di gara. III.2.3) CAPACITA' TECNICA E LIVELLI MINIMI: si rinvia al disciplinare di gara. III.3) CONDIZIONI RELATIVE AGLI APPALTI DI SERVIZI.

SEZIONE IV: PROCEDURA - IV.1.1) TIPO DI PROCEDURA: aperta. IV.2.1) CRITERI DI AGGIUDICAZIONE: offerta economicamente più vantaggiosa in base ai criteri indicati nel disciplinare di gara. IV.3.4) TERMINE PER IL RICEVIMENTO DELLE OFFERTE: 13/12/2018 ore 13,00. IV.3.6) LINGUA UTILIZZABILE: italiano. IV.3.7) PERIODO MINIMO DURANTE IL QUALE L'OFFERENTE E' VINCOLATO ALLA PROPRIA OFFERTA: 240 giorni decorrenti dal termine ultimo per il ricevimento delle offerte. IV.3.8) MODALITA' DI APERTURA DELLE OFFERTE: 20/12/2018 ore 10,00 luogo: si rinvia al disciplinare di gara. Persone ammesse ad assistere all'apertura delle offerte: si - si rinvia al disciplinare di gara.

SEZIONE VI: ALTRE INFORMAZIONI - VI.3) INFORMAZIONI COMPLEMENTARI: I) I) Il presente bando è stato approvato con deliberazione a contrarre n. xxxx del xx/10/2018. II) Il n. di gara SIMOG è xxxxx. Il CIG xxxxxx III) Il RUP è il dott. Vittorio D'Ambrosio. IV) il capitolato speciale d'appalto, il disciplinare di gara, tutta la modulistica e la documentazione di gara sono disponibili sul sito internet della stazione appaltante all'indirizzo [www.asliterano.it](http://www.asliterano.it) - servizi online - bandi di gara. V) E' vietata ogni alte-

razione della documentazione di gara pubblicata sul sito internet

www.aslteramo.it VI) Per quanto non contemplato nel presente bando, si fa

espreso rinvio al disciplinare di gara e capitolato speciale d'appalto, sia

per la procedura ad evidenza pubblica, sia per l'esecuzione del contratto.

VII) Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento

UE/2016/679 (GDPR), si comunica che i dati, anche personali, trasmessi dalle

ditte partecipanti saranno utilizzati esclusivamente per lo svolgimento di

funzioni connesse all'espletamento ed all'aggiudicazione della gara. VIII)

E' esclusa la competenza arbitrale.

Allegato A altri punti di indirizzo e punti di contatto. IV) Indirizzi

dell'altra amministrazione aggiudicatrice a nome della quale

l'amministrazione aggiudicatrice acquista: Denominazione ufficiale ASL 2

Lanciano Vasto Chieti. Indirizzo postale: via Martiri lancianesi 17/19 66100

Chieti; Denominazione ufficiale ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila. Indirizzo

postale: via Saragat - località Campo di Pile 67100 L'Aquila; Denominazione

ufficiale ASI 3 Pescara. Indirizzo postale: via Renato Paolini 47 65124 Pe-

scara; VI.5) DATA DI SPEDIZIONE GUE: xx/10/2018.

Teramo,

Il Direttore Generale - avv. Roberto Fagnano



Unione europea

Supplemento alla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea

2, rue Mercier, 2985 Luxembourg, Lussemburgo Fax: +352 29 29 42 670

Posta elettronica: ojs@publications.europa.eu Info e formulari on-line: <http://simap.europa.eu>

**Bando di gara**  
(Direttiva 2004/18/CE)

## Sezione I : Amministrazione aggiudicatrice

### I.1) Denominazione, indirizzi e punti di contatto:

Denominazione ufficiale: Azienda Unità Sanitaria      Carta d'identità nazionale: (se noto)  
Locale Teramo

Indirizzo postale: Circonvallazione Ragusa, 1

Città: Teramo      Codice postale: 64100      Paese: Italia (IT)

Punti di contatto:      Telefono: +39 0861420291

All'attenzione di: Dott. Vittorio D'Ambrosio

Posta elettronica:      Fax: +39 0861420292

**Indirizzi internet:** (se del caso)

Indirizzo generale dell'amministrazione aggiudicatrice/ente aggiudicatore: (URL) <http://www.aslteramo.it>

Indirizzo del profilo di committente: (URL)

Accesso elettronico alle informazioni: (URL)

Presentazione per via elettronica di offerte e richieste di partecipazione: (URL)

**Ulteriori informazioni sono disponibili presso**

I punti di contatto sopra indicati     Altro (completare l'allegato A.I)

**Il capitolato d'oneri e la documentazione complementare (inclusi i documenti per il dialogo competitivo e per il sistema dinamico di acquisizione) sono disponibili presso**

I punti di contatto sopra indicati     Altro (completare l'allegato A.II)

**Le offerte o le domande di partecipazione vanno inviate a**

I punti di contatto sopra indicati     Altro (completare l'allegato A.III)

### I.2) Tipo di amministrazione aggiudicatrice

Ministero o qualsiasi altra autorità nazionale o federale, inclusi gli uffici a livello locale o regionale

Agenzia/ufficio nazionale o federale

Autorità regionale o locale

Agenzia/ufficio regionale o locale

Organismo di diritto pubblico

Istituzione/agenzia europea o organizzazione internazionale

Altro: (specificare)

### I.3) Principali settori di attività

Servizi generali delle amministrazioni pubbliche



- Difesa
- Ordine pubblico e sicurezza
- Ambiente
- Affari economici e finanziari
- Salute
- Abitazioni e assetto territoriale
- Protezione sociale
- Servizi ricreativi, cultura e religione
- Istruzione
- Altro: *(specificare)*

**I.4) Concessione di un appalto a nome di altre amministrazioni aggiudicatrici**

L'amministrazione aggiudicatrice acquista per conto di altre amministrazioni aggiudicatrici:

sì  no

*ulteriori informazioni su queste amministrazioni aggiudicatrici possono essere riportate nell'allegato A*

## Sezione II : Oggetto dell'appalto

### II.1) Descrizione :

#### II.1.1) Denominazione conferita all'appalto dall'amministrazione aggiudicatrice :

Procedura aperta finalizzata alla conclusione di accordo quadro con unico operatore economico per l'affidamento del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo. CIG

#### II.1.2) Tipo di appalto e luogo di consegna o di esecuzione :

Scegliere una sola categoria – lavori, forniture o servizi – che corrisponde maggiormente all'oggetto specifico dell'appalto o degli acquisti

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Lavori   | <input type="radio"/> Forniture                           | <input checked="" type="radio"/> Servizi |
| <input type="checkbox"/> Esecuzione  | <input type="checkbox"/> Acquisto                         | Categoria di servizi n.:                 |
| <input type="checkbox"/> Progettazione ed esecuzione   | <input type="checkbox"/> Leasing                          | Per le categorie di servizi cfr.         |
| <input type="checkbox"/> Realizzazione, con qualsiasi mezzo di lavoro, conforme alle prescrizioni delle amministrazioni aggiudicatrici | <input type="checkbox"/> Noleggio                         | l'allegato C1                            |
|  | <input type="checkbox"/> Acquisto a riscatto              |  |
|  | <input type="checkbox"/> Una combinazione di queste forme |  |

Luogo principale di esecuzione dei lavori, di consegna delle forniture o di prestazione dei servizi :

Codice NUTS: ITF1

#### II.1.3) Informazioni sugli appalti pubblici, l'accordo quadro o il sistema dinamico di acquisizione (SDA):

- L'avviso riguarda un appalto pubblico  
 L'avviso riguarda la conclusione di un accordo quadro  
 L'avviso comporta l'istituzione di un sistema dinamico di acquisizione (DPS)

#### II.1.4) Informazioni relative all'accordo quadro : (se del caso)

- Accordo quadro con diversi operatori       Accordo quadro con un unico operatore

Numero :

oppure

(se del caso) numero massimo :                      di partecipanti all'accordo quadro previsto

#### Durata dell'accordo quadro

Durata in anni : 4   oppure   in mesi :

Giustificazione per un accordo quadro con una durata superiore a quattro anni :

Valore totale stimato degli acquisti per l'intera durata dell'accordo quadro (se del caso, indicare solo in cifre)

Valore stimato, IVA esclusa : 2707809.28   Valuta : EUR

oppure

Valore: tra :                      : e :                      :   Valuta :

Frequenza e valore degli appalti da aggiudicare : (se noto)

**II.1.5) Breve descrizione dell'appalto o degli acquisti :**

L'appalto ha ad oggetto il servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo, secondo quanto meglio specificato e descritto nel capitolato speciale d'appalto.

**II.1.6) Vocabolario comune per gli appalti (CPV) :**

	Vocabolario principale	Vocabolario supplementare (se del caso)
Oggetto principale	72300000	

**II.1.7) Informazioni relative all'accordo sugli appalti pubblici (AAP) :**

L'appalto è disciplinato dall'accordo sugli appalti pubblici (AAP) :  sì  no

**II.1.8) Lotti:** (per ulteriori precisazioni sui lotti utilizzare l'allegato B nel numero di copie necessario)

Questo appalto è suddiviso in lotti:  sì  no  
(in caso affermativo) Le offerte vanno presentate per  
 un solo lotto

uno o più lotti

tutti i lotti

**II.1.9) Informazioni sulle varianti:**

Ammissibilità di varianti :  sì  no

**II.2) Quantitativo o entità dell'appalto :**

**II.2.1) Quantitativo o entità totale :** (compresi tutti gli eventuali lotti, rinnovi e opzioni, se del caso)

il valore complessivo della presente procedura di gara, riferito alla sua durata di anni quattro, ed alle opzioni di seguito descritte è stimato in € 3.587.847,30I.V.A. esclusa, così ripartito: prezzo a base d'asta € 2.707.809,28 I.V.A. esclusa; opzione di proroga tecnica di € 338.476,16 I.V.A. esclusa; opzione di estensione di un quinto dell'importo del valore posto a base di gara di € 541.561,86 I.V.A. esclusa. Costi relativi alla sicurezza per la rimozione dei rischi da interferenza ex art. 23 comma 15 D. Lgs. n. 50/2016 e art. 26 comma 5 D. Lgs. n. 81/2008, pari a zero.

(se del caso, indicare solo in cifre)

Valore stimato, IVA esclusa : Valuta :

oppure

Valore: tra : : e : : Valuta :

**II.2.2) Opzioni :** (se del caso)

Opzioni :  sì  no

(in caso affermativo) Descrizione delle opzioni :

Proroga tecnica di mesi sei e estensione di un quinto dell'importo del valore posto a base di gara

(se noto) Calendario provvisorio per il ricorso a tali opzioni :

in mesi : oppure in giorni : (dall'aggiudicazione dell'appalto)

**II.2.3) Informazioni sui rinnovi :** (se del caso)

L'appalto è oggetto di rinnovo:  sì  no

Numero di rinnovi possibile: (se noto) oppure Valore: tra : e:

(se noto) Nel caso di appalti rinnovabili di forniture o servizi, calendario di massima degli appalti successivi:

in mesi: oppure in giorni: (dall'aggiudicazione dell'appalto)

**II.3) Durata dell'appalto o termine di esecuzione:**

Durata in mesi : 48 oppure in giorni: (dall'aggiudicazione dell'appalto)

*oppure*

inizio: (gg/mm/aaaa)

conclusione: (gg/mm/aaaa)

## Sezione III : Informazioni di carattere giuridico, economico, finanziario e tecnico

### III.1) Condizioni relative all'appalto:

#### III.1.1) Cauzioni e garanzie richieste: *(se del caso)*

si rinvia al capitolato speciale d'appalto e al disciplinare di gara

#### III.1.2) Principali modalità di finanziamento e di pagamento e/o riferimenti alle disposizioni applicabili in materia:

#### III.1.3) Forma giuridica che dovrà assumere il raggruppamento di operatori economici aggiudicatario dell'appalto: *(se del caso)*

si rinvia al disciplinare di gara

#### III.1.4) Altre condizioni particolari: *(se del caso)*

La realizzazione dell'appalto è soggetta a condizioni particolari :  sì  no

*(in caso affermativo) Descrizione delle condizioni particolari:*

### III.2) Condizioni di partecipazione:

#### III.2.1) Situazione personale degli operatori economici, inclusi i requisiti relativi all'iscrizione nell'albo professionale o nel registro commerciale:

Informazioni e formalità necessarie per valutare la conformità ai requisiti:

si rinvia al capitolato speciale d'appalto e al disciplinare di gara

#### III.2.2) Capacità economica e finanziaria:

Informazioni e formalità necessarie per valutare la conformità ai requisiti:

si rinvia al capitolato speciale d'appalto e al disciplinare di gara

Livelli minimi di capacità eventualmente richiesti: *(se del caso)*

#### III.2.3) Capacità tecnica:

Informazioni e formalità necessarie per valutare la conformità ai requisiti:

si rinvia al capitolato speciale d'appalto e al disciplinare di gara

Livelli minimi di capacità eventualmente richiesti: *(se del caso)*

#### III.2.4) Informazioni concernenti appalti riservati: *(se del caso)*

L'appalto è riservato ai laboratori protetti

L'esecuzione dell'appalto è riservata ai programmi di lavoro protetti

### III.3) Condizioni relative agli appalti di servizi:

#### III.3.1) Informazioni relative ad una particolare professione:

La prestazione del servizio è riservata ad una particolare professione:  sì  no  
(in caso affermativo) Citare la corrispondente disposizione legislativa, regolamentare o amministrativa applicabile :

**III.3.2) Personale responsabile dell'esecuzione del servizio:**

Le persone giuridiche devono indicare il nome e le qualifiche professionali del personale incaricato della prestazione del servizio:  sì  no



## Sezione IV : Procedura

### IV.1) Tipo di procedura:

#### IV.1.1) Tipo di procedura:

Aperta

Ristretta

Ristretta accelerata

Giustificazione della scelta della procedura accelerata:

Procedura negoziata

Sono già stati scelti alcuni candidati (se del caso nell'ambito di alcuni tipi di procedure negoziate) :  sì  no  
(in caso affermativo, indicare il nome e l'indirizzo degli operatori economici già selezionati nella sezione VI.3 Altre informazioni)

Negoziata accelerata

Giustificazione della scelta della procedura accelerata:

Dialogo competitivo

#### IV.1.2) Limiti al numero di operatori che saranno invitati a presentare un'offerta: (procedure ristrette e negoziate, dialogo competitivo)

Numero previsto di operatori:

oppure

Numero minimo previsto:                    e (se del caso) numero massimo

Criteri obiettivi per la selezione del numero limitato di candidati:

#### IV.1.3) Riduzione del numero di operatori durante il negoziato o il dialogo: (procedura negoziata, dialogo competitivo)

Ricorso ad una procedura in più fasi al fine di ridurre progressivamente il numero di soluzioni da discutere o di offerte da negoziare :  sì  no

### IV.2) Criteri di aggiudicazione

#### IV.2.1) Criteri di aggiudicazione (contrassegnare le caselle pertinenti)

Prezzo più basso

oppure

Offerta economicamente più vantaggiosa in base ai

criteri indicati di seguito (i criteri di aggiudicazione vanno indicati con la relativa ponderazione oppure in ordine discendente di importanza qualora non sia possibile la ponderazione per motivi dimostrabili)

criteri indicati nel capitolato d'oneri, nell'invito a presentare offerte o a negoziare oppure nel documento descrittivo

Criteri	Ponderazione	Criteri	Ponderazione
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	

Criteria	Ponderazione	Criteria	Ponderazione
5.		10.	

#### IV.2.2) Informazioni sull'asta elettronica

Ricorso ad un'asta elettronica  sì  no

(in caso affermativo, se del caso) Ulteriori informazioni sull'asta elettronica:

#### IV.3) Informazioni di carattere amministrativo:

IV.3.1) Numero di riferimento attribuito al dossier dall'amministrazione aggiudicatrice: (se del caso)

#### IV.3.2) Pubblicazioni precedenti relative allo stesso appalto:

sì  no

(in caso affermativo)

Avviso di preinformazione  Avviso relativo al profilo di committente

Numero dell'avviso nella GUUE: del: (gg/mm/aaaa)

Altre pubblicazioni precedenti (se del caso)

#### IV.3.3) Condizioni per ottenere il capitolato d'onere e documenti complementari o il documento descrittivo: (nel caso di dialogo competitivo)

Termine per il ricevimento delle richieste di documenti o per l'accesso ai documenti

Data: Ora:

Documenti a pagamento  sì  no

(in caso affermativo, indicare solo in cifre) Prezzo: Valuta:

Condizioni e modalità di pagamento:

#### IV.3.4) Termine per il ricevimento delle offerte o delle domande di partecipazione:

Data: 13/12/2018 Ora: 13:00

#### IV.3.5) Data di spedizione ai candidati prescelti degli inviti a presentare offerte o a partecipare: (se noto, nel caso di procedure ristrette e negoziate e del dialogo competitivo)

Data:

#### IV.3.6) Lingue utilizzabili per la presentazione delle offerte o delle domande di partecipazione:

Qualsiasi lingua ufficiale dell'UE

Lingua o lingue ufficiali dell'UE:

IT

Altro:

#### IV.3.7) Periodo minimo durante il quale l'offerente è vincolato alla propria offerta:

fino al: :

oppure

Durata in mesi :                    oppure in giorni : 240 (dal termine ultimo per il ricevimento delle offerte)

**IV.3.8) Modalità di apertura delle offerte:**

Data : 20/12/2018    (gg/mm/aaaa)    Ora 10:00

(se del caso) Luogo: si rinvia al disciplinare di gara

Persone ammesse ad assistere all'apertura delle offerte (se del caso) :

sì     no

(in caso affermativo) Informazioni complementari sulle persone ammesse e la procedura di apertura:  
si rinvia al disciplinare di gara

## Sezione VI: Altre informazioni

### VI.1) Informazioni sulla periodicità: (se del caso)

Si tratta di un appalto periodico :  sì  no

(in caso affermativo) Indicare il calendario di massima per la pubblicazione dei prossimi avvisi:

### VI.2) Informazioni sui fondi dell'Unione europea:

L'appalto è connesso ad un progetto e/o programma finanziato da fondi dell'Unione europea :  sì  no

(in caso affermativo) Indicare il o i progetti e/o il o i programmi:

### VI.3) Informazioni complementari: (se del caso)

I) Il presente bando è stato approvato con deliberazione a contrarre n. xxxxxdel xx/10/2018. II) Il n. di gara SIMOG è xxxxxxx. Il CIG è xxxxxxx. III) Il RUP è il dott. Vittorio D'Ambrosio. IV) il capitolato speciale d'appalto, il disciplinare di gara, tutta la modulistica e la documentazione di gara sono disponibili sul sito internet della stazione appaltante all'indirizzo [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) – servizi online – bandi di gara. V) E' vietata ogni alterazione della documentazione di gara pubblicata sul sito internet [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) VI) Per quanto non contemplato nel presente bando, si fa espresso rinvio al disciplinare di gara e capitolato speciale d'appalto, sia per la procedura ad evidenza pubblica, sia per l'esecuzione del contratto. VII) Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE/2016/679 (GDPR), si comunica che i dati, anche personali, trasmessi dalle ditte partecipanti saranno uti-lizzati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni connesse all'espletamento ed all'aggiudicazione della gara. VIII) E' esclusa la competenza arbitrale.

### VI.4) Procedure di ricorso:

#### VI.4.1) Organismo responsabile delle procedure di ricorso:

Denominazione ufficiale:

Indirizzo postale:

Città:

Codice postale:

Paese:

Telefono:

Posta elettronica:

Fax:

Indirizzo internet: (URL)

#### Organismo responsabile delle procedure di mediazione (se del caso)

Denominazione ufficiale:

Indirizzo postale:

Città:

Codice postale:

Paese:

Telefono:

Posta elettronica:

Fax:

Indirizzo internet: (URL)

#### VI.4.2) Presentazione di ricorsi: (compilare il punto VI.4.2 oppure, all'occorrenza, il punto VI.4.3)

**VI.4.3) Servizio presso il quale sono disponibili informazioni sulla presentazione dei ricorsi:**

Denominazione ufficiale:

Indirizzo postale:

Città:

Codice postale:

Paese:

Telefono:

Posta elettronica:

Fax:

Indirizzo internet: *(URL)*

**VI.5) Data di spedizione del presente avviso:**

**Allegato A**  
**Altri indirizzi e punti di contatto**

**I) Indirizzi e punti di contatto dai quali è possibile ottenere ulteriori informazioni**

Denominazione ufficiale: \_\_\_\_\_ Carta d'identità nazionale: (se noto) \_\_\_\_\_  
Indirizzo postale: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Codice postale: \_\_\_\_\_ Paese: \_\_\_\_\_  
Punti di contatto: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
All'attenzione di: \_\_\_\_\_  
Posta elettronica: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Indirizzo internet: (URL) \_\_\_\_\_

**II) Indirizzi e punti di contatto presso i quali sono disponibili il capitolato d'oneri e la documentazione complementare**

Denominazione ufficiale: \_\_\_\_\_ Carta d'identità nazionale: (se noto) \_\_\_\_\_  
Indirizzo postale: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Codice postale: \_\_\_\_\_ Paese: \_\_\_\_\_  
Punti di contatto: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
All'attenzione di: \_\_\_\_\_  
Posta elettronica: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Indirizzo internet: (URL) \_\_\_\_\_

**III) Indirizzi e punti di contatto ai quali inviare le offerte/domande di partecipazione**

Denominazione ufficiale: \_\_\_\_\_ Carta d'identità nazionale: (se noto) \_\_\_\_\_  
Indirizzo postale: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Codice postale: \_\_\_\_\_ Paese: \_\_\_\_\_  
Punti di contatto: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
All'attenzione di: \_\_\_\_\_  
Posta elettronica: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Indirizzo internet: (URL) \_\_\_\_\_

**IV) Indirizzi dell'altra amministrazione aggiudicatrice a nome della quale l'amministrazione aggiudicatrice acquista**

Denominazione ufficiale ASL 2 Lanciano Vasto Chieti \_\_\_\_\_ Carta d'identità nazionale (se noto): \_\_\_\_\_  
Indirizzo postale: Via Martiri Lancianesi 17/19  
Città Chieti \_\_\_\_\_ Codice postale 66100  
Paese Italia (IT)  
----- (Utilizzare l'allegato A, sezione IV, nel numero di copie necessario) -----  
Denominazione ufficiale ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila \_\_\_\_\_ Carta d'identità nazionale (se noto): \_\_\_\_\_  
Indirizzo postale: Via Saragat - località Campo di Pile  
Città L'Aquila \_\_\_\_\_ Codice postale 67100

Paese Italia (IT)  
----- (Utilizzare l'allegato A, sezione IV, nel numero di copie necessario) -----

Denominazione ufficiale ASL 3 Pescara Carta d'identità nazionale ( se noto ):

Indirizzo postale: Via Renato Paolini 47

Città Pescara Codice postale 65124

Paese Italia (IT)  
----- (Utilizzare l'allegato A, sezione IV, nel numero di copie necessario) -----

**Allegato B**  
**Informazioni sui lotti**

Denominazione conferita all'appalto dall'amministrazione aggiudicatrice

Lotto n. :                      Denominazione :

1) Breve descrizione:

2) Vocabolario comune per gli appalti (CPV):

Vocabolario principale:

3) Quantitativo o entità:

(se noto, indicare solo in cifre) Valore stimato, IVA esclusa:

Valuta:

oppure

Valore: tra :

e:

Valuta:

4) Indicazione di una durata diversa dell'appalto o di una data diversa di inizio/conclusione: *(se del caso)*

Durata in mesi :                      oppure in giorni :                      (dall'aggiudicazione dell'appalto)

*oppure*

inizio:                      (gg/mm/aaaa)

conclusione:                      (gg/mm/aaaa)

5) Ulteriori informazioni sui lotti:



**Allegato C1 – Appalti generici**  
**Categorie di servizi di cui alla sezione II: Oggetto dell'appalto**  
**Direttiva 2004/18/CE**

- Categoria n. [1]    Oggetto**
- 1    Servizi di manutenzione e riparazione
  - 2    Servizi di trasporto terrestre [2], inclusi i servizi con furgoni blindati, e servizi di corriere ad esclusione del trasporto di posta
  - 3    Servizi di trasporto aereo di passeggeri e merci, escluso il trasporto di posta
  - 4    Trasporto di posta per via terrestre [3] e aerea
  - 5    Servizi di telecomunicazioni
  - 6    Servizi finanziari: a) Servizi assicurativi b) Servizi bancari e finanziari [4]
  - 7    Servizi informatici e affini
  - 8    Servizi di ricerca e sviluppo [5]
  - 9    Servizi di contabilità, revisione dei conti e tenuta dei libri contabili
  - 10    Servizi di ricerca di mercato e di sondaggio dell'opinione pubblica
  - 11    Servizi di consulenza gestionale [6] e affini
  - 12    Servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria, anche integrata; servizi attinenti all'urbanistica e alla paesaggistica; servizi affini di consulenza scientifica e tecnica; servizi di sperimentazione tecnica e analisi
  - 13    Servizi pubblicitari
  - 14    Servizi di pulizia degli edifici e di gestione delle proprietà immobiliari
  - 15    Servizi di editoria e di stampa in base a tariffa o a contratto
  - 16    Servizi di smaltimento dei rifiuti solidi e delle acque reflue, servizi igienico-sanitari e simili
- Categoria n. [7]    Oggetto**
- 17    Servizi alberghieri e di ristorazione
  - 18    Servizi di trasporto per ferrovia
  - 19    Servizi di trasporto per via d'acqua
  - 20    Servizi di supporto e sussidiari per il settore dei trasporti
  - 21    Servizi legali
  - 22    Servizi di collocamento e reperimento di personale [8]
  - 23    Servizi di investigazione e di sicurezza, eccettuati i servizi con furgoni blindati
  - 24    Servizi relativi all'istruzione, anche professionale
  - 25    Servizi sanitari e sociali
  - 26    Servizi ricreativi, culturali e sportivi [9]
  - 27    Altri servizi

1 Categorie di servizio ai sensi dell'articolo 20 dell'allegato II A della direttiva 2004/18/CE .

2 Esclusi i servizi di trasporto per ferrovia che rientrano nella categoria 18.

3 Esclusi i servizi di trasporto per ferrovia che rientrano nella categoria 18.

4 Esclusi i servizi finanziari relativi all'emissione, all'acquisto, alla vendita o al trasferimento di titoli o di altri strumenti finanziari, nonché dei servizi forniti da banche centrali. Sono inoltre esclusi: i servizi relativi all'acquisto o al noleggio, mediante qualunque mezzo finanziario, di terreni, edifici esistenti o altri immobili o relativi diritti; tuttavia i contratti finanziari conclusi contemporaneamente oppure prima o dopo il contratto di acquisto o noleggio, in qualunque forma, sono soggetti alla presente direttiva.

5 Esclusi i servizi di ricerca e sviluppo diversi da quelli di cui beneficia esclusivamente l'amministrazione aggiudicatrice per l'uso nell'esercizio della propria attività, nella misura in cui la prestazione del servizio sia interamente retribuita dall'amministrazione aggiudicatrice. -

6 Esclusi i servizi di arbitrato e di conciliazione. -

7 Categorie di servizi ai sensi dell'articolo 21 e dell'allegato II B della direttiva 2004/18/CE. -

8 Esclusi i contratti di lavoro.

9 Ad esclusione dei contratti aventi per oggetto l'acquisto, lo sviluppo, la produzione o la coproduzione di programmi televisivi da parte di emittenti, e dei contratti concernenti il tempo di trasmissione.

ALL. N°6

## CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

Procedura aperta finalizzata alla conclusione di accordo quadro con unico operatore economico per l'affidamento del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo

CIG 7653097F6B

## INDICE

Art. 1 – Oggetto dell'appalto.....	pag. 2
Art. 2 – Durata ed importo.....	pag. 2
Art. 3 – Valore della procedura ed importo a base d'appalto.....	pag. 2
Art. 4 – Descrizione generale dei servizi e del software.....	pag. 3
Art. 5 – Quantitativi presunti.....	pag. 4
Art. 6 – Modalità di espletamento.....	pag. 5
Art. 7 – Registrazione delle informazioni delle ricette.....	pag. 5
Art. 8 – Controlli relativi alla farmaceutica convenzionata, al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e corretto utilizzo dei farmaci.....	pag. 6
Art. 9 – Rilevazione delle immagini delle ricette.....	pag. 7
Art. 10 – Registrazione delle informazioni da ricette SSN/buoni spesa per assistenza integrativa.....	pag. 7
Art. 11 – Registrazione dati dei ricettari e abbinamento con le ricette.....	pag. 8
Art. 12 – Confezionamento delle ricette ed obliterazione delle fustelle.....	pag. 8
Art. 13 – Stoccaggio delle ricette.....	pag. 8
Art. 14 – Elaborazione dati.....	pag. 9
Art. 15 – Rapporto statistico.....	pag. 11
Art. 16 – Obblighi della ditta aggiudicataria.....	pag. 11
Art. 17 – Obbligo di riservatezza e tutela dei dati, norme di comportamento.....	pag. 12
Art. 18 – Periodo di prova.....	pag. 13
Art. 19 – Penalità.....	pag. 14
Art. 20 – Risoluzione del contratto.....	pag. 14
Art. 21 – Recesso.....	pag. 15
Art. 22 – Contratto e spese.....	pag. 15
Art. 23 – Subappalto e cessione.....	pag. 16
Art. 24 – Cauzione definitiva.....	pag. 16
Art. 25 – Responsabilità civile.....	pag. 16
Art. 26 – Tracciabilità dei flussi finanziari.....	pag. 16
Art. 27 – Fatturazione e pagamenti.....	pag. 17
Art. 28 – Rinvio.....	pag. 17
Art. 29 – Foro competente.....	pag. 17

### **Art. 1 – Oggetto dell'appalto**

Il presente appalto ha per oggetto l'affidamento, a lotto unico ed indivisibile e mediante la formula dell'accordo quadro con unico operatore economico, del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche (comprese quelle dematerializzate) a carico del SSN e dei piani terapeutici, con relativo stoccaggio, per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.

Come da disposizioni regionali, la presente procedura di gara è indetta dall'Azienda U.S.L. di Teramo (ASL n.4) in qualità di stazione appaltante capofila, anche in nome e per conto delle Aziende UU.SS.LL. di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (ASL n.1), Lanciano-Vasto-Chieti (ASL n.2) e Pescara (ASL n.3), in forza di delega per la gestione di tutte le attività necessarie all'espletamento della procedura ad evidenza pubblica finalizzata alla scelta del contraente e comunque secondo quanto meglio descritto all'art. 1 del disciplinare di gara.

In ogni caso, l'aggiudicataria sarà tenuta ad effettuare il servizio secondo le modalità previste nel presente capitolato e si rapporterà con i Direttori dell'esecuzione dei singoli contratti, individuati nell'ambito di ciascuna Azienda U.S.L., quali unici interlocutori per la gestione del contratto ivi compreso lo svolgimento dei controlli e verifiche, delle prove d'accertamento della qualità del servizio secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

Nel prosieguo del presente capitolato, con il termine "Azienda" si intende ciascuna delle quattro Aziende UU.SS.LL. sopra riportate.

### **Art. 2 – Durata dell'accordo quadro ed opzioni**

La durata dell'appalto (escluse le opzioni) è di anni quattro, decorrenti dalla data che sarà stabilita in sede di stipula dei singoli accordi quadro da parte delle Aziende.

La durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere modificata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure finalizzate alla individuazione del nuovo contraente ai sensi dell'art. 106, comma 11 del D. Lgs. n. 50/2016. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi - o più favorevoli - prezzi, patti e condizioni per un ulteriore periodo di mesi sei.

La stazione appaltante, qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento delle prestazioni fino a concorrenza del quinto dell'importo del contratto, può imporre all'appaltatore l'esecuzione alle stesse condizioni previste nel contratto originario ai sensi dell'art. 106 comma 12 del D. Lgs. n. 50/2016. In tal caso l'appaltatore non può far valere il diritto alla risoluzione del contratto.

### **Art. 3 – Valore della procedura ed importo a base d'appalto**

Ai fini dell'art. 35, comma 4 del D. Lgs. n. 50/2016, il valore massimo stimato dell'appalto, è pari ad € 3.587.847,30 al netto di Iva e/o di altre imposte e contributi di legge, così ripartito:

- € 2.707.809,28 riferito alla sua durata di anni quattro;
- € 338.476,16 riferito alla opzione di proroga semestrale ex art. 106 comma 11 del D. Lgs. n. 50/2016;
- € 541.561,86 riferito alla opzione di quinto d'obbligo ex art. 106 comma 12 del D. Lgs. n. 50/2016.

Secondo la seguente suddivisione per ogni singola Azienda:

<b>Azienda</b>	<b>Valore quadriennale</b>	<b>Proroga semestrale</b>	<b>Quinto d'obbligo</b>
ASL 1	€ 616.976,00	€ 77.122,00	€ 123.395,20
ASL 2	€ 805.844,48	€ 100.730,56	€ 161.168,90
ASL 3	€ 617.932,64	€ 77.241,58	€ 123.586,53
ASL 4	€ 667.056,16	€ 83.382,02	€ 133.411,23

Resta inteso che il valore effettivo dell'accordo quadro, così come quello di ciascun contratto specifico, sarà solo successivamente determinato sulla scorta delle prestazioni effettivamente richieste, in base all'effettivo fabbisogno che verrà a determinarsi per le singole Aziende in corso di vigenza dell'accordo quadro.

Per quanto sopra, l'aggiudicazione e la stipula dell'accordo quadro non sono fonte di alcuna obbligazione per le Aziende nei confronti dell'operatore economico aggiudicatario, costituendo l'accordo quadro unicamente il documento base per la

regolamentazione di futuri ed eventuali contratti specifici eventualmente da attivarsi nel corso di validità dell'accordo quadro medesimo; pertanto le Aziende si riservano la facoltà, in sede di esecuzione dell'accordo quadro, di non richiedere l'attivazione di alcun contratto, senza che l'operatore economico possa vantare alcuna pretesa.

L'operatore economico riconosce ed accetta che il valore dell'accordo quadro è da considerarsi quale importo massimo di spesa e che l'Azienda non è vincolata a stipulare nel periodo di durata dello stesso, contratti specifici che esauriscono, in tutto o in parte, l'oggetto dell'accordo quadro medesimo. L'Azienda potrà, altresì, esaurire l'oggetto del presente accordo in un termine inferiore a quello massimo di durata dello stesso come previsto dal presente capitolato; in tal caso l'operatore economico non avrà nulla a pretendere a qualsiasi titolo e rinuncia, fin d'ora, a qualsiasi azione a titolo di responsabilità contrattuale ed extracontrattuale. L'operatore economico è, per contro, vincolato a stipulare i singoli contratti specifici, alle condizioni di aggiudicazione dell'accordo quadro, secondo le modalità di cui al presente capitolato speciale di appalto.

I costi relativi alla sicurezza per la rimozione dei rischi da interferenza sono pari a zero (art. 95 comma 10 D. Lgs. n. 50/2016 e art. 26 comma 5 D. Lgs. n. 81/2008 e s. m. ed i.), fatto salvo che, a seguito dell'aggiudicazione, qualora si evidenziasse costi aggiuntivi per la sicurezza dovuti ai rischi per le interferenze, questi saranno valutati congiuntamente con l'ASL in sede di stipulazione del contratto.

#### **Art. 4 – Descrizione generale dei servizi e del software**

L'operatore economico deve garantire metodiche di addestramento per l'avvio e l'utilizzo dei servizi e del software da parte del personale delle Aziende. Deve inoltre garantire una interfaccia operativa agli utenti per la risoluzione delle problematiche, urgenze e criticità.

Vengono di seguito descritti i servizi e il software oggetto del presente appalto:

- ✓ Rilevazione dei dati delle prescrizioni farmaceutiche SSN (comprese quelle dematerializzate), dei buoni spesa e/o ricette SSN per l'assistenza integrativa e dei piani terapeutici con verifica di quanto previsto dalle normative vigenti in merito alla concedibilità SSN dei farmaci e dei prodotti destinati ad alimentazione particolare alle condizioni di erogazione previste dalle normative nazionali, regionali e aziendali;
- ✓ Controlli ed elaborazioni tecnico-contabili sulle richieste di rimborso presentate dalle farmacie convenzionate con rilevazione delle difformità e/o anomalie tecnico-contabili riscontrate;
- ✓ Controlli ed elaborazioni tecnico-contabili sulle richieste di rimborso presentate dalle farmacie convenzionate e dagli esercizi commerciali con rilevazione delle difformità e/o anomalie tecnico-contabili riscontrate con incrocio dei tracciati telematici provenienti dal Sistema TS Sogei e dal gestionale della distribuzione per conto (DPC) in uso a livello regionale forniti e/o messi a disposizione mensilmente dai servizi farmaceutici territoriali;
- ✓ Controlli ed elaborazioni tecnico-contabili sulle ricette SSN di cui alla distribuzione diretta e/o per conto con invio di reportistica statistica mensile, pluri mensile e annuale;
- ✓ Registrazione dei dati presenti su frontespizi di ricettari SSN e loro abbinamento con quelli delle prescrizioni farmaceutiche e segnalazione di eventuali difformità e/o anomalie riscontrate;
- ✓ Abbinamento dei dati rilevati su prescrizioni farmaceutiche SSN e frontespizi di ricettari SSN con l'anagrafica di assistiti e medici specialisti, ambulatoriali, medicina generale e pediatri di libera scelta con rilevazioni di prescrizioni farmaceutiche a soggetti diversi da quelli in carico al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
- ✓ Realizzazione di stampe, file e tracciati record di tutte le rilevazioni ed elaborazioni effettuate;
- ✓ Rilevazione progressiva della spesa e dei comportamenti prescrittivi dei singoli medici e/o per associazioni e gruppi di medici di medicina generale (NCP, UCCP, ecc.), per tipologia di medico, per distretto e per unità operativa specialistica, compresa la realizzazione di reports mensili personalizzati così come indicati dall'Azienda riportanti i dati riferiti a indicatori generali di Azienda, Distretto, indicatori del medico e/o del gruppo, associazione, unità operativa, andamenti mensili, costo ricetta, ricette pro-capite, spesa pro-capite, assistiti in carico, valutazione spesa pro capite per gruppo anatomico, espressa anche in DDD (Defined Daily Dose), graduatoria sottogruppi chimico-terapeutici, valutazione graduatoria farmaci individuati come principi attivi e specialità e osservatorio di specifici fenomeni (esempio: impiego di farmaci generici, farmaci soggetti a doppio canale di dispensazione, note AIFA, mappe prescrittive); è fatta salva la possibilità per l'Azienda di indicare senza costi aggiuntivi ulteriori dati di elaborazione (es. monitoraggio degli obiettivi regionali per l'appropriatezza prescrittiva);

- ✓ Predisposizione di rapporti statistici trimestrali sull'andamento della spesa farmaceutica e degli altri indicatori fondamentali (popolazione assistita, spesa pro-capite per fasce di età, andamenti riferiti a ricette, confezioni, importi, classe di farmaci, tipologia di prodotti, indicatori pro-capite per distretto, analisi delle prescrizioni per categorie principali, mappa essenziale delle prescrizioni e dell'andamento della spesa per livelli di ATC) che comunque verranno indicati dall'Azienda;
- ✓ Predisposizione di report ed elaborazioni statistiche mensili, pluri mensili e annuali sull'andamento della spesa farmaceutica convenzionata per distretto e per farmacia;
- ✓ Realizzazione di immagini digitalizzate di distinte contabili riepilogative, ricette SSN, buoni spesa per assistenza integrativa, piani terapeutici, visualizzabili e scaricabili tramite idoneo software gestionale reso disponibile online. Il software gestionale deve essere sicuro, versatile ed adattabile alle eventuali ulteriori esigenze dei singoli servizi farmaceutici, deve limitare l'impatto sui sistemi informatici delle Aziende ed essere oggetto di assistenza e aggiornamento continuo. Deve inoltre garantire:
  - Il monitoraggio della spesa farmaceutica e l'analisi dei fenomeni prescrittivi con possibilità di "query" specifiche per tutte le tipologie di elaborazione (per assistito, medico, farmaco, ecc.)
  - La gestione dei pagamenti delle spettanze delle farmacie convenzionate ed esercizi commerciali;
  - La gestione dei piani terapeutici;
  - La gestione terza parte del "buono acquisto stupefacenti"
- ✓ Stoccaggio del materiale cartaceo in attesa del completamento delle procedure di eliminazione secondo la normativa vigente.

Il software utilizzato per il monitoraggio della spesa farmaceutica, dei fenomeni prescrittivi, dell'appropriatezza prescrittiva e dei piani terapeutici deve dare la possibilità di effettuare query specifiche per tutte le tipologie di elaborazione (per assistito, medico, farmaco, ecc.) e fornire agli utilizzatori un feed back quali-quantitativo del dato.

#### **Art. 5 - Quantitativi presunti**

Vengono appresso riportate le quantità presunte quadriennali delle ricette farmaceutiche SSN (comprese le dematerializzate), a distribuzione diretta esclusiva, per conto e dell'assistenza integrativa nonché dei piani terapeutici da trattare per l'intero periodo quadriennale di durata del contratto, calcolate sull'andamento dei dati storici dell'anno 2017:

AZIENDA	RICETTE						PIANI TERAPEUTICI
	Ricette cartacee	Ricette DEMA*	Ricette SSN/Buoni	Ricette DD	Ricette DPC	TOTALE RICETTE	TOTALE PIANI TERAPEUTICI
ASL 1	4.157.920	9.692.480	68.000	456.000	280.000	14.654.400	88.000
ASL 2	5.534.432	12.913.680	68.000	560.000	300.000	19.376.112	88.000
ASL 3	3.912.736	9.837.580	68.000	560.000	300.000	14.678.316	88.000
ASL 4	4.421.016	10.597.388	52.000	520.000	316.000	15.906.404	88.000
<b>TOTALE</b>	<b>18.026.104</b>	<b>43.041.128</b>	<b>256.000</b>	<b>2.096.000</b>	<b>1.196.000</b>	<b>64.615.232</b>	<b>352.000</b>
<b>*DEMA= Ricette dematerializzate ai sensi del DM 2 Novembre 2011</b>							

Si precisa che i quantitativi riportati nel presente articolo e nel "modello offerta", nella logica dell'accordo quadro, sono puramente indicativi e non costituiscono impegno alcuno per le singole Aziende, essendo gli stessi non esattamente prevedibili in quanto subordinati a fattori variabili e ad altre circostanze legate alla natura dell'attività.

I quantitativi riportati potranno pertanto variare a seconda delle effettive esigenze di ciascuna Azienda, nonché a seguito di disposizioni aziendali e/o regionali che potranno eventualmente incidere sull'attività oggetto dell'appalto o sul volume di attività e prestazioni sanitarie, senza che l'aggiudicataria possa avanzare alcuna pretesa per eventuali decurtazioni, aumenti e interruzioni dell'appalto.

Tali dati sono quindi rilevanti ai soli fini dell'aggiudicazione e le Aziende non garantiscono lo stesso ammontare di importi, quantitativi e volumi di attività per gli anni di vigenza del contratto, che, sempre nella logica dell'accordo quadro, potranno quindi essere rimodulati e variati nei limiti del valore massimo dell'accordo quadro stesso.

Durante il periodo contrattuale l'Azienda potrà richiedere i seguenti ulteriori servizi senza che ciò comporti un aumento del costo a ricetta scaturito dall'esito della presente gara:

- 1) rilevazione ed elaborazione dei dati dei moduli di ritiro dei materiali compresi nella cosiddetta assistenza integrativa ai sensi del DM 08/06/2001 e ss.mm.ii.
- 2) rilevazione ed elaborazione dei dati ricavabili dalle ricette SSN relative alla distribuzione diretta dei medicinali da parte delle UU.OO. di Farmacia Ospedaliera dei PP.OO. dell'Azienda, ai sensi della L. 405/2001 e dei provvedimenti della G.R. Abruzzo n. 1439/2006 e 1086/2006 e ss.mm.ii.;
- 3) rilevazione ed elaborazione dei dati ricavabili dalle ricette SSN relative alla distribuzione per conto dei medicinali da parte delle farmacie convenzionate, ai sensi della DGR Abruzzo n. 780/2017 e n. 508/2018 e ss.mm.ii.;

L'Azienda si riserva, in ragioni di eventuali particolari esigenze che potrebbero sopravvenire durante il periodo contrattuale, la facoltà di contrattare con la ditta aggiudicataria anche altri servizi complementari non previsti nel presente appalto ma comunque ad esso correlati.

#### **Art. 6 – Modalità di espletamento**

Per lo svolgimento delle attività oggetto del presente appalto, le Aziende renderanno disponibili:

- 1) le ricette SSN spedite dalle farmacie convenzionate nel mese di riferimento e relative distinte contabili riepilogative
- 2) le ricette SSN della distribuzione diretta e/o per conto e relative distinte contabili riepilogative;
- 3) le ricette SSN/buoni spesa dell'assistenza integrativa e relative distinte contabili riepilogative;
- 4) i dati telematici relativi ai ricettari medici;
- 5) i dati telematici delle anagrafiche di assistiti, farmacie e medici;
- 6) i flussi informativi secondo i tracciati record ministeriali relativi a:
  - ✓ Farmaci erogati in convenzione (File D);
  - ✓ Farmaci ad erogazione diretta (File F);

La ditta aggiudicataria, a proprie spese, è tenuta a ritirare mensilmente (entro il giorno 1 del mese per la distribuzione diretta, entro massimo il giorno 13 del mese per convenzionata e per conto) ricette SSN, buoni spesa per assistenza integrativa e distinte contabili riepilogative presso le sedi indicate dalle singole Aziende.

La ditta deve provvedere al completo svolgimento del servizio e rendere disponibili tutti i prodotti informatici (elaborazioni, report, file, tabelle, ecc.) entro lo stesso giorno del mese successivo a quello del prelievo mentre i tracciati record dei flussi informativi ministeriali devono essere inviati rispettando la tempistica comunicata dal competente ufficio regionale.

Nella riconsegna dei prodotti informatici non sono in ogni caso ammessi ritardi superiori a tre giorni lavorativi rispetto alla data prevista; tali ritardi devono essere preventivamente comunicati e motivati all'Azienda e non spostano la normale scadenza prevista per il mese successivo.

#### **Art. 7 – Registrazione delle informazioni delle ricette**

Dalle ricette farmaceutiche devono essere registrate tutte le informazioni ottenibili dalle stesse.

L'operazione di registrazione e trattamento dei dati deve avvenire nel rispetto delle norme, anche emanate successivamente alla stipula del contratto, in ordine al trattamento dei dati sensibili, compresa l'indicazione del responsabile del trattamento dei dati.

L'archivio dei farmaci impiegato nella registrazione delle ricette dovrà essere quello riportato nelle principali banche dati (es. Farmadati, Codifa) oppure forniti dall'Azienda se trattasi di farmaci acquistati direttamente (es. distribuzione diretta e per conto).

L'archivio dei farmaci e le procedure di contabilizzazione devono considerare quanto previsto dalla L. 388/2000, dal D.L.347/2001, convertito in L. 405/2001 e delle ulteriori successive modifiche.



Le registrazioni da effettuare possono essere modificate rispetto a quanto indicato, senza oneri ulteriori a carico dell'Azienda.

**Art. 8 – Controlli relativi alla farmaceutica convenzionata, al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e corretto utilizzo dei farmaci**

Tabulati tecnici e contabili relativi alla farmaceutica convenzionata ai sensi del DPR 371/1998 e ss.mm.ii., compresa distribuzione per conto, assistenza integrativa e/o protesica:

- *Addebito/accredito*
- *Differenze contabili per farmacia*
- *Accertato/dichiarato/differenze*
- *Ricette irregolari per addebito diretto*
- *Ricette irregolari per commissione farmaceutica aziendale*
- *Ricette da regolarizzare*
- *Differenze ricette per distretto/farmacia*
- *Invalidi di guerra e vittime del terrorismo ai sensi della Legge 203/2000 e ss.mm.ii.*
- *Note AIFA*
- *Ossigeno*
- *Stupefacenti ai sensi del DPR 309/90 e ss.mm.ii.*
- *Assistiti non presenti in anagrafica*
- *Assistiti stranieri (UE, EE, ENI, STP)*
- *Ricette informatizzate*
- *Ricette dematerializzate*
- *Mobilità intra/extra regionale*
- *Acconti, conguagli e fatturati SSN*
- *Farmacie rurali e rurali sussidiate*
- *Trattenute sindacali (SISAC)*
- *FLS21 "Assistenza Farmaceutica Convenzionata (Sistema Informativo Sanitario)"*
- *Ricette da sottoporre ai servizi farmaceutici territoriali in base alle richieste ed esigenze di ciascuna azienda*

Tabulati tecnici e contabili relativi all'appropriatezza prescrittiva e corretto utilizzo dei farmaci:

- *Prescrizioni ad assistiti di sesso maschile (acido alendronico 70 mg, antiestrogeni, raloxifene, inibitori enzimatici, acido alendronico+colecalfiferolo)*
- *Prescrizioni ad assistiti di sesso femminile (antiandrogeni, farmaci per ipertrofia prostatica, isotretinoina)*
- *Prescrizioni di neridronato*
- *Prescrizioni di finasteride ad assistiti di sesso maschile con età inferiore a 40 anni*
- *Prescrizioni con più di due pezzi di ketorolac*
- *Prescrizioni con più di un pezzo di nimesulide*
- *Prescrizioni con più di un pezzo di brivudina*
- *Prescrizioni di topiramato e levetiracetam per indicazioni diverse da epilessia*
- *Prescrizioni ad assistiti deceduti*
- *Prescrizioni di beclometasone+formoterolo ad assistiti di età inferiore a 18 anni*

- *Prescrizioni di paroxetina ad assistiti di età inferiore a 18 anni*
- *Prescrizioni di lamotrigina ad assistiti di età inferiore a 12 anni*
- *Prescrizioni di tiotropio bromuro ad assistiti di età inferiore a 18 anni*
- *Prescrizioni di antibiotici chinolonici ad assistiti di età inferiore a 18 anni*
- *Prescrizioni di citalopram ad assistiti di età inferiore a 14 anni*
- *Prescrizioni di escitalopram ad assistiti di età inferiore a 18 anni*
- *Prescrizioni di Cardioaspirin ad assistiti di età inferiore a 16 anni*
- *Prescrizioni di antidepressivi triciclici ad assistiti di età inferiore a 18 anni*
- *Prescrizioni di antidepressivi SSRI (ATC N06AB, N06AX) ad assistiti di età inferiore a 18 anni*
- *Prescrizioni di clozapina*
- *Biosimilari ai sensi del DCA n. 21 del 8/3/2016 e ss.mm.ii.*
- *Prescrizioni di eparine a basso peso molecolare senza dicitura "PHT" erogate in convenzione*
- *Prescrizioni DPC con dicitura "Non sostituibile" ai sensi della DGR 508/2018 e ss.mm.ii.*
- *Prescrizioni DPC con dicitura "Mancante" ai sensi della DGR 508/2018 e ss.mm.ii.*

#### **Art. 9 – Rilevazione delle immagini delle ricette**

La ditta deve provvedere all'acquisizione delle immagini delle ricette (sia fronte che retro) in modo che ciascuna ricetta sia rintracciabile con il numero progressivo assegnatole dalla farmacia; la procedura deve comunque consentire di visualizzare le ricette, per medico, farmacia, assistito, farmaco, nonché l'estrazione di un campione estratto in maniera casuale e immagini delle ricette devono essere acquisite online e successivamente anche su supporto informatico richiesto.

Le specifiche tecniche dell'immagine dovrà essere di formato riconosciuto e standardizzato.

#### **Art. 10 – Registrazione delle informazioni da ricette SSN/buoni spesa per assistenza integrativa**

- a) codice regionale della farmacia, mese/anno di competenza;
- b) dati relativi alla farmacia (dati derivati dall'archivio farmacie fornito dall'Azienda mediante l'incrocio con il codice regionale farmacia):
  - Codice ISTAT;
  - Regione;
  - Azienda Sanitaria;
  - Codice Azienda Sanitaria;
  - Distretto;
  - Codice regionale farmacia;
  - Denominazione farmacia;
  - Codice fiscale del titolare;
  - Classificazione della farmacia (urbana, rurale, sussidiata, etc.);
- c) numero del buono/ricetta assegnato dalla farmacia o altri;
- d) codice fiscale dell'assistito e codice Azienda USL di residenza (assistiti regionali);
- e) data di spedizione della ricetta da parte della farmacia (mese di riferimento);
- f) data di prescrizione da parte del medico (mese di riferimento);
- g) codice AIC, denominazione, prezzo, quantità dispensata e classe di concedibilità del prodotto (il prezzo e la classe di concedibilità del prodotto devono riferirsi alla data di spedizione e/o mese di riferimento).

### **Art. 11 – Registrazione dati dei ricettari e abbinamento con le ricette**

Dai ricettari devono essere registrate le seguenti informazioni:

- a) codice dei ricettari;
- b) codice fiscale del medico;
- c) cognome e nome del medico;
- d) data di consegna dei ricettari al medico;
- e) tipologia del medico secondo le disposizioni ministeriali.

Se in fase di abbinamento dei dati dei ricettari con quelli delle ricette queste risultano non correttamente abbinate, la ditta deve segnalare tempestivamente alla azienda le anomalie riscontrate ovvero, provvedere su richiesta della medesima azienda, a rilevare i riferimenti del medico prescrittore direttamente dalle ricette; la ditta deve in ogni caso garantire un abbinamento reale delle ricette con i ricettari, senza oneri aggiuntivi.

I dati inseriti dovranno essere estrapolati ed aggregabili dall'azienda a seconda delle proprie esigenze.

### **Art. 12 – Confezionamento delle ricette ed obliterazione delle fustelle**

Le fustelle relative ai farmaci dispensati devono essere obliterate in modo da impedirne il riutilizzo. Le ricette devono essere inserite in contenitori rigidi (uno o più contenitori per ciascuna farmacia), di dimensioni e caratteristiche adatte ad un loro ottimale immagazzinamento; su ciascun contenitore, la cui fornitura è a carico della ditta, deve essere apposta un'etichetta che riporti i riferimenti della farmacia, il mese e anno di competenza, il numero di ricette contenute.

Nel contenitore deve essere inserita anche la documentazione in copia delle ricette evidenziate ed estrapolate per le varie irregolarità.

### **Art. 13 – Stoccaggio delle ricette**

Le ricette inserite nei contenitori, sono conservate, nel pieno rispetto delle disposizioni legislative vigenti in materia, mediante utilizzo di idonei magazzini dedicati allo scopo, con impianti di allarme per furto, incendio, allagamento e tenuta costante della temperatura, al fine di mantenere sempre intatti e sicuri i documenti provvisoriamente in carico alla ditta ed in attesa della loro distruzione con le procedure previste per legge.

Le operazioni di distruzione, con esclusione delle competenze amministrative in carico all'azienda, sono assunte dalla ditta.

L'Azienda si impegna a fornire alla Ditta depositaria le necessarie autorizzazioni della Soprintendenza entro i primi tre mesi di ogni anno solare in modo che la società di stoccaggio possa garantire lo scarto del materiale cartaceo in tempi rapidi e comunque entro sessanta (60) giorni dalla data di ricezione delle autorizzazioni.

Nel caso di interruzione o conclusione del rapporto contrattuale la documentazione cartacea depositata in attesa del compimento del periodo di conservazione previsto dalle norme vigenti dovrà essere restituita con oneri a carico della ditta appaltante, all'azienda nei luoghi e tempi indicati dalla stessa.

Tutti i documenti cartacei resteranno di proprietà della committente azienda mentre la ditta si impegna a mantenerli riservati e a non farne uso diverso da quello espressamente autorizzato.

La Ditta si impegna con oneri a proprio carico ad effettuare singoli prelievi e successivi reinserimenti, di contenitori precedentemente resi individuabili con appositi frontespizi di archiviazione, mazzette di ricette rinvenibili all'interno di ogni contenitore o singole ricette, entro 24 ore dalla richiesta inoltrata dall'Azienda.

La Ditta indica il nominativo di un referente incaricato dello svolgimento delle funzioni archivistiche nonché l'ubicazione del deposito nel quale vengono conservate le ricette e tutta la documentazione consegnata, così da renderne possibile, in qualsiasi momento, l'eventuale reperimento ed il controllo.

L'intero servizio di stoccaggio ivi compresa in particolare la gestione archivistica della documentazione cartacea provvisoriamente in carico alla Ditta, dovrà essere compreso in una idonea POLIZZA ASSICURATIVA, valida alla copertura dei rischi rinvenienti dalle specifiche attività da espletare.

#### **Art. 14 – Elaborazione dati**

La Ditta deve fornire mensilmente e annualmente tabulati analitici in versione cartacea e/o elettronica così come sommariamente richiamato qui di seguito:

1. ricette per cittadini stranieri (UE, EE, ENI, STP);
2. ricette per cittadini residenti in altre Aziende Sanitarie e/o Regioni;
3. ricette stupefacenti;
4. ricette con farmaci soggetti a piani terapeutici o a sorveglianze particolari indicate di volta in volta dall'Azienda;
5. eventuali ricette con pluri prescrizioni;
6. ricette soggette ad autocertificazione per reddito o altro;
7. indicatori relativi alla validità dei codici fiscali dell'assistito; devono inoltre essere prodotte le seguenti elaborazioni:
  - quadro statistico della spesa farmaceutica per ambito territoriale (farmacia, distretti, ecc.) con totalizzazioni per Regione, Azienda e distretti;
  - graduatoria dei farmaci, delle sostanze più prescritte, delle ditte produttrici (per l'intera Azienda e per Distretti) con totalizzazioni per Regione, Azienda e distretti;
  - elenco farmaci soggetti a doppio canale dispensati tramite le farmacie con totalizzazioni per Regione, Azienda e distretti;
  - quadro statistico di spesa pro-capite pesata per apparato principale e vari livelli di ATC (confrontati con i valori di distretti e di Azienda differenziate per tipologia di medico) con totalizzazioni per Regione, Azienda e distretti;
  - quadro delle classi dei prezzi dei farmaci;
  - quadro dell'incidenza sulla spesa delle singole Note AIFA o altre categorie farmacologiche indicate dalla Azienda con totalizzazioni per Regione, Azienda e Distretti;
  - graduatoria della spesa per medico (di medicina generale e delle strutture) e per associazioni e/o gruppi;
  - report delle prescrizioni per singolo medico, associazioni e/o gruppi, espressa per graduatoria ditta farmaceutica;
  - report indicante la graduatoria in termini di spesa e pezzi delle singole ditte farmaceutiche con l'indicazione dei primi 50 medici prescrittori;
  - report per singolo medico delle prescrizioni effettuate ad assistiti di altri medici, con evidenziazione delle prescrizioni fatte ad assistiti di medici appartenenti allo stesso gruppo e/o associazione;
  - graduatoria dei medici con maggiore spesa per ricette pluri prescritte;
  - graduatoria dei medici con maggiore spesa per ricette esenti totali;
  - quadro statistico della spesa farmaceutica per i singoli medici, gruppi, associazioni, cooperative, zone;
  - quadro statistico della spesa relativa a cittadini non residenti;
  - quadro statistico per fasce di età/sexo della popolazione in rapporto alle classi farmacologiche/ATC con criteri di pesatura definiti dall'Azienda per totalizzazioni per Regione, Azienda e Distretti;
  - quadro farmaci del doppio canale distributivo prescritti dai vari medici (MMG, PLS, Specialisti) suddivisi per Comune/Distretto/ASL per totalizzazioni per Regione, Azienda e distretti;
  - altre stampe su richiesta dell'Azienda (spedite dalle farmacie in periodi nei quali queste risultano chiuse, prescritte da determinati medici in determinati periodi, ecc.).

I report dovranno essere espressi anche in termini di DDD e sistematicamente aggiornati e forniti anche in supporto informatico.

La ditta dovrà fornire inoltre mensilmente altri file destinati al monitoraggio della spesa farmaceutica e delle prescrizioni, per ciascun mese e/o per aggregazioni superiori, sempre definite dall'Azienda e più in particolare file con:

- dati di spesa ed indicatori principali per ciascun ambito: farmacia, tipo di gestione delle farmacie, classificazione delle farmacie, tipologia delle farmacie, comuni, zone sanitarie, intera Azienda, che devono mettere in grado l'Azienda di analizzare l'andamento della spesa e di operare i necessari confronti con altri periodi;
- elenco dei farmaci spediti nell'intera azienda ed in ogni singolo distretto, con indicata la spesa, le confezioni dispensate, la classificazione ATC e la denominazione della ditta produttrice;
- dati di spesa ed indicatori principali per ciascun medico definiti dall'Azienda;
- dati di spesa per fasce di età della popolazione assistita espressa anche in termini di pesatura, concordata con le aziende consorziate;
- ricette contenenti farmaci soggetti a piani terapeutici e/o singola nota AIFA e/o a doppia via di dispensazione e/o di dispensazione diretta esclusiva ASL;
- prescrizioni di farmaci a denominazione generica;
- ricette elaborabili, selezionabili ed estraibili in proprio dall'Azienda;
- dati di spesa dei farmaci per classe e fascia di prezzo.

### **Fornitura di tracciati record per flussi informativi relativi all'assistenza farmaceutica**

La ditta deve fornire mensilmente (e/o per aggregazioni di più mesi, comunque definiti dall'Azienda) file destinati al monitoraggio dell'assistenza farmaceutica di cui alle normative nazionali, regionali ed eventuali modifiche ed integrazioni.

I file devono contenere i dati completi di tutte le ricette necessari per predisporre di flussi informativi (direttive per l'organizzazione e certificazione):

1. dati relativi alle ricette SSN spedite dalle farmacie convenzionate secondo il tracciato File D per residenti e per mobilità; la fonte presa a riferimento è il tracciato indicato nei decreti attuativi dell'art.50 Legge 326/2003. Tale tracciato è coerente con il nucleo informativo proposto dal mattone per la farmaceutica convenzionata (cfr. "Nucleo informativo per la rilevazione delle prestazioni farmaceutiche", par. 3.3 e par. 4);
2. dati relativi alle ricette SSN spedite dalle farmacie ospedaliere e convenzionate in distribuzione diretta o per conto secondo quanto stabilito dal Ministero della salute con Decreto 31/07/2007 e ss.mm.ii.; la fonte presa a riferimento è il tracciato indicato nei decreti attuativi dell'art.50 Legge 326/2003 (vedi allegato 1)
3. dati relativi al tracciato File F (vedi allegato 2)

Tutti i dati relativi all'utente dovranno essere comparati con l'anagrafe degli assistibili forniti dall' Azienda o dalla Regione prestando particolare attenzione a quanto di seguito indicato:

- ✓ La determinazione della residenza degli utenti, cui sono prescritti i farmaci oggetto del flusso di cui ai tracciati File F e File D, non può solamente avvenire tramite un semplice riscontro con il pre-codice della tessera sanitaria, ma da un confronto con i dati contenuti nell'anagrafica assistibili; questo permetterà di impostare correttamente la richiesta di compensazione alle altre aziende sanitarie.
- ✓ Per gli utenti presenti nell'anagrafe degli assistibili di cui è stato rilevato il numero della tessera sanitaria, questo identificativo utente deve essere sostituito con il codice fiscale.
- ✓ Dall'incrocio con l'anagrafe degli assistibili dovranno essere ricavate anche tutte le notizie incomplete o non estraibili direttamente dalla lettura delle ricette (ad esempio sesso, data di nascita, cittadinanza, il luogo di iscrizione sanitaria dell'utente, ecc.).
- ✓ Tutti i dati relativi a comuni o ASL italiane (residenza utente, iscrizione sanitaria, zona sanitaria del medico, ubicazione della farmacia) dovranno essere confrontati con il corrispondente archivio di supporto, in modo da eliminare le incongruenze fra i singoli dati.
- ✓ Per tutti i comuni dell'Abruzzo dovrà essere indicata anche la zona di appartenenza, obbligatoria per i tracciati di cui sopra.

Fornitura di file per flussi CINECA per l'Azienda USL di Teramo.

I file devono contenere i dati completi di tutte le ricette necessari per predisporre online, direttamente su richiesta estemporanea e con prestazioni elevate, elaborati dettagliati fino a livello del singolo assistito.

I dati relativi alle ricette spedite dalle farmacie convenzionate (ricette SSN, ricette distribuzione diretta/per conto, stupefacenti, ecc.) secondo il tracciato record previsto da CINECA (vedi allegato 3).

### **Report prescrittivi**

La ditta, sulla base delle indicazioni dell'azienda, deve elaborare mensilmente i report riportanti i dati di spesa ed il profilo prescrittivo di ogni singolo medico, contenente anche gli indicatori di spesa con riferimento a specifici obiettivi stabiliti dall'Azienda e/o Regione, provvedere alla loro stampa adottando modulistiche prestabilite (triplice copia, divisi per distretto ed in ordine alfabetico all'interno di queste). La predisposizione delle buste con indirizzo del medico è a carico della ditta.

Su richiesta dell'Azienda la ditta deve elaborare specifici reports individuali e/o di gruppo, associazioni, cooperative, rapportati alle medie Distretto/Azienda ed al budget individuale, in rapporto a quello del Gruppo/Distretto/Azienda.

La Ditta deve inoltre elaborare reports individuali per l'osservazione di fenomeni quali l'impiego, effettivo o mancato, di farmaci generici, le prescrizioni di farmaci soggetti a doppio canale di dispensazione, le prescrizioni di farmaci connotati dalla Note AIFA; le forme di tali reports saranno opportunamente concordate.

Tutti i dati forniti devono rispettare le caratteristiche di adeguatezza, facilità di consultazione e di usabilità.

### **Art. 15 – Rapporto statistico**

La ditta, con cadenza trimestrale, deve rimettere un rapporto statistico riguardante i dati farmaceutici, illustrativo degli andamenti di spesa, di tutti gli indicatori utili per una sua valutazione, della spesa dei singoli medici prescrittori e di tutti quegli aspetti caratterizzanti la farmaceutica, facendo ricorso a tabelle e grafici (tutti questi indicatori saranno comunque concordati con l'Azienda).

### **Art. 16 – Obblighi della ditta aggiudicataria**

Alla ditta aggiudicataria è fatto obbligo di:

- a) adeguare, senza alcun aumento di spesa, dei programmi/file ed eventuali innovazioni legislative e normative nazionali e regionali nello specifico settore nonché a qualsiasi altra disposizione nazionale o regionale, anche per la quantità e la qualità dei dati da rilevare;
- b) trasformare i dati rilevati su diversi tracciati-record, a seguito richiesta dell'Azienda;
- c) stipulare opportuna polizza assicurativa;
- d) fornire in loco consulenza organizzativa con preparazione della modulistica e guida alla correlazione dei tabulati;
- e) fornire attività di addestramento ed aggiornamento delle procedure in loco e nei confronti del personale indicato dai Servizi Farmaceutici Territoriali delle Aziende;
- f) rispondere in qualsiasi sede della correttezza e completezza delle registrazioni e delle elaborazioni, anche a riguardo dell'eventuale contenzioso con le farmacie e medici;
- g) non svolgere servizi di tariffazione e controllo delle ricette per conto delle farmacie pubbliche e private ricadenti nel territorio dell'Azienda (pena la risoluzione del contratto);
- h) garantire la conservazione e fruibilità dell'archivio dati a disposizione dell'azienda e mantenere gli archivi magnetici per l'intera durata dell'appalto (sui dati contenuti negli archivi la ditta appaltatrice verrà nominata dall'Azienda "Responsabile esterno del trattamento dati "ai sensi della normativa vigente in materia ed è, pertanto, tenuta a mantenere la massima riservatezza ed impegnarsi a distruggere o consegnare all'azienda tutto quanto di propria competenza a richiesta della stessa);
- i) restituire entro 30 giorni dal termine del rapporto contrattuale all'azienda gli archivi, base-dati, tabelle, elaborati e ogni documentazione idonea a descrivere compiutamente le strutture dati e le informazioni;
- j) ottemperare a tutti gli obblighi verso i propri dipendenti derivanti da disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di lavoro, ivi compresi quelli in tema di igiene e sicurezza, nonché a rispettare la vigente disciplina previdenziale ed infortunistica, assumendo a proprio carico tutti i relativi oneri. In particolare, il fornitore si impegna a rispettare nell'esecuzione delle obbligazioni derivanti dalla presente procedura di appalto le disposizioni di cui al D.Lgs. 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni;

- k) applicare, nei confronti dei propri dipendenti occupati nelle attività contrattuali, le condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi ed integrativi di lavoro applicabili, alla data di stipula del presente contratto, alla categoria, nonché le condizioni risultanti da successive modifiche ed integrazioni;
- l) conformarsi, per tutta la durata del servizio, alle disposizioni in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/03) attualmente vigenti ed a quelle di eventuale futura emanazione, nonché ad eventuali disposizioni, regolamenti ed altro emanate, sempre in materia di protezione dei dati personali, dai competenti organi dell'Azienda. E' assolutamente fatto divieto l'utilizzo dei dati derivanti dalla lettura ottica delle ricette dell'azienda, ancorché impersonali, anche ai fini comparativi con altre Aziende regionali/altra Regioni o comunque altri soggetti, escluso quanto previsto dal presente capitolato, se non esplicitamente autorizzati dal Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'Azienda;
- m) considerare unico interlocutore il Direttore dell'esecuzione del contratto/Servizio Farmaceutico Territoriale dell'Azienda, pena la risoluzione del contratto;
- n) effettuare la rilevazione dei dati di lettura ottica e la elaborazione degli stessi, oggetto del presente servizio, esclusivamente sul territorio nazionale italiano, pena la risoluzione del contratto;
- o) importare e confrontare dati con gli anni precedenti all'affidamento del presente contratto;
- p) introdurre, a completamento della fornitura, qualora si presentasse la necessità, durante il periodo contrattuale, il seguente servizio: fornitura software per particolari progetti regionali/nazionali e di Aziende che comportano specifiche condizioni di prescrivibilità e verifiche di ordine epidemiologico che l'Azienda individuerà;
- q) mettere a disposizione della ditta subentrante tutti i dati in suo possesso relativi alla lettura ottica delle ricette, alla scadenza del contratto.

Per l'eventuale servizio di cui al precedente punto q), le nuove pattuizioni economiche saranno concordemente definite, previa verifica della sussistenza di convenienza per l'Azienda.

Infine, è fatto divieto assoluto di cedere a terzi o comunque di fare qualsiasi utilizzo diverso da quanto definito dal presente capitolato dei dati rilevati tramite lettura ottica delle ricette, dei dati collegati, dei dati relativi agli archivi forniti dall'azienda e delle successive eventuali elaborazioni degli stessi. Anche la cessione di dati in forma impersonale (senza riferimento alcuno ad assistiti, medici, farmacie) a soggetti diverse dall'azienda, compresi enti e soggetti istituzionali, per la redazione di comparazioni, di studi e di ricerche statistiche ed epidemiologiche a fini comunque non commerciali, è vietata senza il preventivo assenso del Direttore dell'esecuzione del contratto/Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale dell'Azienda.

#### **Art. 17 – Obbligo di riservatezza e tutela dei dati, norme di comportamento**

A seguito di quanto disposto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (UE) 2016/679 e dalla Regolamentazione Aziendale di attuazione, costituisce trattamento di dati "qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione".

Il trattamento deve essere finalizzato alla corretta e completa esecuzione delle attività descritte all'interno degli articoli precedenti e finalizzato unicamente all'espletamento delle attività relative al "Servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo". Tale trattamento avverrà a cura del rappresentante legale dell'azienda/RTI aggiudicataria che viene nominato, sin d'ora, Responsabile Esterno del trattamento fatte salve le istruzioni che saranno impartite allo stesso al concretizzarsi del rapporto. Ai sensi del paragrafo 3 dell'art. 28 il responsabile deve fornire "garanzie sufficienti" - quali, in particolare, la natura, durata e finalità del trattamento o dei trattamenti assegnati, le categorie di dati oggetto di trattamento, le misure tecniche e organizzative -adeguate a consentire il rispetto delle istruzioni impartite dal titolare e, in via generale, delle disposizioni contenute nel regolamento.

Il Responsabile nominato potrà nominare sub-responsabili del trattamento (art. 28, paragrafo 4), per specifiche attività di trattamento, nel rispetto degli stessi obblighi contrattuali che legano titolare e responsabile primario; quest'ultimo risponde dinanzi al titolare dell'inadempimento dell'eventuale sub-responsabile, anche ai fini del risarcimento di eventuali danni causati dal trattamento, salvo dimostri che l'evento dannoso "non gli è in alcun modo imputabile" (si veda art. 82, paragrafo 1 e paragrafo 3).

L'aggiudicataria si impegna ad osservare ed a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo impiegati nell'appalto, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal D.P.R. n. 62 del 16.4.2013 ("Regolamento recante

codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165") nonché quelli previsti dal Codice aziendale di comportamento della stazione appaltante adottato con deliberazione n. 101 del 28.1.2014, reso disponibile sul sito internet [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) - codice disciplinare.

A tal fine l'aggiudicataria si impegna a trasmettere e mettere a disposizione il richiamato codice aziendale di comportamento ai propri dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo impiegati nell'appalto.

I dati potranno essere trattati anche con l'ausilio di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. È opportuno sottolineare che il responsabile incaricato potrà trattare dati personali lecitamente, laddove il trattamento:

- sia necessario all'esecuzione di espletamento del progetto;
- sia necessario per adempiere un obbligo legale incombente;
- sia basato sul consenso espresso dei pazienti coinvolti.

I dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per il periodo di durata dettata dalla legislazione vigente e, successivamente, per il tempo in cui il Legale Rappresentante sia soggetto a obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità previsti, da norme di legge o regolamento.

I dati personali non dovranno essere soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato.

L'Aggiudicatario, in quanto responsabile nominato, nello svolgimento delle operazioni di trattamento di dati personali dovrà attenersi alle seguenti istruzioni operative:

- non ricorre a un altro responsabile senza previa autorizzazione scritta, specifica o generale, del titolare del trattamento;
- trattare i dati nel rispetto del segreto d'ufficio, professionale e dei generali principi di liceità, correttezza e trasparenza, soltanto se necessari, pertinenti e non eccedenti, raccogliendoli e registrandoli solo per gli scopi relativi allo svolgimento della propria attività;
- conservare nel rispetto delle disposizioni organizzative e tecniche impartite dal Titolare e indicate del Titolare del Trattamento e dagli altri Responsabili di struttura individuati;
- segnalare senza ritardo al Responsabile dei Dati Personali (DPO) e al Titolare ogni violazione di dati personali di cui si abbia conoscenza;
- nominare gli incaricati individuati all'interno della struttura di competenza comunicando la nomina al Titolare e al DPO.

Inoltre dovrà:

- garantire, nello svolgimento della propria attività che i dati personali, sia se trattati in modalità analogica che elettronica, siano accessibili solo da parte dei soggetti autorizzati, adottando idonee modalità di custodia anche in caso di allontanamento temporaneo dal posto di lavoro;
- garantire che durante lo svolgimento della propria attività il trattamento dei dati avvenga con modalità ed accorgimenti tali da assicurare oltre al rispetto della riservatezza, la tutela della dignità e delle libertà individuali dell'interessato e la confidenzialità delle comunicazioni;
- non comunicare e/o diffondere nessun tipo di dati ad alcuno, anche attraverso il ricorso a sistemi di comunicazione digitale (tipo social network o messaggistica), senza la preventiva e specifica autorizzazione.

#### **Art. 18 – Periodo di prova**

Per i primi quattro mesi l'appalto si intenderà conferito a titolo di prova, al fine di consentire all'Azienda una valutazione ampia e complessiva del rapporto. Al termine del detto periodo, l'Azienda potrà a fronte di oggettive discordanze fra il servizio reso e quello previsto nel capitolato speciale, risolvere il contratto.

In tale eventualità alla ditta spetterà il solo corrispettivo per le prestazioni già eseguite, escluso ogni altro rimborso e/o indennizzo a qualsiasi titolo.

#### **Art. 19 - Penalità**

L'aggiudicatario, senza esclusione di eventuali conseguenze penali, è soggetto all'applicazione di penalità per l'ammontare, nei casi e secondo le prescrizioni previste nel presente capitolato speciale.



In particolare dette penalità saranno applicate per le ipotesi di seguito indicate e per il relativo importo:

- a) in casi di accertamento di ritardata consegna e ritiro delle ricette, rispetto ai termini previsti nel presente capitolato, sarà applicata dall'azienda una penale di Euro 200,00 (duecento) per ogni giorno di ritardo e la ditta sarà tenuta a corrispondere eventuali somme richieste dall'azienda a titolo di risarcimento;
- b) In caso di violazioni o modifiche alle procedure previste nel presente capitolato, sarà applicata una penale nella misura di € 500,00 (cinquecento):
- c) In caso di fermo macchina (es. indisponibilità del sistema o problemi sulla linea dati) prolungato che causi forti ripercussioni sulle varie elaborazioni richieste, sarà applicata una penale nella misura massima di € 500,00 (cinquecento).

Gli eventuali inadempimenti contrattuali che daranno luogo all'applicazione delle penali previste nel presente capitolato, saranno contestati al fornitore, dall'Azienda; il fornitore dovrà comunicare in ogni caso le proprie deduzioni nel termine massimo di giorni 7 (sette) lavorativi dalla stessa contestazione. Qualora dette deduzioni non siano accolte ad insindacabile giudizio dell'azienda, ovvero non vi sia stata risposta nel termine predetto, saranno applicate al fornitore le penali indicate nel presente articolo.

L'Azienda potrà compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali del presente articolo con quanto dovuto al fornitore a qualsiasi titolo, quindi anche per i corrispettivi dovuti al fornitore medesimo, ovvero, in difetto, avvalersi della cauzione definitiva costituita dall'aggiudicatario, o alle eventuali altre garanzie rilasciate dal fornitore, senza bisogno di diffida, ulteriore accertamento o procedimento giudiziario.

La ditta prende atto che l'applicazione delle penali previste dal presente articolo non preclude il diritto delle singole Aziende Sanitarie a richiedere il risarcimento degli eventuali maggiori danni.

#### **Art. 20 – Risoluzione del contratto**

In caso di inadempimento dell'appaltatore, anche ad uno solo degli obblighi assunti con il presente appalto, l'Azienda, per quanto di propria competenza, mediante inoltro di PEC o lettera raccomandata A/R, assegnerà al fornitore, ex art. 1454 c.c., un termine non inferiore a 15 (quindici) giorni dalla ricezione della comunicazione per porre fine all'inadempimento. Decorso inutilmente tale termine l'Azienda potrà dichiarare risolto il contratto.

In ogni caso, l'Azienda potrà risolvere il contratto di diritto, previa dichiarazione a comunicarsi al fornitore con PEC o raccomandata A/R scritta, per i seguenti motivi:

1. ritardo superiore a trenta giorni nell'attivazione del servizio oltre i termini previsti nel capitolato o nella lettera di aggiudicazione, salvo casi di forza maggiore;
2. mancata reintegrazione della cauzione, eventualmente escussa, entro il termine di 15 (quindici) giorni dal ricevimento della relativa richiesta;
3. in caso di motivato esito negativo del periodo di prova;
4. in caso in cui la ditta sia soggetta a forme di controllo da parte di farmacie pubbliche e/o private e da parte di aziende farmaceutiche
5. in caso di inosservanza agli obblighi previsti all'art. 16.
6. in caso di accertamento da parte dell'Amministrazione che in gara la ditta ha reso dichiarazioni non corrispondenti al vero;
7. in caso di apertura di una procedura di concordato preventivo, di fallimento, in caso di stato di moratoria con conseguenti procedure derivanti da insolvenza (sequestro e/o pignoramento) a carico della ditta;
8. in caso di subappalto o cessione di attività non regolare;
9. in caso di cessazione di attività, di liquidazione, di cessione dell'Impresa e/o ramo aziendale salvo riserva dell'Amministrazione ad autorizzare il subentro dell'eventuale nuova ditta;
10. in caso di frode, di grave negligenza, di contravvenzione nell'esecuzione degli obblighi e nelle condizioni contrattuali;
11. in caso di mancata applicazione dei contratti collettivi di lavoro ed integrativi locali relativi al personale dipendente dell'Impresa.
12. in caso di mancato versamento dei contributi obbligatori relativi alle assicurazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali del personale dipendente;

13. in caso di interruzione del servizio;
14. nel caso contemplato all'art. 17, ultimo capoverso;
15. per i raggruppamenti di impresa, in caso di violazione delle quote fissate in sede di gara in ordine alle attività da svolgere da parte di ciascuna associata.

In caso di risoluzione anticipata del contratto per causa imputabile all'appaltatore l'Azienda potrà procedere, senza bisogno di messa in mora o formalità di sorta, con semplice procedimento amministrativo, all'incameramento della cauzione definitiva, salva ogni altra azione che l'Azienda stessa ritenga opportuno intraprendere a tutela dei propri interessi, compresa l'azione per il risarcimento del maggior danno conseguente alla mancata esecuzione dello stesso ad altra impresa a carico dell'Impresa appaltatrice, che sopporterà l'onere del maggior prezzo pagato rispetto a quello convenuto. La ditta appaltatrice nulla potrà pretendere a titolo di risarcimento.

Con la risoluzione del contratto sorge per l'Amministrazione il diritto di affidare a terzi il servizio, in danno della ditta inadempiente.

#### **Art. 21 - Recesso**

L'Azienda ha il diritto di recedere, in tutto od in parte, dal contratto di fornitura, con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni solari, da comunicarsi al fornitore con PEC o lettera raccomandata A/R., nei casi di: giusta causa; mutamenti di carattere organizzativo, quali - a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo - accorpamento o soppressione o trasferimento di uffici, di strutture, etc.; reiterate inadempienze del fornitore, anche se non gravi.

Dalla data di efficacia del recesso, il fornitore dovrà cessare tutte le prestazioni contrattuali, assicurando che tale cessazione non comporti danno alcuno all'Azienda.

In caso di recesso la ditta avrà diritto al pagamento delle prestazioni correttamente eseguite, secondo il corrispettivo e le condizioni contrattuali, rinunciando espressamente, ora per allora ed in deroga a quanto previsto dall'art. 1671 c.c., a qualsiasi ulteriore eventuale pretesa, anche di natura risarcitoria, ed a ogni ulteriore compenso o indennizzo e/o rimborso delle spese.

In caso di recesso della ditta aggiudicataria per motivi diversi da quelli previsti all'articolo 1256 e all'articolo 1467 del c.c. l'Azienda incamererà il deposito cauzionale e applicherà una penale pari al 5% del valore di fatturazione riferita ai 12 mesi precedenti la data del recesso, salvo risarcimento dei maggiori danni da ciò derivanti; L'azienda è autorizzata a compensare i crediti derivanti dall'applicazione della suddetta penale con quanto dovuto al fornitore a qualsiasi titolo.

L'Azienda ha altresì la facoltà, ai sensi dell'art. 1516 del C.C., di affidare ad altra Ditta l'esecuzione delle prestazioni non eseguite o non eseguite correttamente, addebitando alla Ditta inadempiente i relativi oneri prelevandoli dal deposito cauzionale definitivo e/o in sede di liquidazione, dalle somme dovute alla Ditta per l'erogazione del servizio, senza bisogno di diffida scritta o altra formalità.

#### **Art. 22 – Contratto e spese**

Tutte le spese e tasse, nessuna esclusa, inerenti e conseguenti alla gara e alla stipulazione del contratto di appalto, oltre agli oneri tutti riguardanti il personale, come meglio sopra specificati, saranno a carico dell'appaltatore; l'I.V.A., ove dovuta, sarà applicata ai sensi di legge.

Sarà altresì a carico dell'appaltatore ogni altro e qualsiasi onere derivante a seguito dell'aggiudicazione nonché da disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

L'appaltatore rimarrà diretto responsabile per le vertenze che dovessero insorgere con il personale dipendente a causa di rapporti contrattuali e/o per il versamento di contributi assicurativi agli Istituti Assistenziali o Assicurativi.

Costituiscono elementi del contratto: il disciplinare di gara, il presente capitolato, gli allegati, l'offerta, il verbale di aggiudicazione, l'atto deliberativo di aggiudicazione, l'atto attinente alla cauzione definitiva.

Le spese relative, nessuna esclusa, saranno a carico dell'appaltatore.

L'Azienda si ritiene indenne e completamente esonerata da ogni responsabilità in tutto ciò che attiene al rapporto di lavoro tra l'appaltatore ed i propri dipendenti.

Si ribadisce che l'impresa aggiudicataria è obbligata ad attuare nei confronti dei suoi dipendenti, a pena di risoluzione del contratto, condizioni normative ed economiche non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro di riferimento.

### **Art. 23 – Subappalto e cessione**

L'aggiudicatario ha l'obbligo di osservare, oltre alle norme del presente capitolato speciale, del bando di gara e del contratto, ogni altra disposizione relativa alla materia in oggetto, sia vigente che successivamente emanata nel corso dell'appalto e che trovi, comunque, applicabilità alla gestione del servizio di cui trattasi.

All'aggiudicatario è fatto divieto di cedere in tutto o in parte il contratto.

E' altresì fatto divieto di subappaltare il servizio affidato senza preventiva autorizzazione scritta dell'Azienda, sotto pena di risoluzione del contratto, perdita della cauzione definitiva e risarcimento di ogni conseguente danno.

I provvedimenti suddetti saranno adottati dall'Azienda con semplice atto amministrativo.

### **Art. 24 – Cauzione definitiva**

L'aggiudicatario è tenuto a prestare garanzia definitiva ai sensi dell'art. 103 D.Lgs. 50/2016 nella misura del 10% dell'importo contrattuale, a garanzia dell'esatto adempimento degli obblighi derivanti dal presente capitolato per tutta la relativa durata, del risarcimento del danno derivante da inadempimento delle obbligazioni stesse, nonché dei maggiori oneri conseguenti che l'ASL avesse eventualmente sostenuto per fatto dell'appaltatore o per inadempimento o cattiva esecuzione degli obblighi derivanti.

Tale cauzione definitiva dovrà essere prestata mediante fidejussione bancaria ovvero polizza assicurativa, nel termine che sarà comunicato dalla Stazione appaltante. La cauzione di cui sopra sarà svincolata entro 90 giorni dal termine della scadenza del contratto e risolve ogni eventuale contestazione o pendenza. Nel caso in cui il concessionario rifiutasse di assumere gli oneri del presente contratto o rifiutasse di eseguire il servizio o trascurasse in modo grave l'adempimento degli obblighi previsti dal presente capitolato, l'AUSL potrà, in pieno diritto, risolvere ogni rapporto con lo stesso, a maggiori spese di questi, con diritto di risarcimento degli eventuali danni, oltre all'incameramento della cauzione definitiva. Resta salvo per l'ASL l'esperimento di ogni altra azione, nel caso in cui la somma risultasse insufficiente.

Qualora l'ammontare della garanzia dovesse ridursi per effetto dell'applicazione di penali, o per qualsiasi altra causa, l'appaltatore dovrà provvedere al reintegro entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della relativa richiesta.

### **Art. 25 – Responsabilità civile**

Il fornitore assume in proprio ogni responsabilità per infortunio o danni eventualmente subiti da parte di persone o di beni tanto del fornitore stesso quanto dell'Azienda o di terzi, in virtù dell'esecuzione del servizio, ovvero in dipendenza di omissioni, negligenze o altre inadempienze relative all'esecuzione delle prestazioni contrattuali riferibili al presente servizio, anche se eseguite da parte di terzi.

### **Art. 26 – Tracciabilità dei flussi finanziari**

Ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 136 del 07/09/2010 e ss.mm.ii. l'operatore economico aggiudicatario è tenuto al rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, pena la nullità assoluta del contratto stipulato.

L'aggiudicatario deve rendere gli estremi identificativi del/i conto/i corrente/i "dedicato/i" alla presente commessa pubblica, le generalità ed il codice fiscale. Qualora, nel corso del rapporto contrattuale, si dovessero registrare modifiche agli estremi identificativi anzi detti, queste devono essere comunicate entro 7 giorni.

L'aggiudicatario deve riportare il codice CIG in tutte le comunicazioni e operazioni relative alla gestione contrattuale e, in particolare, nel testo dei documenti di trasporto e delle fatture.

L'aggiudicatario deve verificare che nei contratti sottoscritti con i subappaltatori e i subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessate al servizio in oggetto, sia inserita, a pena di nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge sopra richiamata.

### **Art. 27 – Fatturazione e pagamenti**

L'aggiudicatario è tenuto ad emettere la fatturazione secondo la diligenza e le norme che regolano la materia, comunque in modo chiaro e lineare, così da rendere i riscontri facili ed immediati.

La fatturazione avverrà a cadenza mensile.

L'importo di fatturazione sarà quello scaturente dal costo della singola ricetta/piano terapeutico processato moltiplicato per il numero di ricette/piani terapeutici riferiti al periodo di fatturazione.

Il costo della singola ricetta/piano terapeutico sarà dato dal rapporto tra l'importo complessivo della base d'appalto ribassata per singola voce (ricetta/piano terapeutico), determinato ai sensi dell'art. 12 del disciplinare di gara, ed il quantitativo totale complessivo presunto di ricette/piani terapeutici rispettivamente pari a 64.615.232 e 352.000.

L'Azienda USL, previo accertamento della regolare esecuzione del servizio e della regolarità contributiva mediante acquisizione di D.U.R.C., provvede ad autorizzare la liquidazione delle competenze a favore dell'aggiudicatario.

Il pagamento delle fatture avverrà ai sensi del D. Lgs. n.231/2002 e ss.mm.ii.

Qualora, previo accertamento, l'aggiudicatario non dovesse risultare in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi assicurativi e previdenziali, all'applicazione del trattamento retributivo previsto dal CCNL di categoria e dagli accordi integrativi territoriali, ai lavoratori, compresi i soci lavoratori, impiegati nel servizio oggetto dell'appalto, l'ASL procederà alla sospensione del pagamento delle fatture assegnando un termine entro il quale procedere alla regolarizzazione.

Qualora l'aggiudicatario non dovesse adempiere entro il predetto termine, l'ASL procederà alla risoluzione del contratto destinando le somme trattenute al soddisfacimento degli adempimenti previdenziali e contrattuali.

Ai fini della fatturazione elettronica di cui al D.M. n. 55 del 3.4.2013 e relativi allegati, si fa presente che, **limitatamente all'Azienda USL di Teramo**: 1) il Codice Univoco Ufficio è UFPL0H; 2) occorre riportare il numero di prenotazione di spesa nel campo "numero d'ordine" del tracciato xml ovvero il tag <IdDocumento> del nodo o sezione <DatiOrdineAcquisto> con la seguente stringa: P-anno-prenotazione-sub (Esempio: P-2015-125-5). Si evidenzia che la presenza delle suddette informazioni consentirà il caricamento automatico della fattura nel sistema contabile e gestionale della AUSL e, quindi, una riduzione dei tempi di liquidazione.

Il pagamento delle fatture avverrà ai sensi del D. Lgs. n. 231/2002 e ss.mm.ii.

Qualora, previo accertamento, l'aggiudicatario non dovesse risultare in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi assicurativi e previdenziali, all'applicazione del trattamento retributivo previsto dal CCNL di categoria e dagli accordi integrativi territoriali, ai lavoratori, compresi i soci lavoratori, impiegati nel servizio oggetto dell'appalto, l'ASL procederà alla sospensione del pagamento delle fatture assegnando un termine entro il quale procedere alla regolarizzazione.

Qualora l'aggiudicatario non dovesse adempiere entro il predetto termine, l'A.U.S.L. procederà alla risoluzione del contratto destinando le somme trattenute al soddisfacimento degli adempimenti previdenziali e contrattuali.

#### **Art. 28 - Rinvio**

Per quanto non espressamente previsto dal presente capitolato speciale, si fa riferimento a tutte le normative vigenti.

#### **Art. 29 – Foro competente**

Per tutte le controversie relative alla procedura ad evidenza pubblica di scelta del contraente e per le specifiche attività contrattuali attribuite all'Azienda capofila, il Foro competente è quello dell'Azienda capofila, ossia il Foro di Teramo.

Per tutte le specifiche attività contrattuali attribuite nella documentazione di gara alle singole Aziende, sarà competente esclusivamente il Foro competente per territorio ove ha sede legale la singola Azienda interessata.

# **ACCORDO INTERREGIONALE PER LA COMPENSAZIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA**

**Versione in vigore per le attività dell'anno 2013**

Premessa	pag.	3
Invio dei record di attività	pag.	4
Contestazioni sui record di attività	pag.	9
Il sistema di indicatori per la verifica della appropriatezza della attività di ricovero ospedaliero	pag.	11
Risposta alle contestazioni (controdeduzioni)	pag.	16
Composizioni bilaterali e collegio arbitrale	pag.	19
Prescrizioni comuni a tutti i tracciati record	pag.	21
Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)	pag.	27
Tracciato record	pag.	30
Medicina generale (flusso B)	pag.	33
Tracciato record	pag.	35
Specialistica ambulatoriale (flusso C)	pag.	36
Tracciato record	pag.	40
Farmaceutica (flusso D)	pag.	43
Tracciato record	pag.	46
Cure termali (flusso E)	pag.	48
Tracciato record	pag.	50
Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)	pag.	52
Tracciato record	pag.	59
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)	pag.	62
Tracciato record	pag.	64

## PREMESSA

Con il finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali, basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e con il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite.

La compensazione interregionale della mobilità sanitaria è stata inizialmente regolata dalle note del Ministero della Salute 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. del 28 gennaio 1997. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e la Commissione Salute hanno approvato in tempi successivi documenti che hanno integrato e modificato le citate note ministeriali.

Le Regioni e Province Autonome assumono ora il presente documento come testo unico per la disciplina della compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

Questo documento, al fine di porre in essere una procedura uniforme, definisce in maniera univoca le prestazioni da porre in compensazione e che dovranno essere documentate tramite modelli riassuntivi e i dati analitici in formato elettronico delle prestazioni erogate.

Prestazioni in compensazione:

- Ricoveri ospedalieri e day hospital (flusso A)
- Medicina generale (flusso B)
- Specialistica ambulatoriale (flusso C)
- Farmaceutica (flusso D)
- Cure termali (flusso E)
- Somministrazione diretta di farmaci (flusso F)
- Trasporti con ambulanza ed elisoccorso (flusso G)

Vengono inoltre individuate le caratteristiche dei flussi informativi (tracciati record), stabiliti i tempi e le modalità di trasmissione dei dati, delle contestazioni e delle relative risposte.

entro il 15 maggio	Invio dei dati di attività
entro il 15 luglio	Invio delle contestazioni
entro il 15 ottobre	Invio delle controdeduzioni

Tutte le attività non elencate tra le prestazioni in compensazione e tutte le attività che necessitano di autorizzazioni preventive (ad esempio le dispensazioni di assistenza integrativa, ecc.) devono essere addebitate tramite fatturazione diretta.

Per evitare l'insorgere di contestazioni è auspicabile che per tutte le attività non ricomprese in compensazione nella mobilità (esempio ricoveri extraospedalieri, assistenza domiciliare non compresa nel flusso B), venga inviata una comunicazione alla USL di residenza del soggetto.

Regioni e Province Autonome verranno di seguito denominate "regioni" o "regione".

Per eventuali errori formali successivamente riscontrati il gruppo tecnico dei referenti potrà apportare all'unanimità le adeguate correzioni.

## INVIO DEI RECORD DI ATTIVITA'

L'invio dei dati analitici delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni avviene annualmente entro il 15 maggio dell'anno successivo all'anno in compensazione. Per esigenze particolari e transitorie il gruppo tecnico interregionale dei referenti potrà stabilire modalità di trasmissione e scadenze diverse.

Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data del timbro postale. Per una più rapida ricezione dei dati è auspicabile che l'indirizzo contenga anche il nominativo dei singoli referenti regionali.

I dati analitici delle prestazioni di ogni singola attività devono essere documentati in archivi informatici secondo i tracciati record specifici per ogni flusso.

Al fine di favorire un corretto monitoraggio della spesa ed in uno spirito di collaborazione tra le regioni, in via facoltativa, potrà avvenire trimestralmente l'invio di una tabella riassuntiva, per ogni singolo settore oggetto di compensazione, in cui la regione creditrice comunica alla regione debitrice il numero e l'importo delle prestazioni effettuate, suddivise per quanto possibile per Azienda Sanitaria di residenza degli utenti.

Fermo restando che l'importo da porre in compensazione è determinato esclusivamente dall'importo documentato con record ed inviato entro il termine stabilito, le scadenze per l'invio delle tabelle trimestrali riassuntive e la scadenza annuale sono le seguenti:

entro il 15 maggio	tabella riepilogativa di attività del I trimestre (facoltativo)
entro il 15 luglio	tabella riepilogativa di attività del II trimestre comprensiva di eventuali integrazioni del I trimestre (facoltativo)
entro il 30 novembre	tabella riepilogativa di attività del III trimestre comprensiva di eventuali integrazioni dei trimestri precedenti (facoltativo)
entro il 15 ottobre anno successivo	dati analitici, Modello M al Ministero ed al coordinamento del gruppo tecnico, Modello H alle regioni (obbligatorio)

Alle note di trasmissione ogni regione deve inoltre allegare il prospetto denominato "Modello H" riassuntivo per ogni settore. Nel caso in cui:

- la trasmissione dei record venga effettuata oltre i termini previsti;
- le note di addebito non siano accompagnate dai record analitici delle prestazioni;
- le prestazioni siano documentate su record con tracciati diversi da quelli previsti;
- vengano inviati tracciati contenenti prestazioni diverse o ad integrazione di quelle stabilite;

i relativi addebiti non sono accettabili. In questi casi la regione che riceve l'addebito dovrà comunque comunicare la non accettazione degli importi in addebito entro 15 giorni dalla data di ricezione.

In caso di discrepanza fra il totale dell'addebito risultante dai record e l'importo richiesto nel prospetto "Modello H", la regione debitrice deve comunicare la discrepanza dell'addebito, la regione creditrice deve procedere al rinvio del "Modello H" entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la nullità degli addebiti.

Per ottemperare alle indicazioni della legge 675/96 il gruppo interregionale dei referenti, sentito il parere dell'Autorità Garante, determina che le informazioni delle singole prestazioni erogate dovranno essere suddivise in due file separati: nel primo saranno contenute le informazioni di carattere anagrafico (dati anagrafici) e nel secondo le informazioni relative alle prestazioni erogate (dati prestazioni sanitarie). Il collegamento tra i record contenuti nei due archivi sarà garantito dalla presenza di una chiave univoca ad entrambi i record. La suddivisione degli archivi non si applica per il Flusso B ed il Flusso G in quanto non contengono dati sensibili.

L'archivio contenente le informazioni anagrafiche e quello contenente le informazioni delle prestazioni sanitarie devono avere lo stesso numero di record. Ciò vale per tutti i flussi oggetto della compensazione. Per gli archivi che presentano un numero progressivo ricetta/prescrizione i record con le informazioni anagrafiche devono essere ripetute tante volte quanti sono i record nell'archivio delle prestazioni del gruppo ricetta/prescrizione.

Nel caso in cui:

- non si verifichi una corrispondenza tra le chiavi dei due archivi;
- vi siano record con chiave duplicata in uno o entrambi gli archivi;



- non vi sia corrispondenza tra il numero di record dei due archivi;
- non sia possibile effettuare la lettura dei supporti magnetici per deterioramento o rottura;
- i record abbiano struttura corretta ma campi non allineati o non leggibili secondo le specifiche.

la regione debitrice deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento degli addebiti per la quale farà fede il protocollo di arrivo. La regione creditrice deve procedere al rinvio dei dati entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la nullità degli addebiti; record aggiuntivi non sono accettabili. La regione debitrice ha due mesi di tempo per avviare le contestazioni a partire dalla data del timbro postale del nuovo invio. La Regione creditrice è invece tenuta comunque al rispetto della scadenza per l'invio delle controdeduzioni, pena la loro invalidità. La procedura è applicabile una sola volta, la persistenza dell'errore annulla gli addebiti.

Nella compilazione del "Modello H":

- per i flussi C,D,E,F la colonna Prestazioni deve essere la somma del contenuto del campo quantità delle righe diverse da 99, per il flusso B il numero mesi, per il flusso A e G il numero record coincide con le prestazioni;
- per i flussi C,D,E,F la colonna importo deve essere la somma del contenuto del campo importo totale delle righe 99.
- per il flusso F, la colonna importo deve avere una approssimazione per arrotondamento a 2 cifre decimali anche se la lunghezza dei decimali è pari a 5

•-I file contenenti i record di attività dovranno essere denominati: RRR0AAMX.rrr.

Dove:

RRR Regione ricevente  
 0 Invio annuale dati attività  
 AA Anno di competenza  
 M Attività (A,B,C,D,E,F,G)  
 X 1 = archivio dati anagrafici, 2 = archivio dati prestazioni sanitarie  
 rrr Regione inviante

Gli importi in Euro delle singole prestazioni vengono valorizzati secondo i tariffari in vigore nelle regioni creditrici ad eccezione dei record delle attività di ricovero che dovranno essere valorizzati secondo le regole ed i criteri della Tariffa Unica Convenzionale (TUC). Copia dei provvedimenti tariffari in vigore per l'anno di riferimento e per i singoli flussi dovranno essere inviati alle Regioni debentrici.

A partire dalle attività dell'anno 2001 gli importi dovranno essere valorizzati in Euro con due caratteri decimali obbligatori separati dalla virgola (per gli importi del flusso F, 5 caratteri decimali dopo la virgola) . Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, farmaceutica e somministrazione diretta di farmaci l'importo addebitato è da intendersi sempre al netto degli eventuali sconti previsti dalla normativa vigente. Fino all'introduzione della trasmissione via rete, potranno essere utilizzati come supporti magnetici i CD. Per ogni attività in compensazione dovrà essere presente un file con la denominazione sopra riportata. Gli archivi possono essere inviati anche in forma compressa, in tal caso la denominazione del file cambia solo per l'estensione, che deve essere ".ZIP" oppure ".ARJ" a seconda del sistema di compressione utilizzato.

## Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

### Modello H

**Regione creditrice :** intestazione ed indirizzo della Regione che invia le note di addebito

**Regione debitrice :** Regione debitrice

**Periodo :** Anno di riferimento

#### RIEPILOGO ADDEBITI

Tipologia prestazione	NUMERO RECORD	NUMERO PRESTAZIONI	IMPORTO
Ricoveri ospedalieri e day hospital			
Medicina generale			
Specialistica ambulatoriale			
Farmaceutica			
Cure termali			
Somministrazione diretta di farmaci			
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso			
<b>Totale</b>			

**Data :** **Il responsabile :**

Al Ministero della Salute dovrà essere inviato il prospetto cartaceo "Modello M" riepilogativo degli importi di tutte le attività. La regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti trasmetterà ad ogni regione il "Modello M" in formato elettronico, tale modello dovrà essere compilato e ritrasmesso per via telematica entro i dieci giorni successivi alla data di scadenza per l'invio dei dati di attività per la predisposizione della tabella provvisoria degli importi di addebito. Entro un mese dovrà essere predisposta, con il conseguente invio al Ministero della Salute, la tabella definitiva degli importi in mobilità per l'anno in compensazione comprendente le revisioni dovute all'esito delle contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale sugli importi relativi all'attività dell'anno precedente.

Per ciò che riguarda la procedura di definizione dei valori di addebito relativi alle prestazioni erogate dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù si rimanda alle decisioni della Conferenza dei Servizi del 21/12/2010.

# MINISTERO DELLA SALUTE

Modello M

Dipartimento della Programmazione

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

REGIONE .....

Riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni effettuate nei confronti di cittadini di altre regioni nell'anno (all'intero di Euro)

Provenienza	Prestazione	Ricoveri ordinari e day hospital	Medicina generale	Specialistica ambulatoriale	Farmaceutica	Cure termali	Somministrazione diretta farmaci	Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	TOTALE
	PIEMONTE								
	VALLE D'AOSTA								
	LOMBARDIA								
	P.A. BOLZANO								
	P.A. TRENTO								
	VENETO								
	FRIULI V.G.								
	LIGURIA								
	EMILIA ROMAGNA								
	TOSCANA								
	UMBRIA								
	MARCHE								
	LAZIO								
	ABRUZZO								
	MOLISE								
	CAMPANIA								
	PUGLIA								
	BASILICATA								
	CALABRIA								
	SICILIA								
	SARDEGNA								
	BAMBINI GESU'								
	TOTALE								

Data Il responsabile

## Fornitura Anagrafica Strutture Sanitarie

Il Ministero della Salute mette a disposizione della Regione Umbria, in qualità di coordinamento della mobilità sanitaria interregionale, i files contenenti le anagrafiche delle strutture sanitarie di tutte le Regioni, attraverso il sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA) del Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Nella sezione Anagrafica Strutture del sistema MRA sono presenti i report relativi a:

- **anagrafica delle Strutture di ricovero** attive nell'anno di riferimento, con indicazione delle date di inizio e di fine attività e anagrafica dei **reparti ospedalieri**. I report contengono le informazioni anagrafiche delle strutture di ricovero e degli eventuali stabilimenti ospedalieri afferenti. Fonte dei dati: Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie - HSP11, HSP11 bis, HSP12 e HSP13 D.P.C.M. 17 maggio 1984 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dai DM 23/12/1996 e 5/12/2006.

- Dati anagrafici delle strutture di ricovero (modelli HSP11 - HSP11bis)
- Reparti delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (modello HSP12)
- Discipline accreditate delle case di cura private accreditate (modello HSP13\_QUADRO\_E)

- **anagrafica delle Strutture sanitarie territoriali**, attive nell'anno di riferimento, con indicazione delle date di inizio e di fine attività. Fonte dei dati: Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie - STS11 e RIA11 D.P.C.M. 17 maggio 1984 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dai DM 23/12/1996 e 5/12/2006.

- Dati anagrafici degli istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 (modello RIA11)
- Dati anagrafici delle strutture sanitarie distrettuali (modello STS11)

L' **anagrafica delle Aziende Sanitarie Locali** è disponibile sui siti web istituzionali del Ministero della Salute: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) (portale del Ministero della salute) e [www.dati.salute.gov.it](http://www.dati.salute.gov.it) (portale del Ministero della Salute dedicato agli "Open Data"). Fonte dei dati: Monitoraggio della rete di assistenza del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Il Coordinamento provvederà a trasmettere i files sopra elencati ai referenti del gruppo tecnico della mobilità sanitaria interregionale entro il **15 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento**.

## CONTESTAZIONI SUI RECORD DI ATTIVITA'

Ogni regione ha la facoltà di controllare i record di attività ricevuti dalle altre regioni e contestare gli eventuali errori entro il 15 luglio dell'anno successivo all'anno in compensazione. Per esigenze particolari e transitorie il gruppo tecnico interregionale dei referenti potrà stabilire modalità di trasmissione e scadenze diverse. Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data del timbro postale.

Le note di contestazione vengono trasmesse alle regioni contestate unitamente all'invio dei soli record ritenuti errati valorizzando esclusivamente con il carattere "5" la posizione contabile ed i campi corrispondenti all'errore rilevato secondo le specifiche riportate nei tracciati record.

Ogni regione inviante le contestazioni dovrà allegare il prospetto denominato "Modello C" riassuntivo per ogni settore. Per i flussi contenenti gruppi ricetta/prescrizione si dovranno inviare tutti i record del gruppo con l'indicazione dell'errore solo sulla riga in cui l'errore si è individuato. A fronte di più errori sullo stesso record, non dovranno essere generati più record per ciascun errore ma essere utilizzati i campi errore a disposizione.

Per ogni flusso è stato determinato l'elenco degli errori contestabili, la definizione e la modalità di rilevazione degli errori per i quali si potrà muovere contestazione. Gli errori causa di contestazione sono esclusivamente quelli indicati nei tracciati record di ogni singolo flusso e solo su questi si baseranno

le controdeduzioni.

Le contestazioni devono essere mosse senza alterare in alcun modo il contenuto dei dati originari inviati dalle regioni creditrici ad eccezione della posizione contabile e dei campi errore. Nel caso di modifica dei dati originali la regione contestata segnalerà alla Regione contestante la presenza di anomalie entro 15 giorni dalla data di ricevimento delle contestazioni. In caso di mancato invio dei files corretti da parte della regione contestante, la Regione contestata potrà rifiutare la contestazione mossa sui record o gruppi ricetta che presentano la modifica.

Nel caso in cui:

- le contestazioni non siano documentate sui record originali inviati dalle regioni creditrici;
- i record in contestazione non abbiano i campi errore valorizzati secondo le specifiche indicate per ogni singolo flusso;
- i record abbiano una struttura diversa dalle specifiche per ogni singolo flusso;

le contestazioni saranno da considerare nulle.

Nel caso in cui:

- non si verifichi una corrispondenza tra le chiavi dei due archivi;
- non vi sia corrispondenza tra il numero di record dei due archivi;
- vi siano record con chiave duplicata in uno o entrambi gli archivi;
- non sia possibile effettuare la lettura dei supporti magnetici per deterioramento o rottura;

la regione contestata deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento delle contestazioni per la quale farà fede la data del protocollo di arrivo. La regione contestante deve procedere alla nuova trasmissione dei dati entro quindici giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la nullità delle contestazioni. La regione contestata ha due mesi di tempo per rispondere alle contestazioni a partire dalla data del ricevimento del nuovo invio.

La regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti trasmetterà ad ogni regione il "Modello Cr" in formato elettronico, tale modello dovrà essere compilato e ritrasmesso per via telematica entro i 15 giorni successivi alla data di scadenza per l'invio delle contestazioni. Ogni regione dovrà compilare un modello Cr per ogni flusso ed un modello Cr di riepilogo di tutti i flussi.

Ogni regione ha la facoltà di effettuare altri controlli sui dati ricevuti, ma non deve assolutamente far rientrare le anomalie eventualmente individuate con tali controlli nei campi errore previsti nei flussi delle contestazioni. L'esito di questi controlli potrà facoltativamente essere fatto pervenire alle regioni debentrici in uno spirito di collaborazione e di verifica reciproca della qualità dei dati anche al fine di verificare evenienze ad oggi non previste all'interno dei controlli vincolanti.

I file contenenti i record di attività contestati dovranno essere così denominati: RRRCAAMX.rrr.

Dove:

RRR Regione ricevente

C Invio contestazioni

AA Anno di competenza

M Attività (A,B,C,D,E,F,G)

X 1 = archivio dati anagrafici, 2 = archivio dati prestazioni sanitarie

rrr Regione inviante

Fino all'introduzione della trasmissione via rete, potranno essere utilizzati come supporti magnetici i CD. Per ogni attività in compensazione dovrà essere presente un file con la denominazione sopra riportata. Gli archivi possono essere inviati anche in forma compressa, in tal caso la denominazione del file cambia solo per l'estensione, che deve essere ".ZIP" oppure ".ARJ" a seconda del sistema di compressione utilizzato.

### Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

#### Modello C

**Regione contestante :** intestazione ed indirizzo della Regione che invia le contestazioni

**Regione contestata :** Regione creditrice

**Periodo :** Anno di riferimento

#### RIEPILOGO ADDEBITI E CONTESTAZIONI

Tipologia Prestazione	Addebito da mod. H		Addebito da file		Addebito riconosciuto da file		Addebito contestato da file		Differenza mod H e file non riconosciuta Importi in Euro
	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	
Ricoveri ospedalieri e day-hospital									
Medicina generale									
Specialistica ambulatoriale									
Farmaceutica									
Cure termali									
Somministrazione diretta di farmaci									
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso									
Totale									
Data	Il Responsabile								

### Compensazione interregionale della mobilità sanitaria Modello Cr

**Regione contestante :** intestazione ed indirizzo della Regione che invia le contestazioni

**Periodo:** Anno di riferimento

#### RIEPILOGO ADDEBITI E CONTESTAZIONI

Tipologia Prestazione	Addebito da mod. H		Addebito da file		Addebito riconosciuto da file		Addebito contestato da file		Contestazioni anagrafiche ERR01= 1		Contestazioni anagrafiche ERR01= 2		Contestazioni anagrafiche totale		Differenza mod H e file non riconosciuta
	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	Numero record	Importi in Euro	
010 - Piemonte															
020 - Valle d'Aosta															
030 - Lombardia															
041 - P.A. Bolzano															
042 - P.A. Trento															
050 - Veneto															
080 - Friuli V. Giulia															
070 - Liguria															
080 - Emilia-Romagna															
090 - Toscana															
100 - Umbria															
110 - Marche															
120 - Lazio															
130 - Abruzzo															
140 - Molise															
150 - Campania															
160 - Puglia															
170 - Basilicata															
180 - Calabria															
190 - Sicilia															
200 - Sardegna															
121 - Bambin Gesù															
Totale															
Data	nome compilatore														

**Il sistema di indicatori per la verifica della appropriatezza della attività di ricovero ospedaliero scambiata in regime di mobilità sanitaria interregionale nell'anno 2013**

Il gruppo tecnico dei referenti della mobilità sanitaria interregionale delle Regioni e delle Province Autonome ha predisposto a suo tempo un primo documento sul controllo della appropriatezza della attività di ricovero ospedaliero erogata in regime di mobilità sanitaria che ha avuto l'approvazione della Commissione Salute nella seduta del 27 febbraio 2007. Questo documento è stato aggiornato nel tempo e per il 2010 focalizzato secondo un gruppo di indicatori riportati negli allegati 1, 2, e 3.

**Allegato 1)**

Indicatori di potenziale inappropriata nell'attività di ricovero ospedaliero 2013						
Area	Codice	Indicatore	Valore soglia	Numero minimo casi al denominatore	Livello di elaborazione	Note
Chirurgica	C1 (09)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Generale	30 %	50	Reparto	
	C1 (13)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Toracica	35%	50	Reparto	
	C1 (14)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Vascolare	35%	50	Reparto	
	C1 (34)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Oculistica	30%	50	Reparto	

	C1 (36)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Ortopedia-Traumatologia	35%	50	Reparto	Occorre tenere conto dei reparti specializzati per il trattamento delle osteomieliti (codice diagnosi 730.0 – 730.1 – 730.2)
	C1 (38)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Otorinolaringoiatria	30%	50	Reparto	
	C1 (43)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Urologia	45%	50	Reparto	
Medica	M1 (19)	Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Endocrinologia	40%	50	Reparto	
	M2 (26)	Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Medicina Generale	30%	50	Reparto	
	M3 (32)	Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Neurologia	40%	50	Reparto	
	M4 (58)	Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Gastroenterologia	40%	50	Reparto	



## Allegato 2)

### Criteria di calcolo degli indicatori di potenziale inappropriata all'attività di ricovero

CODICE	NUMERATORE	DENOMINATORE
C1	N. dimessi con RO per DRG medico	N. dimessi con RO per DRG medico più N. dimessi per tutti i ricoveri (RO e DH) per DRG chirurgico
M1, M2, M3, M4	N. dimessi con RO per DRG medico di durata di 2-3 giorni	N. dimessi con RO per DRG medico

☐

☐

## Allegato 3)

### Ulteriori criteri di contestazione per ricoveri potenzialmente inappropriati

Si è concordato di identificare una serie di ricoveri per i quali prevedere la possibilità di una contestazione nel caso che essi si presentino con una casistica minima di tre (3) casi a livello di singola struttura ospedaliera erogante. Questi ricoveri riguardano in particolare:

- a) i DRG "maldefiniti": 424, 468, 476 e 477;
- b) i ricoveri per acuti ordinari ripetuti con intervallo temporale 0 -1 giorno. Tali ricoveri vengono definiti come *re-ricoveri avvenuti nello stesso presidio, comprese le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì precedente*;
- c) i ricoveri ordinari ripetuti nei reparti codice 56 con intervallo temporale 0 - 7 giorni;
- d) tutti i pacchetti di 3 o più ricoveri consecutivi (con intervallo temporale 0 - 1 giorno) con utilizzo del reparto codice 56 come reparto "scambiatore" (ad esempio con un primo ricovero in medicina generale, seguito da un ricovero in riabilitazione e da un successivo nuovo ricovero in medicina generale o altro reparto per acuti).

Su questa base il gruppo di lavoro dei referenti regionali della mobilità sanitaria ha stabilito di considerare a rischio di inappropriatelyzza nelle diverse aree di ricovero i fenomeni riportati nella Tabella 1.

Le Regioni hanno inoltre la facoltà di evidenziare:

1) nel caso di DRG di alta specialità le seguenti possibili anomalie:

- i casi con degenza breve (<= 3 notti);
- i casi di ricoveri ripetuti;
- i casi eseguiti in unità operative in discipline non assimilabili (ad esempio intervento di alta specialità ortopedica eseguito in chirurgia generale);

2) per tutte le tipologie di DRG, situazioni di palese codifica opportunistica di congrua entità numerica e/o economica.

Sulla base della esperienza dei precedenti anni è prevista la possibilità di segnalare qualunque comportamento che – evidenziato in base agli indicatori già riportati nel Testo Unico per l'anno 2013 o ad altri indicatori riconducibili ai fenomeni riportati nella tabella 1 – risponde ai seguenti requisiti:

- 1) rilevanza statistica e/o economica in termini di numero di casi e di entità del relativo addebito;
- 2) potenziale sovrastima del valore dei ricoveri coinvolti rispetto al valore degli stessi in caso di corretta codifica e/o corretto livello di erogazione e/o appropriata selezione clinica delle indicazioni;
- 3) difformità documentata del comportamento di quella struttura relativamente a quel fenomeno rispetto a quanto avviene mediamente nel resto delle strutture;
- 4) il fenomeno rientra tra le categorie di inappropriatelyzza riportate nella tabella 1.

Per quanto riguarda le modalità di gestione delle segnalazioni:

a) Le segnalazioni, di regola, danno luogo a riscontro nei tempi utili alla definizione degli accordi bilaterali, ovvero secondo accordi funzionali ai sistemi di controllo regionali. Contenuti e modalità dei riscontri non sono predefiniti e qualora si ritenesse di non dare riscontro tale scelta va motivata. Verrà istituito un osservatorio sulle segnalazioni e sulle contestazioni che orienti il futuro sistema dei controlli;

b) Le casistiche segnalate non debbono necessariamente dare luogo ad un controllo sistematico di tutte le cartelle dei casi coinvolti, ma possono essere verificate in base ai risultati dei controlli routinariamente eseguiti sui ricoveri della struttura interessata ed eventualmente approfondite con le modalità stabilite dalla Regione interessata caso per caso, modalità che saranno specificate nelle controdeduzioni.

Non sono previste sanzioni applicabili in maniera automatica e l'eventuale valutazione di tipo economico legata alle anomalie evidenziate dai controlli sarà regolata in sede di accordi bilaterali.

Già nel Testo Unico per l'anno 2008 era previsto che il sistema di indicatori per la verifica dell'appropriatelyzza di ricoveri venisse sottoposto a periodiche manutenzioni, con l'inclusione di nuove segnalazioni suggerite dai risultati delle analisi e l'eliminazione di quelle che risultano ridondanti o non significative. A questo scopo il gruppo dei referenti della mobilità si impegna ad aggiornare periodicamente il documento tecnico di indirizzo sui fenomeni più significativi di potenziale inappropriatelyzza nella attività di ricovero da monitorare e sui relativi indicatori di verifica.

Una specifica sezione sui controlli di appropriatelyzza potrà inoltre essere prevista nell'ambito degli accordi di confine previsti anche dal Patto per la Salute 2010 – 2012.

Tabella 1

## I fenomeni a rischio di inappropriatelyzza nelle diverse aree di ricovero ospedaliero

AREA	FENOMENI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA
<b>Chirurgica</b>	Utilizzo del regime di ricovero per procedure eseguibili a livello ambulatoriale
	Utilizzo del regime di ricovero di due o più giorni per procedure eseguibili a livello di day surgery o one day surgery con conseguente aumento del valore del ricovero
	Effettuazione di prestazioni non incluse nei LEA come quelle di chirurgia refrattiva
	Utilizzo di reparti chirurgici per pazienti con DRG medici
<b>Medica</b> (reparti per acuti, compresi i ricoveri per DRG medici nei reparti chirurgici)	Utilizzo del regime di ricovero ordinario per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale o di day hospital
	Utilizzo del regime di day hospital per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale
<b>Riabilitativa</b>	Utilizzo del regime di ricovero ordinario per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale o residenziale
	Degenze troppo brevi per giustificare un intervento riabilitativo efficace ed appropriato per il livello di erogazione
	Degenze troppo lunghe rispetto ad una durata attesa
	Dimissione anticipata dal reparto per acuti e immediato trasferimento in un reparto di riabilitazione con "ottimizzazione" del valore del ricovero
	Utilizzo del regime di day hospital per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale
	Utilizzo del reparto di riabilitazione come reparto "scambiatore" per moltiplicare il numero dei ricoveri addebitati a fronte di un unico episodio di cura
	Registrazione come ricovero di una consulenza riabilitativa presso un reparto per acuti
<b>Tutte le aree</b>	Attribuzione artificiosa del ricovero al DRG più "conveniente"
	Utilizzo scorretto del passaggio dal regime di ricovero ordinario a quello di day hospital e viceversa in ricoveri consecutivi (dimissione dal primo reparto e ammissione nel secondo nella stessa giornata o nella giornata successiva)
	Ricoveri ordinari consecutivi (vedi sopra) in reparti per acuti

## RISPOSTA ALLE CONTESTAZIONI (CONTRODEDUZIONI)

La regione contestata entro il 15 ottobre potrà presentare le proprie controdeduzioni, provvedendo a rinviare tutti e soli i record contestati con l'eccezione della casistica relativa alla correzione della regione debitrice come di seguito definita. Per esigenze particolari e transitorie il gruppo tecnico interregionale dei referenti potrà stabilire modalità di trasmissione e scadenze diverse. Per la trasmissione o eventuale nuova trasmissione dei dati la validità delle date sarà determinata dalla data del timbro postale.

Se nella fase di controdeduzione una regione verifica di aver errata l'individuazione della regione verso la quale ha inviato l'addebito (anche non a fronte di una contestazione ma per auto riconoscimento di errore) dovrà inviare alla regione sbagliata i record relativi con posizione contabile 'C' e contestualmente, all'interno del file delle controdeduzioni verso la regione individuata come quella corretta, inserirà tali record con posizione contabile = '3' valorizzando anche il campo 'Regione iniziale di addebito' col codice della regione verso cui erroneamente si era inviato inizialmente l'addebito.

Per comunicare l'esito delle controdeduzioni si utilizzerà il campo "posizione contabile" con le seguenti codifiche:

- A= i dati originari contenuti nel record vengono confermati;
- B= i dati originari contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati;
- C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati;
- 3= addebiti richiesti per storni ad altri per l'anno di competenza a fronte di errori sull'individuazione della regione.

Nel campo denominato posizione contabile deve essere inserito il codice che sintetizza il risultato della correzione del record, nel seguente ordine di priorità: C, B, A.

Ad esempio se su una prestazione si verifica che l'assistito non è a carico della regione alla quale si è addebitato inizialmente, la contestazione verrà accettata con 'C', anche se sono stati segnalati altri errori che sono stati corretti; se i dati vengono modificati a fronte degli errori segnalati va impostato il valore 'B', se i dati non vengono modificati si può impostare il valore 'A'. Il campo posizione contabile varrà o 'A' o 'B' o 'C' o '3' su ogni record del gruppo ricetta, in modo uniforme.

Nel caso di soluzione di casi duplicati non effettivi ma dovuti a cause tecniche, ad esclusione quindi del caso di accettazione di errore sul duplicato con posizione contabile 'C', si interverrà sulla chiave del record e la Regione inviante dovrà accompagnare la controdeduzione con una specifica nota scritta relativa all'avvenuta modifica dei campi chiave. Nei casi di posizione contabile A, B o C non valorizzare il campo 'Regione iniziale di addebito'.

Nei record inviati nelle controdeduzioni gli indicatori di errore evidenziati dalla Regione contestante vanno mantenuti al valore originale.

Ogni addebito contestato cui non segua controdeduzione, al limite per l'intero flusso, verrà assunto come accettazione della contestazione (cioè come se la controdeduzione fosse stata inviata con posizione contabile 'C').

Ogni regione inviante le controdeduzioni dovrà allegare il prospetto "Modello D" riassuntivo, per ogni settore. Fanno fede solo le controdeduzioni accompagnate da documentazione su record secondo le modalità di compilazione previste.

In questa fase tutti i record privi di posizione contabile valorizzata come sopra scritto saranno da considerare come implicitamente non inviati (quindi contestazione accettata con posizione contabile 'C' implicita).

Nel caso in cui

- non si verifichi una corrispondenza tra le chiavi dei due archivi;
- non vi sia corrispondenza tra il numero di record dei due archivi;
- non sia possibile effettuare la lettura dei supporti magnetici per deterioramento o rottura
- vi siano record con chiave duplicata in uno o entrambi gli archivi;

la regione contestante deve comunicare tale riscontro entro 15 giorni dalla data di ricevimento delle controdeduzioni per la quale farà fede la data del protocollo di arrivo. La regione contestata deve procedere al rinvio dei dati, pena la nullità delle controdeduzioni, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione.

La regione responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti trasmetterà ad ogni regione il "Modello Dr" in formato elettronico, tale modello dovrà essere compilato e trasmesso al coordinamento entro dieci giorni dalla data di scadenza per l'invio delle controdeduzioni. Ogni regione dovrà compilare un modello Dr per ogni flusso ed un modello Dr di riepilogo di tutti i flussi.

I file contenenti i record di attività controdedotti dovranno essere così denominati: RRRDAAMX.rrr.

Dove:

RRR Regione ricevente

D Invio controdeduzioni

AA Anno di competenza

M Attività (A,B,C,D,E,F,G)

X 1= archivio dati anagrafici, 2= archivio dati prestazioni sanitarie

rrr Regione inviante

Fino all'introduzione della trasmissione via rete, potranno essere utilizzati come supporti magnetici i CD. Per ogni attività in compensazione dovrà essere presente un file con la denominazione sopra riportata. Gli archivi possono essere inviati anche in forma compressa, in tal caso la denominazione del file cambia solo per l'estensione, che deve essere ".ZIP" oppure ".ARJ" a seconda del sistema di compressione utilizzato.

### Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

#### Modello D

**Regione contestata :** intestazione ed indirizzo della Regione che invia le controdeduzioni

**Regione contestante :** Regione che ha inviato le contestazioni

**Periodo :** Anno di riferimento

#### RIEPILOGO CONTESTAZIONI E CONTRODEDUZIONI

Tipologia Prestazione	Addebito contestato da file		Esito controdeduzioni										
			Pos. Cont. = "A"		Pos. Cont. = "B"		Pos. Cont. = "C"		Pos. Cont. = "3"		Totale record controdedotti		
			Numero record	Importi In Euro	Numero record	Importi In Euro	Numero record	Importi In Euro	Numero record	Importi In Euro	Numero record	Importi In Euro	Numero record
Ricoveri ospedalieri e day-hospital													
Medicina generale													
Specialistica ambulatoriale													
Farmaceutica													
Cure termali													
Somministrazione diretta di farmaci													
Trasporti con ambulanza ed elisoccorso													
Totale													
Data	Il Responsabile												

**Compensazione interregionale della mobilità sanitaria** **Modello** **Dr**

**Regione contestata :** intestazione ed indirizzo della Regione che invia le controdeduzioni

**Periodo :** Anno di riferimento

**RIEPILOGO CONTESTAZIONI E CONTRODEDUZIONI**

Tipologia Prestazione	Addebito contestato da file		Esito controdeduzioni									
			Pos. Cont. = "A"		Pos. Cont. = "B"		Pos. Cont. = "C"		Pos. Cont. = "3"		Totale record controdedotti	
			Numero record	Importi In Euro	Numero record	Importi In Euro	Numero record	Importi In Euro	Numero record	Importi In Euro	Numero record	Importi In Euro
010 - Piemonte												
020 - Valle d'Aosta												
030 - Lombardia												
041 - P.A. Bolzano												
042 - P.A. Trento												
050 - Veneto												
060 - Friuli Venezia Giulia												
070 - Liguria												
080 - Emilia-Romagna												
090 - Toscana												
100 - Umbria												
110 - Marche												
120 - Lazio												
130 - Abruzzo												
140 - Molise												
150 - Campania												
160 - Puglia												
170 - Basilicata												
180 - Calabria												
190 - Sicilia												
200 - Sardegna												
121 - Bambin Gesù												
Totale												
Data	nome compilatore											

## COMPOSIZIONI BILATERALI E COLLEGIO ARBITRALE

Entro il 30 novembre di ogni anno le Regioni devono concludere, attraverso composizioni bilaterali, i contenziosi non sanati con l'invio delle controdeduzioni. L'originale o copia dell'accordo siglato dalle parti deve essere consegnato o trasmesso al coordinamento del gruppo tecnico interregionale dei referenti.

Tutte le vertenze che non trovano una risoluzione bilaterale entro il termine indicato verranno affidate ad un organo con funzione di "collegio arbitrale" al cui giudizio le Regioni dovranno attenersi.

Il collegio arbitrale è composto da tre membri: la presidenza è stata affidata all'ASSR dalla Conferenza degli Assessori alla Sanità del 22/03/2007; i restanti due componenti sono due Regioni che verranno indicate dalle Regioni in contenzioso secondo le modalità di seguito indicate.

Modalità e tempi di attivazione e di azione del collegio arbitrale:

- Richiesta di attivazione: la Regione che intende avvalersi del collegio arbitrale deve farne richiesta all'ASSR comunicando tale decisione alla Regione interessata e, per conoscenza, al coordinamento;
- Nomina dei componenti: entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione la Regione chiamata in causa comunica all'ASSR la Regione che vuole designare. Se la scadenza non viene rispettata la nomina verrà effettuata dalla stessa ASSR. La Regione che ha chiesto l'attivazione del collegio può indicare la Regione che intende nominare contestualmente alla richiesta di attivazione o, comunque, entro 15 giorni dalla richiesta stessa.
- Motivazioni richieste per l'attivazione: il collegio arbitrale potrà essere chiamato ad intervenire nel caso in cui:
  - esiste un contenzioso su parte dell'importo degli addebiti;
  - è assente la Regione interessata all'accordo.
- Intervento: L'ASSR, acquisiti gli elementi necessari alla risoluzione del contenzioso, comunica ad entrambe le parti in causa e alle due Regioni nominate a costituire il collegio la data e il luogo previsti per la riunione, che dovrà essere entro un mese dal ricevimento da parte dell'ASSR della richiesta di attivazione. La seduta sarà ritenuta valida se saranno presenti tutti i membri del collegio e almeno una delle parti. Il Collegio Arbitrale, sentite le parti e acquisiti direttamente ulteriori elementi dalle parti in causa, emette il giudizio. Contestualmente il collegio firmerà un documento, da trasmettere al coordinamento ai fini della compilazione della matrice degli accordi bilaterali, dove saranno riportate le seguenti informazioni:

MOBILITÀ ATTIVA della Regione/Provincia Autonoma .....  
nei confronti della Regione/Provincia Autonoma .....

ADDEBITO INIZIALE	ADDEBITO RICONOSCIUTO	IMPORTO DI VARIAZIONE RISPETTO ALL' ADDEBITO

MOBILITÀ ATTIVA della Regione/Provincia Autonoma .....  
nei confronti della Regione/Provincia Autonoma .....

ADDEBITO INIZIALE	ADDEBITO RICONOSCIUTO	IMPORTO DI VARIAZIONE RISPETTO ALL' ADDEBITO INIZIALE

Il Coordinamento si farà carico di convocare, entro il mese di novembre, almeno una sessione di lavoro dedicata alla conclusione degli accordi bilaterali.

Qualora, alla data del 31 dicembre, dovessero esserci accordi bilaterali non chiusi, in assenza di richieste di attivazione del collegio arbitrale, verrà considerato definitivo l'importo dell'addebito iniziale.

Sulla base delle controdeduzioni, delle composizioni bilaterali e delle determinazioni del collegio arbitrale verrà predisposta la tabella definitiva con la revisione degli importi in mobilità per l'anno in corso.



## **PRESCRIZIONI COMUNI A TUTTI I TRACCIATI RECORD**

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario progettato congiuntamente da Stato e Regioni per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale (Progetto Mattoni) ha sviluppato in questi anni una pluralità di informazioni sugli eventi che caratterizzano l'insieme dei contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del Servizio Sanitario Nazionale ed ha avviato, tramite decreti attuativi, la creazione di specifiche Banche Dati.

La garanzia del conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario quale adempimento cui sono tenute le Regioni (ribadito nel Patto per la Salute 2010) e la definizione della classificazione e codifica delle informazioni in un linguaggio comune consentono l'opportunità dell'utilizzo di alcune informazioni richieste nei nuovi flussi nei tracciati del documento del testo unico che disciplina la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

Il recepimento nei tracciati del Testo Unico di tali informazioni consente alle regioni la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni oggetto di mobilità tramite un maggior livello di dettaglio.

Altresì il Ministero dell'Economia e delle Finanze - in attuazione alle disposizioni dell'art. 50 del Decreto-Legge n. 269 del 30 settembre 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326 del 24 novembre 2003 - ha realizzato, in questi anni, congiuntamente alle regioni, l'invio della Tessera Sanitaria (TS) ai cittadini italiani e residenti su tutto il territorio nazionale. L'utilizzo della Tessera Sanitaria oltre che elemento portante per attuare in Italia il sistema di monitoraggio della spesa sanitaria consente tramite il Codice Fiscale l'identificazione certa e univoca di iscrizione del cittadino al SSN.

Le regole definite attualmente nel testo unico della mobilità sanitaria per la verifica della residenza degli assistiti non garantiscono una interpretazione univoca da parte delle regioni. Nell'attività di compensazione della mobilità sanitaria interregionale la verifica della residenza degli assistiti rappresenta infatti il maggior elemento di criticità, assorbe pesanti risorse e genera la maggior parte delle contestazioni e dei contenziosi tra le regioni.

Le nuove regole proposte prevedono la validazione del codice fiscale e la verifica della residenza degli assistiti tramite il codice fiscale, alla data di erogazione della prestazione, anche utilizzando l'anagrafe del Sistema TS nell'ambito del progetto "Gestione della mobilità interregionale sanitaria" concordato con SOGEI.

Nei tracciati record è presente la colonna con il codice di obbligatorietà del campo che è così definito:

### IDENTIFICATIVO UTENTE

#### 1) Codice fiscale;

Per il flusso dei Ricoveri Ospedalieri è obbligatorio inserire il Codice Fiscale a decorrere dall'anno di competenza 2009; per i flussi della Specialistica Ambulatoriale e della Farmaceutica la compilazione del Codice Fiscale è obbligatoria a partire dall'anno di competenza 2010. Per il flusso di Somministrazione diretta di Farmaci l'obbligatorietà è a partire dall'anno di competenza 2011.

Per tutti gli altri flussi (ad esclusione del flusso dei trasporti) l'obbligatorietà è a partire dall'anno di competenza 2012.

Ciò al fine di verificare la residenza dell'assistito anche attraverso l'anagrafe del Sistema TS alla data di erogazione della prestazione (data di ricovero per il flusso dei Ricoveri ospedalieri, data di erogazione della prestazione/farmaco per i flussi della Specialistica Ambulatoriale e della Farmaceutica/Somministrazione diretta di farmaci, data di inizio assistenza per il flusso di Medicina Generale, data di inizio cura per il flusso termale; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in date differenti si considera la minor data della ricetta).

Valgono le seguenti eccezioni

Il campo CF non è obbligatorio nei casi coperti da riservatezza ai sensi di legge, per i quali può essere indicata la dicitura ANONIMO sia nel Cognome che nel Nome [sulla omissione del CF la Commissione Salute è in attesa di conferma da parte del Garante].

Si riportano di seguito le prestazioni in riferimento alle quali è prevista la copertura da riservatezza [Per l'applicabilità delle verifiche da effettuare in riferimento alle prestazioni erogate ai soggetti ANONIMI si rimane in attesa del parere del Garante]

#### Flusso dei Ricoveri

Tipologia patologia/ricovero	Campi interessati dalla verifica	Valore
HIV	Diagnosi principale o secondarie	'042' o V08
Dipendenza	Diagnosi principale o secondarie	303.xx o 304.xx
Parto	DRG	Da 370 a 375
Aborto	Diagnosi principale o secondarie	Matrice 635

Flusso della Specialistica Ambulatoriale (codice esenzione e/o codice prestazione)

Tipologia patologia/prestazione	Campi interessati dalla verifica	Valore
HIV	Codice prestazione	91.22.2= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi qualitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena) 91.22.3= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi quantitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena) 91.22.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi 91.22.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma) 91.23.1= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma) 91.23.2= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi anti antigene P24 (E.I.A.) 91.23.3= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 (E.I.A.) 91.23.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 da colture linfocitarie (E.I.A.) 91.23.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 2] anticorpi immunoblotting (saggio di conferma) eventuali codici regionali segnalati in fase di addebito iniziale
	Codice esenzione	020 Infezione da HIV B01 Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1 comma 4 le.B del D.Lgs 124/98)
Dipendenza	Codice esenzione	014 Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool

Flusso della Farmaceutica e della Somministrazione diretta di farmaci

Tipologia patologia/farmaco	Campi interessati dalla verifica	Valore
HIV	Codice farmaco	Tutti i Minsan10 afferenti 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)
Dipendenza	Codice farmaco	Tutti i Minsan10 afferenti al codice ATC: N07BC01 e N07BC02 – Farmaci usati nella dipendenza da oppioidi N07BB (N07BB01 – N07BB02 – N07BB03 – N07BB04) Farmaci usati nella dipendenza da alcool

Il campo CF può non essere valorizzato per i nuovi nati dalla data di nascita al 28° giorno di vita. In questi casi si rende obbligatoria la compilazione dei campi Cognome, Nome e Data di Nascita. Verranno definiti controlli specifici sulle prestazioni di ricovero erogate ai nuovi nati. Al di fuori dei casi che rientrano in tale eccezione, cognome e nome, possono essere inseriti se disponibili.

2) Cognome, nome e data di nascita per i soli tracciati di Ricoveri ordinari e day hospital in caso di nuovi nati fino al 28° giorno di vita.

Per il flusso dei trasporti con ambulanza ed elisoccorso è sufficiente in ordine di preferenza uno dei seguenti identificativi: codice fiscale; cognome, nome e data di nascita

I campi necessari per individuare il paziente sono generalmente accompagnati dalla indicazione 'V' a significare come vincolanti gli esiti dei controlli relativi.

Viene eliminato da tutti i flussi il Codice sanitario regionale quale identificativo valido (resta nei tracciati il campo vuoto).

#### OBBLIGATORIO IN ALTERNATIVA - codice OIU

E' obbligatorio almeno un identificativo utente: i campi cognome, nome e data di nascita devono essere obbligatoriamente compilati, in alternativa al codice fiscale.

#### OBBLIGATORIO - codice OBB

Sono i campi che devono necessariamente essere compilati; quelli con indicato anche 'V' sono quelli che rientrano nei controlli a seguito dei quali si può procedere alla contestazione secondo la lista degli errori contestabili.

#### OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

Sono generalmente campi la cui compilazione è obbligatoria se l'evento è avvenuto e il dato è stato rilevato, ma che possono presentarsi vuoti (valorizzati a "spazio" o tutti zeri se numerici) in assenza dell'evento o di rilevazione del dato.

Ad esempio nel tracciato delle prestazioni ospedaliere, i campi relativi all'individuazione degli interventi chirurgici saranno ovviamente vuoti nel caso di ricoveri di tipo non chirurgico. Nel caso in cui un campo così definito abbia indicato anche 'V', se valorizzato rientra nei controlli a seguito dei quali si può procedere alla contestazione secondo la lista degli errori contestabili.

#### FACOLTATIVO - codice FAC

Sono i campi che possono anche non essere riempiti nel tracciato di scambio interregionale per la compensazione della mobilità, ma i cui dati sono spesso rilevabili dai sistemi informativi locali (ad esempio già presenti nel tracciato di Dimissione Ospedaliera) e presentano specifico interesse informativo delle Regioni. La loro compilazione, pertanto, viene considerata un debito informativo interregionale, da rispettare, ma al momento non essenziale per la certificazione dell'avvenuta prestazione.

I campi con tracciato alfanumerico (AN), vanno sempre allineati a sinistra e completati a destra per le rimanenti posizioni con il carattere "spazio".

I campi con tracciato numerico (N), vanno sempre allineati a destra e completati a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere "zero".

I campi data sono sempre del tipo GGMMAAAA; se mancanti devono essere valorizzati con spazio.

I campi 'importo totale' e 'importo ticket' devono essere compilati come segue:

- la parte intera e quella decimale separate da una virgola
- la cifra allineata a destra e completata a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere 0 (zero)
- la parte decimale avrà sempre lunghezza 2 (tranne per il Flusso F, con lunghezza 5), anche nei casi in cui gli importi abbiano valore intero.

Esempio di conversione:

valore in Euro	Importo compilato
230,65	000230,65
23,6	000023,60
23	000023,00

Importo totale

Flusso	Lunghezza del campo 'importo totale'	Lunghezza parte intera campo 'importo totale'	Lunghezza a carattere virgola ","	Lunghezza parte decimale campo 'importo totale'	Esempio
A	9	6	1	2	000123,61
F	14	8	1	5	00000123,12345
B,C,D,E,G	8	5	1	2	00123,61

Importo ticket

Flusso	Lunghezza 'importo ticket'	Lunghezza parte intera 'importo ticket'	Lunghezza carattere virgola ","	Lunghezza parte decimale 'importo ticket'	Esempio
A,	Non presente				
C,D,E,F,G	7	4	1	2	0123,61

Per i flussi C, D, E, F, in cui sono presenti le righe zn e la riga 99, l'importo della riga 99 è la somma degli importi delle righe zn sottratto l'importo del ticket.

Per il flusso F, che ha una lunghezza di 5 numeri decimali dopo la virgola, per la compilazione dei Modelli da scambiare con le regioni e con il Coordinamento, dovrà essere riportato a 2 caratteri dopo la virgola secondo la regola dell'approssimazione per arrotondamento.

Come indicato dalla Commissione Salute del 21 settembre 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.

Per il flusso G l'importo deve essere calcolato al netto del ticket pagato.

Anche nel caso in cui l'importo ticket e/o l'importo totale non abbiano valore o siano valorizzati a zero i campi devono comunque essere compilati secondo le regole descritte (es. 0000,00).

Si prevede un range di tolleranza di + 0 - 0,50 (per il flusso dei Ricoveri Ospedalieri) + 0 - 0,05 (per gli altri flussi) Euro per ogni singola prestazione; ciò vuol dire che quando si effettua il controllo sull'importo (ERR06=5) la segnalazione andrà fatta solo se l'importo addebitato risulterà diverso rispetto a quello calcolato dalla regione debitrice a meno di uno scarto di 0,50 (per il flusso dei Ricoveri Ospedalieri) /0,05 (per gli altri flussi) euro, cioè se la differenza (in valore assoluto) tra i due importi risulterà superiore a 0,50 (per il flusso dei Ricoveri Ospedalieri) /0,05 (per gli altri flussi).

La tabella di seguito riporta i valori da assegnare al campo Codifica Nomenclatore in base alla Regione e Provincia autonoma per i File 'C', 'E', 'F', 'G'.

REGIONE	VALORE Codifica Nomenclatore
010 Piemonte	a
020 Valle d'Aosta	b
030 Lombardia	c
041 P.A. Bolzano	e
042 P.A. Trento	f
050 Veneto	g
060 Friuli-Venezia Giulia	h
070 Liguria	j
080 Emilia-Romagna	k

090 Toscana	m
100 Umbria	n
110 Marche	o
120 Lazio	p
121 Ospedale Bambin Gesù	d
130 Abruzzo	q
140 Molise	r
150 Campania	t
160 Puglia	u
170 Basilicata	v
180 Calabria	w
190 Sicilia	x
200 Sardegna	y

Le Regioni su cui insistono le strutture ACISMOM invieranno i dati di mobilità alle Regioni debentrici contestualmente all'invio degli altri dati di mobilità utilizzando un file separato nel quale i codici della "Regione addebitante" dovranno essere i seguenti:

Lombardia	031
Liguria	071
Lazio	122
Campania	151
Puglia	161

e il codice nomenclatore corrisponderà al codice della regione nella quale è ubicata la struttura.

In ogni caso il dato riepilogativo dovrà essere riportato in un modello H dedicato esclusivamente all'attività di tali strutture.

## RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL (FLUSSO A)

Sono oggetto di compensazione i ricoveri ordinari per acuti, i ricoveri per day surgery, i ricoveri in day hospital, i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza.

Per un corretto monitoraggio delle attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione (onere della degenza non a carico del SSN, quindi con valorizzazione a zero) sono parte integrante del debito informativo di interscambio.

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 A1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File A2: 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 + codice istituto + numero scheda.

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

### ERRORI CONTESTABILI

#### Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome e nome, possono essere inseriti se disponibili; in ogni caso rimane obbligatoria la compilazione del campo data di nascita anche nei casi coperti da riservatezza.

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 da:

- 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
- nuovi nati dalla data di nascita al 28° giorno di vita. In questi casi si rende obbligatoria la compilazione dei campi Cognome, Nome e data di nascita.

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 deve essere effettuata utilizzando il codice fiscale, e per i soli casi non trovati per i quali sia comunque valorizzato il codice fiscale, verificando se la ricerca per cognome, nome e data di nascita, dà esito positivo; anche in questo caso l'assistito deve essere considerato come proprio residente.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le prestazioni di ricovero ospedaliero si intende la data di ricovero).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria.

4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata.

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 presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 042 o V08
- pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 303xx o 304xx
- in caso di parto senza riconoscimento del nuovo nato: in presenza di DRG da 370 a 375
- in caso di aborto: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 635xx

#### Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

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

Il codice comune di residenza è di un Comune che non appartiene alla regione che riceve l'addebito.

#### Errori sulla prestazione (ERR03)

1= DRG non valorizzato o non esistente su tabella relativa

2= DRG diverso da quello determinato dalla Regione che riceve l'addebito. Il DRG calcolato dalla Regione che riceve l'addebito andrà indicato nell'apposito campo.

3= Codice diagnosi principale non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore; codici diagnosi secondarie se valorizzate, non appartenenti alla tabella in vigore.

4= Data di nascita non valorizzata o formalmente scorretta

Le diagnosi devono essere codificate utilizzando la versione italiana 2007 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification. Per la determinazione dei DRG dovrà essere utilizzata la versione Grouper HCFA 24.0.

Il passaggio a successive versioni di codifica e versioni Grouper avverrà sulla base dei provvedimenti ministeriali in vigore al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

#### Errori caratteristiche ricoveri (ERR04)

1= regime ricovero assente o errato

2= Reparto ammissione/dimissione

Non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto ammissione/dimissione non nel dominio (da Flussi Ministeriali per l'anno di riferimento)

3= Modalità di dimissione

Non valorizzata o non esistente nel dominio

4 = Tipo di ricovero

Non valorizzato o non esistente nel dominio (esclusi i ricoveri dei neonati corrispondenti alla nascita e DH)

5 = Più errori concomitanti per questo tipo di errore

#### Errori nella chiave del record (ERR05)

3= ricovero ripetuto effettivo

Per "ricoveri ripetuti effettivi" si intendono quei ricoveri ordinari di uno stesso assistito che avvengono nello stesso periodo di tempo. Questi casi si individuano quando:

- la stringa dei campi che identificano l'utente coincidono (cognome, nome, data di nascita oppure codice fiscale, qualora i campi siano compilati in modo formalmente corretto e non per campi compilati con blank e ad esclusione dei soggetti anonimi)
- esiste una sovrapposizione tra i periodi di ricovero escludendo dal controllo le date di ingresso e le date di dimissione.



La segnalazione dei ripetuti effettivi deve essere effettuata compilando l'ERR05=3; tale indicazione di errore deve essere riportata su tutti i record che sono identificati come tali.

#### Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettua la contestazione per questo tipo di errore.

1= Importo assente o non valorizzato come numerico

2= Importo non corrispondente a DRG e tariffa. L'importo calcolato dalla Regione che riceve l'addebito andrà indicato nell'apposito campo.

3= Importo DH (drg 409 – 410 – 492) non abbattuto in concomitanza a somministrazione di farmaci oncologici (Allegato B)

#### Errori sulla data della prestazione (ERR08)

1= Se la data del ricovero è assente o formalmente scorretta

2= Se la data di dimissione è assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza.

3= Data dimissione inferiore alla data ricovero.

4= In caso di ricovero in DH.

numero accessi in DH non valorizzato come numerico o uguale a zero, oppure differenza in giorni tra dimissione e ricovero + 1 minore del campo 'Numero accessi in caso di DH'

5= Ricoveri ordinari per acuti (esclusi i reparti 28, 56, 60, 75) la cui durata supera del 50% il valore soglia del DRG corrispondente. Vengono escluse le contestazioni per i DRG con valore soglia inferiore a dodici giorni.

#### Errori sull'onere della prestazione (ERR09)

1= Importo diverso da zero per onere della degenza non compensabile (codici onere 4,9)

2= Onere degenza assente o errato.

**Tracciato record File "A"**  
**RICOVERI ORDINARI e DAY HOSPITAL**

**FILE A1 – archivio 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
7-14	Codice istituto	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB V
15-22	Numero della scheda	AN	8	Le prime due cifre identificano l'anno, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno	OBB V
23-52	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	FAC
53-72	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	FAC
73-80	Numero della scheda madre	AN	8	Numero della scheda nosologica della madre corrispondente alla scheda nosologica nuovo nato	FAC
81-88	Campo vuoto	AN	8	Riempire con spazi	
89-104	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
105	Sesso utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	OBB
106-113	Data di nascita utente	Data	8	Formato GGMMAAAA La data inserita deve essere tale che l'età dell'utente, calcolata in anni compiuti e ottenuta dalla differenza tra la data di inizio dell'assistenza e la data di nascita, non sia superiore a 124 anni.	OBB V
114	Stato civile	AN	1	1 = celibe/nubile, 2 = coniugato/a, 3 = separato/a, 4 = divorziato/a, 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato	FAC
115-117	Regione di residenza	AN	3	Codice Ministeriale della Regione di residenza	OBB V
118-123	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza	OBB V
124-126	Usi di residenza	AN	3	Codice Ministeriale della USL di residenza	FAC
127-129	Cittadinanza	AN	3	Nel caso di utenti con cittadinanza straniera porre il codice ISTAT dello Stato straniero di appartenenza. 100 = italiana, 999 = apolide	FAC
130-145	Medico prescrittore	AN	16	Codice fiscale del medico prescrittore	FAC

**FILE A2 – archivio 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
7-14	Codice istituto	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB V
15-22	Numero della scheda	AN	8	Le prime due cifre identificano l'anno di ricovero, le rimanenti sei un progressivo all'interno dell'anno	OBB V
23	Regime di ricovero	AN	1	1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno	OBB V
24-31	Data di ricovero	AN	8	Formato ggmmaaaa	OBB V
32	Provenienza del paziente	AN	1	1=paziente che accede all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico; 2=paziente inviato all'Istituto di cura dal medico di base; 3=ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura; 4=paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura pubblico; 5=paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato accreditato; 6=paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato non accreditato; 7=paziente trasferito da altra modalità di ricovero nello stesso istituto; 9=altro	FAC
33-36	Reparto di ammissione	AN	4	Inserire l'unità operativa ove è ricoverato l'utente, ovvero i primi 4 caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nel modello ministeriale HSP.12	OBB V
37	Onere della Degenza	AN	1	1 = Ricovero a totale carico del SSN 2 = Ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera) 4 = Ricovero senza oneri a carico del SSN 5 = Ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (libera professione) 6 = Ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera e libera professione) 9 = altro	OBB V
38	Tipo di ricovero	AN	1	Solo per ricoveri ordinari. La compilazione per i ricoveri di neonati non è obbligatoria, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita. 1 = ricovero programmato, non urgente 2 = ricovero urgente 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO) 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione	OSP V
39	Campo vuoto	AN	1	Riempire con spazi	
40	Traumatismi o intossicazioni	AN	1	1=infornuto sul lavoro, 2=incidente in ambiente domestico, 3=incidente stradale, 4=violenza altrui, 5=autolesione o tentativo suicidio, 9=altro tipo di incidente	FAC
41-44	Reparto di dimissione	AN	4	Si deve utilizzare la codifica prevista dai Flussi ministeriali HSP. I primi due caratteri del codice identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera, i secondi due individuano le eventuali divisioni esistenti nell'ambito della medesima disciplina all'interno dello stesso ospedale, secondo una numerazione progressiva	OBB V

45-52	Data di dimissione o morte	Data	8	Formato GGMMAAAA. Nel caso di ricovero in Day Hospital la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso. Convenzionalmente il 31 dicembre viene considerata la data di fine del ciclo.	OBB V
53	Modalità di dimissione	AN	1	1=paziente deceduto 2=dimissione ordinaria al domicilio del paziente 3=dimissione ordinaria presso una RSA 4=dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare 5=dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato) 6=trasferito ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti 7=trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto 8=trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione 9=dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.	OBB V
54	Riscontro autopsico	AN	1	1=con autopsia, 2=senza autopsia	OSP
55	Sistema di codifica diagnosi	AN	1	5 = ICD9-CM 2007	OBB V
56-60	Diagnosi principale	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OBB V
61-65	Diagnosi concomitante 1	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP V
66-70	Diagnosi concomitante 2	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP V
71-75	Diagnosi concomitante 3	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP V
76-80	Diagnosi concomitante 4	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP V
81-85	Diagnosi concomitante 5	AN	5	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP V
86-93	Data intervento chirurgico principale	Data	8	Formato GGMMAAAA	OSP
94-97	Intervento chirurgico principale	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
98-101	Altro intervento o procedura 1	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
102-105	Altro intervento o procedura 2	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
106-109	Altro intervento o procedura 3	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
110-113	Altro intervento o procedura 4	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
114-117	Altro intervento o procedura 5	AN	4	Codice allineato a sinistra e completato con spazi.	OSP
118	Motivo ricovero DH	AN	1	1=ricovero diurno diagnostico, 2=ricovero diurno chirurgico, 3=ricovero diurno terapeutico, 4=ricovero diurno riabilitativo	FAC
119-121	Numero giorni in DH	N	3	Numero di accessi nel ciclo di trattamento in day hospital	OSP V
122-124	DRG	AN	3	Codice DRG, sempre a 3 cifre	OBB V
125-133	Importo degenza	N	9	Importo del ricovero a carico del SSN	OBB V
134	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; 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; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo 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 iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
135	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
136	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito	
137	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = DRG non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore 2 = DRG diverso da quello determinato dalla Regione che riceve l'addebito 3 = Codice diagnosi principale non valorizzato o non appartenente alla tabella in vigore; codici diagnosi secondarie se valorizzate, non appartenenti alla tabella in vigore. 4= Data di nascita non valorizzata o formalmente scorretta	
138	ERR04 Caratteristiche del ricovero	AN	1	0 = nessun errore 1 = regime ricovero assente o errato 2 = Reparto dimissione/ammissione non valorizzato e/o i primi due caratteri del reparto dimissione/ammissione non nel dominio (da Flussi Ministeriali per l'anno di riferimento) 3 = Modalità di dimissione non valorizzata o non esistente nel dominio 4 = Tipo di ricovero non valorizzato o non esistente nel dominio (esclusi i ricoveri dei neonati corrispondenti alla nascita e DH) 5 = più errori concomitanti per questo tipo di errore	
139	ERR05 Errori sulla chiave del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = ricovero ripetuto effettivo	

140	ERR06 Errori sull'importo e sulla sua determinabilità	AN	1	Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettua la contestazioni per questo tipo di errore. 0 = nessun errore 1 = Importo assente non valorizzato come numerico 2 = Importo non corrispondente a DRG e tariffa 3 = Importo DH (drg 409 – 410 – 492) non abbattuto in concomitanza somministrazione farmaci oncologici (Allegato B)	
141	ERR07 Riservato ad usi futuri	AN	1	0 = nessun errore	
142	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = Se la data del ricovero è assente o formalmente scorretta 2 = Se la data di dimissione è assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza. 3 = Data dimissione inferiore alla data ricovero. 4 = In caso di ricovero in DH. numero accessi in DH non valorizzato come numerico o uguale a zero, oppure differenza in giorni tra dimissione e ricovero + 1 minore del campo 'Numero accessi in caso di DH' 5= Ricoveri ordinari per acuti (esclusi i reparti 28, 56, 60,75) la cui durata supera del 50% il valore soglia del DRG corrispondente.	
143	ERR09 Errore onere della degenza	AN	1	0= nessun errore 1= importo diverso da zero per onere della degenza non compensabile (codici onere 4, 9) 2= onere degenza assente o errato	
144	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
145-147	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.	
148-150	DRG calcolato da regione che riceve l'addebito	AN	3	Codice DRG, sempre a 3 cifre, calcolato dalla Regione che riceve l'addebito, associato a ERRO3=2	OSP
151-158	Data prenotazione ricovero	AN	8	Data della prenotazione del ricovero, da compilarsi per ricoveri diurni e per ricoveri ordinari in caso di ricovero programmato non urgente o con preospedalizzazione. Formato GGMMAAAA	OSP
159-162	Peso alla nascita	N	4	Peso rilevato al momento della nascita, espresso in grammi	OSP
163	Classe di priorità della prenotazione	AN	1	Codice classe di priorità della prenotazione. Può assumere i seguenti valori: A: classe A – ricovero entro 30 giorni; B: classe B – ricovero entro 60 giorni; C: classe C – ricovero entro 180 giorni; D: classe D – ricovero senza attesa massima definita, comunque entro 12 mesi; N: classe non assegnata	OSP
164-172	Importo calcolato dalla regione che riceve l'addebito	N	9	Importo calcolato dalla Regione che riceve l'addebito, associato a ERRO6=2	OSP

## MEDICINA DI BASE (FLUSSO B)

L'invio del record avviene a cessazione del periodo di assistenza per i periodi infra-annuali e comunque con una chiusura a fine anno per le assistenze che proseguono oltre l'anno. Perché un mese venga considerato in compensazione l'assistenza deve essere durata almeno 15 giorni. Questo vale per tutti i mesi.

### 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

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.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le prestazioni di medicina di base si intende la data di inizio assistenza).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

4= Utente assistito per tutti i dodici mesi dalla regione di residenza.

Accordo 8 maggio 2003 della Conferenza Stato-Regioni che stabilisce "l'azienda USL che riceve la richiesta provvede all'iscrizione temporanea solo previo accertamento dell'avvenuta cancellazione dell'assistito dagli elenchi dei medici di medicina generale o pediatri di libera scelta della USL di residenza..."

#### Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

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

Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione che riceve l'addebito.

#### Errori sulla chiave del record (ERR05)

La chiave che è costituita dai campi:

codice regione addebitante, codice ASL/Azienda, ID.

1= Record privo di chiave (Se uno dei campi componenti la chiave risulta essere non valorizzato)

2= Record doppio (quando un record ha la chiave duplicata)

3= Record ripetuto effettivo

L'errore deve essere segnalato quando:

- la stringa dei campi che identificano l'utente coincidono: cognome, nome, codice fiscale (la data di nascita a partire dai dati di attività del 2002) qualora i campi siano compilati in modo

formalmente corretto e non per campi compilati con blank;

- esiste una sovrapposizione tra i periodi di assistenza.

La segnalazione dei ripetuti effettivi deve essere riportata su tutti i record che sono stati identificati come tali.

#### Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale risulta essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni.

1= Importo non valorizzato come numerico

#### Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

2= Se il numero di mesi è maggiore del numero mesi calcolato tra la differenza della data cessazione assistenza e data inizio assistenza

L'algoritmo per il calcolo della quantità (mesi di assistenza) deve prevedere che se la data di inizio o fine assistenza è compresa nella prima quindicina di un mese (dal primo fino al quindicesimo giorno del mese compreso) tale data deve essere assunta pari al primo giorno del mese. Se la data di inizio o fine assistenza è compresa nella seconda quindicina di un mese (dal sedicesimo fino all'ultimo giorno del mese compreso) tale data deve essere assunta pari al primo giorno del mese successivo. In ogni caso si deve tenere conto che, affinché un mese venga considerato in compensazione, l'assistenza deve durare almeno 15 giorni, valutate le date effettive di inizio e fine assistenza.

Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Data inizio da utilizzare nell'algoritmo	Data fine da utilizzare nell'algoritmo	Mesi di assistenza
10.02.2000	15.07.2000	01.02.2000	01.07.2000	5
10.02.2000	16.07.2000	01.02.2000	01.08.2000	6
20.02.2000	15.07.2000	01.03.2000	01.07.2000	4
20.02.2000	16.07.2000	01.03.2000	01.08.2000	5
10.02.2000	15.02.2000	01.02.2000	01.02.2000	0
10.02.2000	16.02.2000	01.02.2000	01.03.2000	0

Poiché il campo Quantità prevede 3 caratteri anziché 2, il primo carattere deve essere sempre valorizzato a zero (0).

#### Errori sulla data della prestazione (ERR08)

La data della prestazione è da intendersi come la data di cessazione assistenza.

1= se data della prestazione assente o formalmente scorretta o relativa ad un anno diverso da quello di competenza.

**Tracciato record File "B"**  
**MEDICINA GENERALE**

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Nota	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Azienda sanitaria inviante	AN	3	Codice dell' azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-22	Codice medico erogatore	AN	16	Codice regionale o codice fiscale	FAC
23-52	Cognome dell'assistito	AN	30	Tutto maiuscolo	FAC
53-72	Nome dell'assistito	AN	20	Tutto maiuscolo	FAC
73-80	Data di nascita dell'assistito	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB
81	Sesso dell'assistito	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
82-88	Campo vuoto	AN	7	Riempire con il carattere "spazio"	
89-104	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
105-110	Provincia e comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del comune di residenza	OBB V
111-113	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
114-121	Data inizio assistenza	AN	8	Formato GGMMAAAA Per convenzione si stabilisce che questa data non dovrà essere inferiore al 1 Gennaio dell'anno di riferimento in caso contrario sarà assunta come tale.	OBB V
122-129	Data di cessazione assistenza	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
130-132	Quantità	N	3	Mensilità di assistenza addebitate	OBB V
133-140	Importo totale	N	8	Importo totale dell'addebito (mensilità di addebito moltiplicate per la quota mensile di addebito)	OBB V
141	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; 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; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo 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 iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
142	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4 = utente assistito per tutti i dodici mesi dalla regione o P.A. di residenza	
143	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	
144	ERR03	AN	1	Valorizzare sempre a 0	
145	ERR04	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
146	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata) 3 = record ripetuto effettivo	
147	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo non valorizzato numerico	
148	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico 2 = se il numero di mesi è maggiore del numero mesi calcolato tra la differenza della data cessazione assistenza e data inizio assistenza o data inizio assistenza non valorizzata	
149	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = data di cessazione assente o formalmente scorretta o non appartenente all'anno di competenza	
150	ERR09	AN	1	Valorizzare sempre a 0	
151	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
152-171	ID	AN	20	Identificativo record. Univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore	OBB V
172-174	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. = '3'

## SPECIALISTICA AMBULATORIALE (FLUSSO C)

Si considerano appartenenti al periodo di riferimento quelle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, ivi comprese quelle di pronto soccorso se non seguite da ricovero, che sono avvenute in una data compresa nel periodo e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel periodo. Nel caso le prestazioni di una stessa ricetta siano a cavallo fra la fine di un periodo e l'inizio di un altro, il periodo di appartenenza è determinato dalla data dell'ultima prestazione erogata.

Le prestazioni degli allegati 2A e 2B del DPCM 29 novembre 2001 sono escluse dalla compensazione della mobilità sanitaria.

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 C1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File C2: 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.

Con i dati di attività ogni Regione deve inviare un file che contiene il tariffario delle prestazioni ambulatoriali in vigore per l'anno di riferimento con il seguente tracciato:

1	Tipo Flusso	AN	1	Riportare la lettera "C" che identifica il flusso della Specialistica ambulatoriale
2-4	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito
5-11	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale con uso della punteggiatura per tutte le prestazioni ad esso riconducibili, secondo Nomenclatore Tariffario Regionale solo per quelle prestazioni che costituiscono integrazione
12-161	Descrizione prestazione	AN	150	Riportare la descrizione della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale per tutte le prestazioni ad esso riconducibili, secondo Nomenclatore Tariffario Regionale solo per quelle prestazioni che costituiscono integrazione
162-164	Quantità	N	3	001 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero di prestazioni previste in un ciclo
165-171	Tariffa	N	7	Tariffa della singola prestazione (nel caso di prestazione a ciclo riportare la tariffa della singola prestazione e non quella del ciclo); nel caso di variazione tariffaria nel corso dell'anno riportare la tariffa massima deliberata nell'anno di riferimento
172	Classe prestazione	AN	1	Classe della prestazione L = prestazioni escluse dal LEA A = prestazioni oggetto di accordo tra Regioni confinanti R = restanti prestazioni
173-174	Branca specialistica	AN	2	Branca specialistica

Il file contenente il tariffario delle prestazioni ambulatoriali deve essere denominato:

TAAC.rrr

dove:

T Tipo file T = Tariffario

AA Anno di competenza

rrr Regione inviante

Il mancato invio di questo file per il controllo tariffario può generare la contestazione dell'intero flusso.

Come indicato dalla Commissione Salute del 21 settembre 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, è, in ogni caso, obbligatorio inserire la data di nascita.

#### 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; rimane obbligatoria la compilazione del campo data di nascita

#### 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.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le prestazioni di specialistica ambulatoriale si intende la data della prestazione; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in date differenti si considera la minor data della ricetta).

#### 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 una sola prestazione 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 con codici esenzione 020 Infezione da HIV oppure B01 Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1 comma 4 le.B del D.Lgs 124/98):
- pazienti affetti da HIV con erogazione delle seguenti prestazioni:
  - 91.22.2= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi qualitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena)
  - 91.22.3= virus immunodef. Acquisita [HIV], analisi quantitativa di RNA (Previa reazione polimerasica a catena)
  - 91.22.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi
  - 91.22.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 1-2] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma)
  - 91.23.1= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi Immunoblotting (saggio di conferma)
  - 91.23.2= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] anticorpi anti antigene P24 (E.I.A.)
  - 91.23.3= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 (E.I.A.)
  - 91.23.4= virus immunodef. Acquisita [HIV 1] antigene P24 da colture

- linfocitarie(E.I.A.)
    - 91.23.5= virus immunodef. Acquisita [HIV 2] anticorpi immunoblotting (saggio di conferma)
    - eventuali codici regionali segnalati in fase di addebito
- pazienti affetto da dipendenza: in presenza di codice esenzione 014 Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool

#### Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

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

Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione che riceve l'addebito.

#### Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio

2= Codice prestazione assente o non previsto nel dominio

Per il 'codice prestazione' deve essere utilizzata la codifica del Nomenclatore nazionale ed è obbligatorio l'utilizzo della punteggiatura; i codici regionali devono essere utilizzati solo nel caso in cui essi costituiscono un'integrazione del Nomenclatore nazionale. In entrambi i casi è obbligatoria la compilazione del tipo di nomenclatore che, per i codici previsti dal D.M. del 22/07/1996 e successive modifiche sarà N, mentre per i codici regionali sarà il valore della codifica del Nomenclatore riportato nella tabella.

3= Prestazione esclusa dai LEA. Si riporta l'elenco minimo di prestazioni LEA dell'allegato 2A

Codice prestazione	Descrizione prestazione
93.31.1	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA
93.31.2	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA
93.31.3	IDROMASSOTERAPIA
93.33.1	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA
93.33.2	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA
93.34.1	DIATERMIA AD ONDE CORTE
93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE
93.35.4	IPERtermia NAS
93.39.3	PRESSOTERAPIA O PRESSO-DEPRESSOTERMIA INTERMITTENTE
93.43.1	TRAZIONE SCHELETRICA
99.27	IONOFRESI
99.29.7	MESOTERAPIA (esclusa antalgica)

#### Errori su tipo erogazione/ricetta (ERR04)

1= Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio (da segnalare sulla riga 99)

#### 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)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale della riga 99 risulta essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni per l'intero gruppo ricetta.

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

5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna regione (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 effettuazione della prestazione o per cicli la data di chiusura ciclo.

1= Data prestazione o di fine ciclo 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).

2= Data erogazione concomitante al periodo di ricovero (Ricovero Ordinario) esclusa Data ricovero e Data dimissione

#### Errori sulla ricetta (ERR09). DA ANNO COMPETENZA 2014

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

1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso (da segnalare su tutte le ricette con lo stesso numero).

**Tracciato record File "C"  
SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

**FILE C1 - 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	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB
13-28	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	FAC
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	FAC
79-94	Campo vuoto	AN	16	Riempire con spazi	
95-110	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	OBB
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB
120-125	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza	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. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V

**FILE C2 - 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	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB
13-28	Numero ricetta	AN	16	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 Nel caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare un numero progressivo univoco	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", "Codifica Nomenclatore", "Codice Prestazione" e "Codice Disciplina unità operativa erogatrice" Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
31-38	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo.	OBB V
39	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se si utilizzano codifiche regionali.	OBB V
40-46	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale o quello regionale. Nel caso si utilizzi la codifica nazionale indicare il codice comprensivo dei punti separatori	OBB V
47-49	Quantità	N	3	1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate	OBB V
50-51	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica per le ricette SSN (tipo erogazione S): 01=esente totale; 02=non esente	OBB
52-58	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si	OBB

*J2*

				riporta l'importo complessivo del ticket esclusa la quota di compartecipazione alla spesa per le regioni che hanno introdotto la manovra di Luglio 2011)	
59-66	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla 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.	OBB V
67	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; 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; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo 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 iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
68	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
69	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza non valorizzato o errato 2 = comune di residenza valorizzato ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	
70	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 3 = prestazione esclusa dai LEA	
71	ERR04 Errori sulla ricetta	AN	1	0 = nessun errore 1=Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio (da segnalare sulla riga 99)	
72	ERR05 Errori del record	AN	1	0= nessun errore 3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99') 4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'.	
73	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se l'importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5 = importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna Regione (solo sulle righe zn)	
74	ERR07 Errori su quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
75	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo 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) 2 = data di erogazione concomitante al periodo di ricovero (RO) esclusa data ricovero e data dimissione	
76	ERR09 Errori sulla ricetta (da competenza 2014)	AN	1	0 = nessun errore 1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso (da segnalare su tutte le ricette).	
77	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
78-97	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
98-100	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associate alla posizione contabile =3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.= '3'
101-102	Tipo erogazione	AN	2	Valori ammessi: A = Accesso diretto P = Pronto soccorso D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN Valorizzare sulla riga 99	OBB V

103-105	Codice disciplina unità operativa erogatrice	AN	3	Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline Per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso il codice della disciplina erogante non dovrà necessariamente essere il codice 51, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione. Per le discipline ospedaliere riportare il codice a due caratteri preceduto da uno 0; per le specialità non ospedaliere riportare il codice a tre caratteri. Valorizzare sulle righe zn	FAC
106	Classe di priorità della prenotazione	AN	1	Valori ammessi: U = Nel più breve tempo possibile, comunque, se differibile, entro 72 ore; B = Entro 10 giorni; D = Entro 30 (visite), entro 60 giorni (visite strumentali) P = Senza priorità Valorizzare sulla riga 99	FAC
107-112	Codice esenzione	AN	6	Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se tipo erogazione =S e posizione utente nei confronti del ticket 01 Valorizzare sulla riga 99	OBB
113	Tipo struttura	N	1	1= struttura pubblica 2= struttura privata Valorizzare su tutte le righe	OBB

## 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 21 settembre 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.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per la farmaceutica si intende la data di erogazione del farmaco; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in date differenti si considera la minor data della ricetta).

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 nella dipendenza 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
- per i preparati galenici la codifica: GAL

#### 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)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale della riga 99 risulta essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni per l'intero gruppo ricetta.

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 valorizzare i primi tre caratteri con il codice ISTAT ed i restanti tre con "000"	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. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	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 Il campo non deve essere compilato solo nei seguenti casi: ricettari degli stupefacenti, modello ex legge n. 12/2001 (analgesici oppiacei)	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". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice farmaco" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	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) GAL per i farmaci galenici IPO per i farmaci iposensibilizzanti	OBB V
48	Ticket	AN	1	0= Regione che non ha introdotto il Ticket 1= Regione che ha introdotto il Ticket	OBB
49-51	Quantità	N	3	Deve essere inserito il numero di pezzi prescritti per ricetta Il numero di pezzi prescritti per ricetta può essere al massimo di 2, tranne i seguenti casi: - esenzione per patologia per la quale il numero massimo di pezzi per ricetta è 3; - prescrizione di interferone o di antibiotici o soluzioni per flebotomi (multiprescrivibili) per le quali il numero massimo di pezzi per ricetta è 6; - prescrizioni di stupefacenti per i quali il numero di pezzi può essere maggiore di 6;	OBB

				- se codice specialità =ossigeno.	
52-53	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente	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	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; 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; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo 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 iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva segnalato eventualmente la contestazione.	OBB
70	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
71	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice provincia di residenza non valorizzato o errato 2 = provincia valorizzata ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	
72	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice farmaco assente o errato (non esistente su tabella relativa codice	
73	ERR04 Errori sulla ricetta	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
74	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
75	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo di vendita del farmaco (solo sulle righe zn)	
76	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn )	
77	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione del farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	
78	ERR09 Errore sulla ricetta	AN	1	0 = nessun errore 1= Ricetta duplicata con stesso numero e progressivo diverso.	
79	ERR10 Riservato ad usi futuri	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	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.= '3'
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 Valorizzare sulla riga 99.	OBB
105-110	Codice esenzione ticket	AN	6	Se campo posizione utente nei confronti del ticket = 01 Inserire codice esenzione come da tabella nazionale. Valorizzare sulla riga 99.	FAC

## ATTIVITA' CURE TERMALI (FLUSSO E)

Si considerano prestazioni appartenenti al periodo quelle che sono avvenute in una data compresa nell'anno, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nell'anno, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket).

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 E1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File E2: 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.

Il coordinamento del gruppo tecnico invierà annualmente una tabella per i controlli tariffari sulle prestazioni termali con il seguente tracciato:

1	Tipo Flusso	AN	1	Riportare la lettera "E" che identifica il flusso delle Cure Termali
2-8	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale
9-158	Descrizione prestazione	AN	150	Riportare la descrizione della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale
159-161	Quantità	N	3	001 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero di prestazioni previste in un ciclo
162-168	Tariffa	N	7	Tariffa della singola prestazione (nel caso di prestazione a ciclo riportare la tariffa della singola prestazione e non quella del ciclo); nel caso di variazione tariffaria per categorie di stabilimenti riportare la tariffa massima nell'anno di riferimento

La tabella conterrà anche i codici delle prestazioni non termali complementari ed accessorie che l'accordo nazionale consente di erogare agli assistiti INPS e INAIL.

### 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.

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.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per le cure termali si intende la

po

data di inizio cura).

3= Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria

#### Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

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

Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione che riceve l'addebito.

#### Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio

2= Codice prestazione assente o non previsto nel dominio

Per la compilazione del campo 'Codice prestazione' deve essere utilizzata la codifica del Nomenclatore nazionale ed è obbligatorio l'utilizzo della punteggiatura; è obbligatoria la compilazione del codice nomenclatore.

#### 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)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale della riga 99 risulti essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.
- Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni per l'intero gruppo ricetta.

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

5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa della prestazione (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 effettuazione della prestazione o per cicli la data di chiusura ciclo.

1= Data prestazione o di fine ciclo 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)

**Tracciato record File "E"**  
**CURE TERMALI**

**FILE E1 - 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. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB
13-28	Medico proscrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	FAC
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	FAC
79-94	Campo vuoto	AN	16	Riempire con spazi	
95-110	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	OBB
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB
120-125	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	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. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V

**FILE E2 - 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. USL/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Presidio erogatore	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1996 e DM 5/12/2006	OBB
13-17	Diagnosi	AN	5	Codifica ICD-9	OBB
18-33	Numero ricetta	AN	16	Nel caso in cui la tipologia della modulistica prescrittiva è: 01= ricetta unica SSN Riportare obbligatoriamente il codice a barre della ricetta. Il codice a barre è di 15 cifre, deve essere allineato a sinistra ed è composto da: Codice regione (numerico di 3) Anno (numerico di 2) Numero ricetta (numerico di 10: numerazione progressiva di 9 più una cifra contenente il carattere di controllo di parità del progressivo). Nel caso in cui tipo modulo <> 01 non compilare	OBB
34-35	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", "Codifica Nomenclatore" e "Codice Prestazione". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
36-43	Data termine cura	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
44	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale per le prestazioni accessorie INPS, INAIL che hanno un codice di specialistica ambulatoriale.	OBB V
45-51	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario nazionale; per le prestazioni esclusivamente termali usare le codifiche regionali previste in apposito documento	OBB V
52-54	Quantità	N	3	Numero effettivo di prestazioni effettuate nel ciclo	OBB V



55-56	Posizione del paziente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente 03 = esente con pagamento quota ricetta (quota euro 3,10)	OBB
57-63	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket)	OBB V
64-71	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla 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.	OBB V
72	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; 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; 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 iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva	OBB
73	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria	
74	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	
75	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn)	
76	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
77	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
78	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se l'importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa della prestazione (solo sulle righe zn)	
79	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn )	
80	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = data termine cura assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	
81	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
82	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
83-102	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
103-105	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.= '3'
106-107	Tipo modulo	AN	2	01= ricetta unica SSN; 02 = INAIL; 03 = INPS Valorizzare sulla riga 99	OBB V
108-115	Data inizio cura	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
116-121	Codice esenzione ticket	AN	6	Se campo posizione del paziente nei confronti del ticket = 01 o 03 Inserire codice esenzione come da tabella nazionale Valorizzare sulla riga 99	OBB

## FARMACI A SOMMINISTRAZIONE DIRETTA (FLUSSO F)

La legge 405 del 2001 e disposizioni normative successive, hanno consentito alle Regioni di attivare, per i farmaci che il paziente utilizza al proprio domicilio, modalità di distribuzione alternative all'acquisizione presso le farmacie convenzionate.

Per rendere omogenea a livello interregionale l'identificazione della casistica in esame si segnalano di seguito le diverse tipologie di prestazioni per le quali deve essere utilizzato il File "F" al fine del rimborso dei farmaci.

L'addebito da effettuare per la somministrazione diretta dei farmaci è dato dal costo effettivamente sostenuto dall'Azienda sanitaria erogante.

### EROGAZIONE DIRETTA

Ai sensi dell'art. 8 della legge 405/01 e dell'allegato 2 alla determinazione AIFA del 29/10/2004 (G.U. n.259 del 4/11/2004) sono compensabili tutti i farmaci a carico del S.S.N:

- consegnati al paziente in dimissione da ricovero o da visita specialistica;
- erogati a pazienti cronici o soggetti a controlli e/o presi in carico (PHT, piani terapeutici, ecc) e necessari al trattamento di pazienti seguiti da strutture territoriali, che vengono erogati direttamente per un consumo al domicilio;
- distribuiti "per conto" attraverso accordi con farmacie aperte al pubblico
  - tutti i farmaci erogati per i pazienti in assistenza domiciliare;
  - i farmaci erogati nelle residenze, semiresidenze e carcere
  - i farmaci forniti ai sensi dell'art. 1, comma 4 della l. 648/96, in erogazione diretta; la L. 648/96 consente di erogare a carico del SSR specialità innovative la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non in Italia, medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica e farmaci da impiegare per indicazioni terapeutiche diverse da quelle già autorizzate. Gli elenchi dei farmaci erogabili vengono periodicamente aggiornati dall'AIFA. Per i codici dei farmaci esteri l'anagrafica di riferimento è quella pubblicata dal Ministero della Salute nell'ambito della rilevazione NSIS-Distribuzione diretta o per conto.

Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, alcune delle principali tipologie di farmaci somministrati direttamente, oggetto di compensazione:

Farmaci erogati per la somministrazione al domicilio, con regime di rimborsabilità H e regime di fornitura OSP2, RR, RNR, RRL.

Si tratta di farmaci soggetti a prescrizione medica limitativa utilizzabili in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile o in ambito extraospedaliero secondo disposizioni regionali e che, , possono essere dispensati per trattamenti prolungati anche a domicilio.

Farmaci per i quali è prevista la duplice via di distribuzione da parte di strutture pubbliche e di farmacie aperte al pubblico.

Si tratta di farmaci indicati nel Prontuario della distribuzione diretta (PHT) di cui alla determinazione AIFA 29 ottobre 2004 e successive integrazioni.

Medicinali antitumorali per cui è previsto, ai sensi del comma 6 dell'art. 68 legge 23.12.1998 n° 448, il solo utilizzo domiciliare.

### FARMACI SOMMINISTRATI IN RICOVERO

Per i farmaci somministrati in regime di ricovero (Ordinario o Day Hospital) non può essere richiesto nessun rimborso.

Le sole eccezioni sono costituite da:

- Farmaci contenenti fattori della coagulazione, somministrati a pazienti emofilici o affetti da malattia emorragica congenita (vedi elenco allegato A);
- Farmaci ad elevato costo: Il gruppo dei farmacisti ha definito l'elenco dei farmaci



oncologici e la relativa tariffa che potranno, a decorrere dall'attività 2010, essere addebitati nel File F da ciascuna Regione (allegato B - Farmaci oncologici ad elevato costo) e i relativi criteri di addebito:

#### **Ricoveri:**

Potranno essere inviati in compensazione nel file F i farmaci in elenco utilizzati durante i DH per i DRG 409, 410 e 492; in tal caso la tariffa di tali DRG dovrà essere abbattuta del 90%. L'abbattimento deve essere applicato a tutti gli accessi.

#### **Specialistica:**

- Nel caso di farmaci appartenenti all'elenco:
  - le Regioni che hanno rimodulato la tariffa della prestazione specialistica dovranno abbatterla del 90% rendicontando in file F il farmaco utilizzato.
  - le Regioni che non hanno rimodulato la tariffa addebiteranno invece la prestazione specialistica a tariffa piena e il farmaco nel File F.
- Nel caso di farmaci non appartenenti all'elenco:
  - le Regioni che hanno rimodulato la tariffa della prestazione specialistica dovranno addebitarla a tariffa piena e non addebitare in file F il farmaco utilizzato.
  - le Regioni che non hanno rimodulato la tariffa addebiteranno invece la prestazione specialistica a tariffa piena e il farmaco nel File F.

#### **FARMACI UTILIZZATI IN REGIME AMBULATORIALE**

E' soggetta a compensazione interregionale la somministrazione di farmaci in occasione delle terapie ambulatoriali (se non compresi nella tariffa della prestazione). Sono compresi anche i prodotti (sangue ed emocomponenti) previsti dal D.M 5 novembre 1996 (vedi allegato C).

Al riguardo si precisa che, con decreto del Ministero della Salute 22 luglio 1996 sono state definite le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del S.S.N. e le relative tariffe di rimborso. Tali tariffe, quando espressamente specificato, comprendono anche il rimborso dei farmaci, altrimenti si riferiscono al solo atto medico. Inoltre, con nota ministeriale prot. n. 100/SCPS/21.4075 dell'1 aprile 1997 sono elencate le prestazioni ambulatoriali la cui tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato.

#### Terapie iposensibilizzanti e preparati galenici:

Nel File "F" in tutti i casi sopra indicati in caso di mancanza del codice MINSAN10 e se non indicato diversamente, per il campo "codice del farmaco" si utilizzano le seguenti codifiche:

- per l'ossigeno V03AN01 è il codice ATC di massimo dettaglio (sia liquido che gas) (indicazione contenuta nelle specifiche tracciati flusso NSIS riferito all'erogazione diretta, per conto)
- per i preparati iposensibilizzanti la codifica IPO
- per i preparati galenici la codifica: l'anagrafica di riferimento è quella pubblicata dal Ministero della Salute nell'ambito della rilevazione NSIS-Distribuzione diretta o per conto.

Allegato A - i farmaci contenenti fattori della coagulazione, somministrati a pazienti emofilici o affetti da malattia emorragica congenita. La Commissione Salute del 27/03/2013 ha confermato la tabella dell'anno 2011 considerando validi tuttavia tutti i codici MINSAN10, anche se non presenti nella tabella, corrispondenti ai codici ATC indicati nella tabella stessa, conseguenti all'immissione in commercio di nuove confezioni o nuovi dosaggi.

Codice ATC	Descrizione Principio attivo
B02BB01	Fibrinogeno
B02BD01	Complesso protrombinico FIX,FII,FX
B02BD02	Fattore VIII rDNA Octocog alfa
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione
B02BD03	Inibitore bypassante l'attivita' del fattore VIII
B02BD04	Fattore IX di coagulazione
B02BD05	Fattore VII di coagulazione
B02BD08	eptacog alfa (attivato)
B02BD09	Nonacog alfa
B05AA02	Altre frazioni proteiche plasmatiche

Allegato B - Farmaci oncologici ad elevato costo – Anno 2013

Principio attivo	Descrizione Principio attivo	Codice minsan	Nome commerciale	Prezzo massimo di cessione al SSN (aggiornamento 7 ott 2013)	Prezzo ex-factory I.V.A. esclusa (da Det AIC)
L01XC07	BEVAC1ZUMAB	036680027	AVASTIN 25MG/ML 1FL 4ML		321,85
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680015	AVASTIN 25MG/ML 1FL 16ML		1.289,00
L01XC06	CETUXIMAB	036584035	ERBITUX 5MG/ML IV FL 20ML	170,62	199,00
V10XX02	IBRITUMOMAB TIUXETANO	036311013	ZEVALIN 1,6MG/ML KIT IV 1FL		10.000,00
L01XC03	TRASTUZUMAB	034949014	HERCEPTIN 150MG IV 1 FL 150	577,97	640,41
L01XX32	BORTEZOMIB	036559019	VELCADE 1FL 3,5MG 10ML	1.006,65	1.300,00
L01BA04	PEMETREXED	036587018	ALIMTA IV 1 FL 500 MG	1.111,93	1.445,00
L01BA04	PEMETREXED	036587020	ALIMTA IV 1 FL 100 MG	222,39	289,00
L01XC02	RITUXIMAB	033315019	MABTHERA IV 2 FL 100 MG 10ML		555,19
L01XC02	RITUXIMAB	033315021	MABTHERA IV 1 FL 500 MG 50ML		1.387,72
L01BB07	NELARABINA	038116012	ATRIANCE 5MG/ML 6FL 50ML	1.983,60	2.320,00
L01XE09	TEMSIROLIMUS	038327019	TORISEL IV 30MG 1FL 1,8ML		986,00
L01XC05	PANITUMUMAB	038347035	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 20ML		1.700,00
L01XC05	PANITUMUMAB	038347011	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 5ML		425,00
L01DB01	doxorubicina cloridrato (pegilato)	033308014	CAELYX 2 MG/ML 10 ML 1FL	300,62	349,66
L01DB01	doxorubicina cloridrato (pegilato)	033308038	CAELYX 2 MG/ML 25 ML 1FL	751,55	874,15
L01BB04	cladribina	029005016	LEUSTATIN I.V. 7FL 10 ML 10MG		
L01DB01	doxorubicina cloridrato (liposomiale)	035189012	MYOCET*IV 2 SET/3 FLAC.50 MG		
L01XX08	pentostatina	028645012	NIPENT*IV 1 FL 10 MG		
L01CX01	trabectedina	038165015	YONDELIS 1FL 0,25MG		530,00
L01CX01	trabectedina	038165027	YONDELIS 1 FL 1MG		1.994,00
L01BC07	azacitidina	038996017	VIDAZA SC 1FL 100MG 25 MG/ML		354,00
L01XC04	Alemtuzumab	035274024	MABCAMPATH 3 FL 1ML 30 mg/ml		1.208,93
L01XC04	Alemtuzumab	035274012	MABCAMPATH 3 FL 3ML 10 mg/ml		1.208,93

L01BB06	Clofarabina	037409012	EVOLTRA 4 FL 20 ML 1 mg/ml		6.700,00
L01AD05	Fotemustina	029376011	MUPHORAN 1 FL 208 MG		
L03AX16	Plerixafor	039587011	MOZOBIL SC 1FL 24mg 20mg/ml	5.649,44	6.215,00
L01XX41	Eribulina	041021015	HALAVEN IV 1FL 2 ml 0,44mg/ml	348,37	400,00
L03AX15	Mifamurtide	039549011	MEPACT 1 FL 4MG	2.889,78	3.301,00
L01XC10	Ofatumumab	039826033	ARZERRA 1FL 1000mg/50ml	1.286,09	2.411,00
L01XC10	Ofatumumab	039826019	ARZERRA 3FL 100mg/5ml	385,67	723,00
L01XC11	Ipilimumab	041275013	YERVOY 1 FL 10 ML 5mg/ml	2.684,94	4.250,00
L01XC11	Ipilimumab	041275025	YERVOY 1 FL 40 ML 5mg/ml	10.739,75	17.000,00
L01XC12	Brentuximab vedotin	E01106010	ADCETRIS 50 MG 1 FL ( <i>Millenium USA</i> )		
L01XC12	Brentuximab vedotin	E01150010	ADCETRIS 1 FL 50 MG ( <i>Takeda UK</i> )		
L01CD04	Cabazitaxel	041013018	JEVTANA IV 1 FL 1,5ML 60MG	3.176,80	4.400,00
L01XC09	Catumaxomab	039223019	REMOVAB 1 SIR 10MCG+1 CAN		500,00
L01XC09	Catumaxomab	039223021	REMOVAB 1 SIR 50 MCG+1CAN		2.500,00

Allegato C - prodotti (sangue ed emocomponenti) previsti dal D.M 5 novembre 1996 e dell'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003

Codice	Descrizione accordo Stato/Regioni	Tariffa Euro
99736	Concentrato eritrocitario (280 ml +/- 20%)	153,00
99737	Concentrato eritrocitario da prelievo multicomponente	210,00
99739	Plasma fresco congelato (congelato entro sei ore dal prelievo) (250 ml +/- 20%)	20,00
99738	Unita di plasma da aferesi (non inferiore a 500 ml)	161,00
99745	Unità di plasma da prelievo multicomponente (non inferiore a 300 ml)	52,00
99741	Concentrato piastrinico da singola unita (0,6 x 10 elevato alla 11ª potenza piastrine)	23,00
99744	Concentrato piastrinico da pool di buffy coat (2,5*10 elevato alla 11ª potenza piastrine)	115,00
99742	Concentrato piastrinico da aferesi (3*10 elevato alla 11ª potenza piastrine)	438,00
99743	Concentrato piastrinico da prelievo multicomponente (2*10 elevato alla 11ª potenza piastrine)	288,00
99746	Concentrato granulocitario da aferesi (1*10 elevato alla 10ª potenza granulociti)	468,00
99722	Concentrato di cellule staminali da aferesi (incluso il conteggio delle cellule staminali in citofluorimetria)	640,00
99717	Crioprecipitato (contenuto minimo di fattore VIII pari a 100 UI)	37,00
99733	Procedura di autotrasfusione mediante predeposito e per singola unità	70,00
99716	Rimozione del buffy coat per unità	5,00
99754	Deleucocitazione mediante filtrazione in linea	40,00
99712	Deleucocitazione mediante filtrazione fuori linea (per ogni filtro impiegato)	50,00



Codice	Descrizione accordo Stato/Regioni	Tariffa Euro
99755	Procedura completa congelamento/scongelo cellule (eritrociti o piastrine)	280,00
99756	Criopreservazione cellule staminali da aferesi	510,00
99714	Lavaggio cellule manuale	41,00
99715	Lavaggio cellule con separatore	80,00
99718	In attivazione virale del plasma (250ml +/- 20%)	60,00
99713	Irradiazione	38,00

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 F1: archivio contenente le informazioni anagrafiche dell'utente.

File F2: 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 + presidio erogatore + ID + progressivo riga.

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

## ERRORI CONTESTABILI

### Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è indispensabile inserire il codice fiscale; cognome e nome

possono essere inseriti se disponibili, è, in ogni caso, obbligatorio inserire la data di nascita.

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.

L'unica eccezione è rappresentata da i 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.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per i farmaci a somministrazione diretta si intende la data erogazione del farmaco; in caso di ricette con più prestazioni effettuate in date differenti si considera la minor data della ricetta).

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 comune (o provincia per la distribuzione per conto) di residenza mancante o errato  
Il codice comune (o provincia per la distribuzione per conto) non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano.

2= Comune (o provincia per la distribuzione per conto) di residenza non appartenente a Regione che riceve l'addebito

Il codice comune (o provincia per la distribuzione per conto) di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla Regione che riceve l'addebito

#### Errori sulla prestazione (ERR03)

1= Codice farmaco non valorizzato o non esistente nelle tabelle (codice MINSAN10, prodotti D.M. 5-11-1996) oppure non valorizzati o non corretti i codici per i farmaci non registrati, i preparati galenici, le terapie iposensibilizzanti e l'ossigeno.

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

Ossigeno= V03AN01 è il codice ATC di massimo dettaglio (sia liquido che gas)

Vaccini iposensibilizzanti= IPO

Galenici/Esteri: il codice ATC di massimo dettaglio.

#### Errore sulla modalità di erogazione (ERR04). DA ANNO COMPETENZA 2014

1= Farmaco distribuito a seguito di dimissione da ricovero (modalità erogazione 01) o erogato in regime di ricovero somministrato ad emofilici e farmaci innovativi oncologici ed ematologici (modalità erogazione 07) senza Ricovero associato (con finestra temporale di 2 giorni prima e dopo la data dimissione).

2= Farmaco distribuito a seguito di visita specialistica (modalità erogazione 02) o farmaco somministrato in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco (modalità erogazione 08) senza Prestazione Ambulatoriale associata.

3= Farmaco somministrato durante il ricovero ordinario ma non facente parte degli allegati A (il controllo va effettuato escludendo le date di ammissione e dimissione)

#### 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)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

- Se il campo Importo totale della riga 99 risulti essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.

- • Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni per l'intero gruppo ricetta.

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 più Costo del servizio

5= Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo 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 o per cicli la data di chiusura ciclo

1= Data di erogazione o di fine ciclo 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).

**Tracciato record File "F"**  
**SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI**  
**FILE F1 - 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. USL/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-14	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 o STS 11, CODICI RIA 11 o codici farmacia	OBB V
15-30	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31-60	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	FAC
61-80	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	FAC
81-96	Campo vuoto	AN	16	Riempire con spazi	
97-112	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114-121	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB
122-127	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza dell'utente	OBB V
128-130	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
131-132	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. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBB V
133-152	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V

**FILE F2 - 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. USL/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-14	Presidio erogatore	AN	8	Codifica come Flussi ministeriali mod. HSP.11.BIS o HSP.11 o STS 11, CODICI RIA 11 o codici farmacia	OBB V
15-30	Numero ricetta	AN	16	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) compilando con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescrittiva è: ricetta unica SSN. Se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero del registro.	FAC
31-32	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". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice farmaco" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
33-40	Data erogazione del farmaco	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB V
41-49	Codice farmaco	AN	9	Riportare il codice del farmaco distribuito Codice Ministeriale MINSAN10 oppure altri valori ammessi: Ossigeno= V03AN01 Codifica vaccini iposensibilizzanti= IPO Codifica galenici: il codice ATC di massimo dettaglio Farmaci esteri: il codice ATC di massimo dettaglio	OBB V
50	Campo vuoto	AN	1	Per usi futuri	
51-53	Campo vuoto	N	3	Per usi futuri	

54-55	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Valori ammessi: 01: Non esente (assistito soggetto a ticket) 02: Esente per condizione 03: Esente per patologia 04: Esente per malattia rara 05: Prescrizione di farmaci di fascia C ad invalidi di guerra 09: Ticket non previsto (per le regioni che non prevedono ticket a carico per i propri assistiti) 00: Altro	OBB
56-62	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo del ticket complessivo)	OBB V
63-71	Campo vuoto	N	9	Per usi futuri	
72	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; 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; 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 iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
73	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 3 = Codice fiscale non presente nella banca dati Tessera Sanitaria 4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
74	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune (o provincia per la DPC) di residenza assente o errato 2 = comune (o provincia per la DPC) di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	
75	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice prestazione assente o errato (non esistente su tabella relativa codice MINSAN10 (con esclusione dei vaccini iposensibilizzanti, dei galenici ad ossigeno)	
76	ERR04 Errore modalità erogazione (Da competenza 2014)	AN	1	Valorizzare sempre a 0. 0 = nessun errore 1 = farmaco distribuito modalità erogazione 01 / 07 senza ricovero associato 2 = farmaco distribuito modalità erogazione 02 / 08 senza Prestazione ambulatoriale associata 3 = farmaco somministrato durante RO non compreso nell'allegato A e-B (esclusa data ricovero e data dimissione)	
77	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Riga 99 priva di record con progressivo riga da 01 a 98 4 = Riga zn senza riga 99	
78	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se Importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico I successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = Importo Totale della riga '99' maggiore dalla somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' più il Costo del servizio 5 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e costo del farmaco (solo sulle righe zn)	
79	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn )	
80	ERR08 Errori sulle date	AN	1	0 = nessun errore 1 = data erogazione farmaco assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn	
81	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
82	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0. 0 = nessun errore	
83-102	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 riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V



103-105	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.= '3'
106-107	Modalità di erogazione	AN	2	Valori ammessi: DISTRIB. DIRETTA 01 = dimissione da ricovero 02 = a seguito di visita specialistica 03 = diretta a cronici 04 = in assistenza domiciliare 05 = in assistenza residenziale e semiresidenziale PER CONTO 06 = erogazione per conto TIPOLOGIE SPECIFICHE MOBILITA' 07 = farmaci erogati in regime di ricovero somministrati ad emofiliaci e farmaci innovativi oncologici ed ematologici 08 = Farmaci somministrati in occasione di terapie ambulatoriali quando il costo della prestazione non è inclusivo del farmaco	OBB
108	Tipo medicinale	AN	1	Valori Ammessi: 1 = confezione con AIC 2 = formule magistrali e officinali 3 = esteri 4= Ossigeno liquido 5=Ossigeno gassoso 6=altri gas medicinali 7: emocomponenti Valorizzare sulle righe zn	OBB
109-114	Fattore di conversione	AN	6	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". Valorizzare sulle righe zn	OBB
115 - 129	Quantità	N	15	Indica il numero di pezzi, confezioni o unità posologiche con riferimento al farmaco (formato 000000000000,00)	OBB V
130 - 143	Importo totale	N	14	Importo ottenuto dalla 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 sommato il costo del servizio. Formato 00000000,00000	OBB V
144 - 150	Costo del servizio	N	7	Nel campo va riportato l'onere della distribuzione per conto per confezione di farmaco distribuito. Sulle righe zn si riporta l'onere del singolo farmaco, mentre nella riga 99 si riporta la somma delle righe precedenti o, il costo totale nel caso in cui il costo viene rilevato sull'intera ricetta.	OBB

## TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCORSO (FLUSSO G)

Le prestazioni riguardano trasporti in elisoccorso e con ambulanza. Se il trasporto di un assistito ha coinvolto l'utilizzo di più mezzi in successione, si dovranno produrre tanti record quanti sono stati i mezzi utilizzati.

Con i dati di attività ogni Regione deve inviare, contestualmente al provvedimento regionale in vigore per l'anno di compensazione, un file che contiene il tariffario dei trasporti (ambulanza, idroambulanza, elisoccorso) con il seguente tracciato:

1	Tipo Flusso	AN	1	Riportare la lettera "G" che identifica il flusso dei Trasporti
2-4	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito
5	Tipologia di soccorso	AN	1	A = ambulanza E = elisoccorso I = idroambulanza
6-7	Tipologia tariffa	AN	2	Codice tipologia della tariffa 1=tariffa fissa, 2=tariffa a minuti, 3=tariffa a chilometri, 4=tariffa mista
8-14	Tariffa	N	7	Riportare la singola tariffa unitaria valida per ogni tipologia; nel caso di variazione tariffaria nel corso dell'anno riportare la tariffa massima deliberata per l'anno di riferimento

Il file contenente il tariffario dei Trasporti deve essere denominato:

GAAC.rrr

dove:

G Tipo file G = Tariffario Trasporti

AA Anno di competenza

rrr Regione inviante

Il mancato invio di questo file per il controllo tariffario può generare la contestazione dell'intero flusso.

### ERRORI CONTESTABILI

#### Errori anagrafici (ERR01).

Per l'individuazione dell'utente è sufficiente, in ordine di preferenza, uno dei seguenti identificativi: codice fiscale; cognome, nome e data di nascita.

#### 1= Identificativo utente assente o errato

Per identificativo utente assente si intende la mancanza del codice fiscale e dell'identificativo cognome, nome e data di nascita. Per identificativo errato si intende il codice fiscale formalmente non corretto, il cognome e nome che non ne abbiano le caratteristiche, la data di nascita formalmente scorretta. Il cognome deve essere separato dal nome secondo quanto prescrivono i tracciati record. Questo tipo di errore indica che tutti gli identificativi sono formalmente scorretti.

#### 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.

Un ulteriore problema legato alle anagrafi è dato dai cambiamenti di residenza in corso d'anno. Per non alimentare il contenzioso legato alla residenza, si stabilisce che la residenza dell'assistito dovrà essere verificata alla data di erogazione della prestazione (per i trasporti con ambulanza ed elisoccorso si intende la data di effettuazione della prestazione).

#### Errori sulla residenza (ERR02)

1= Codice comune di residenza mancante o errato

Il codice comune non è un codice ISTAT a 6 cifre di un comune italiano

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

Il codice comune di residenza è riferito a un Comune che non appartiene alla regione che riceve l'addebito.

#### Errori sulla tipologia di soccorso (ERR03)

1= Codice tipologia di soccorso assente o non previsto nel dominio

#### Errori sulla chiave del record (ERR05).

La chiave è costituita dai campi: codice regione addebitante, codice ASL/Azienda, ID.

1= Record privo di chiave. (Se uno dei campi componenti la chiave risulta essere non valorizzato)

2= Record doppio. Si riscontra quando un record ha la chiave duplicata

#### Errori sulla determinazione dell'importo (ERR06)

Per quanto riguarda il campo Importo si devono tenere presente le seguenti considerazioni:

Se il campo Importo totale risulta essere negativo dovrà essere inviato uguale a zero e comunque come tale dovrà essere considerato dalla Regione ricevente anche nel conteggio degli importi inviati nei vari modelli H, C e D.

Se il campo Importo totale risulta essere uguale a zero non si effettuano contestazioni.

1= Importo totale non valorizzato come numerico

2= Importo ticket non valorizzato come numerico

3= Importo totale non valorizzato come numerico e importo ticket non valorizzato come numerico

4 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa.

#### Errori sulla quantità (ERR07)

1= Quantità non valorizzata o non numerica.

#### Errori sulla data della prestazione (ERR08).

La data della prestazione è da intendersi come la data di effettuazione della prestazione.

1= Data prestazione assente o errata o non appartenente all'anno di competenza.

105

**Tracciato record File "G"**  
**TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCORSO**

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBV V
4-6	Az. USL/Az. Osp. Inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBV V
7-14	Codice struttura erogatrice	AN	8	Codice regionale struttura erogatrice	FAC
15-30	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
31-60	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	OIU V
61-80	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	OIU V
81-96	Campo vuoto	AN	16	Riempire con spazi	
97-112	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OIU V
113	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	FAC
114-121	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OIU V
122-127	Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT a sei cifre del Comune di residenza dell'utente	OBV V
128-130	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
131-146	Numero registro	AN	16		FAC
147-148	Tipologia tariffa	AN	2	Codice tipologia della tariffa 1=tariffa fissa, 2=tariffa a minuti, 3=tariffa a chilometri, 4=tariffa mista	OBV
149-156	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni.	OBV V
157	Tipologia di soccorso	AN	1	A = ambulanza E = elisoccorso I = idroambulanza	OBV V
158-164	Campo vuoto	AN	7		
165-167	Quantità	N	3	0 di default 1 = tariffa per singolo intervento Minuti di intervento o Kilometri percorsi	OBV V
168-169	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica: 01=esente totale; 02=non esente; 03=pagamento quota ricetta.	OBV
170-176	Importo ticket	N	7	Importo ticket complessivo	OBV V
177-184	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. In questo campo si deve riportare la differenza tra il costo delle prestazioni ed il ticket pagato dal paziente.	OBV V
185	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; 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; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo 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 iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBV
186	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti	
187	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente o errato 2 = comune di residenza non appartenente a regione che riceve l'addebito	
188	ERR03 Errori sulla tipologia di soccorso	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice tipologia di soccorso assente o non previsto nel dominio	
189	ERR04 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
190	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 1 = record privo di chiave 2 = record doppio (la chiave del record è duplicata)	
191	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	Da segnalare solo se importo maggiore di zero 0 = nessun errore 1 = importo totale non valorizzato come numerico. 2 = Importo Ticket non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale ed importo ticket non valorizzati come numerici 4 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa.	
192	ERR07 Errori su Quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico	
193	ERR08 Errori sulle date	AN	1	0 = nessun errore 1 = data effettuazione prestazione assente o errata o non appartenente all'anno di competenza	
194	ERR09 Riservato usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	

106

195	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	0 = nessun errore	
196-215	ID	AN	20		OBB V
216-218	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associate alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab.= '3'

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

SPECIFICHE FUNZIONALI  
DEI TRACCIATI

**Flusso informativo delle prestazioni  
farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta  
o per conto**  
*(DM 31 luglio 2007 e successive modifiche e integrazioni)*

**Agosto 2013**

**Versione 6.7**

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

**Indice**

<b>1.</b>	<b>Introduzione .....</b>	<b>4</b>
1.1	Storia del documento .....	4
1.2	Obiettivi del documento .....	9
1.3	Definizioni .....	9
1.4	Riferimenti .....	9
1.5	Ambito di rilevazione dei flussi informativi per la distribuzione diretta .....	10
<b>2.</b>	<b>Informazioni Funzionali relative ai Tracciati .....</b>	<b>11</b>
2.1	Le Dimensioni .....	11
2.2	I tracciati .....	13
2.3	Assunzioni di Base .....	13
2.4	Tempi e modalità di invio .....	13
<b>3.</b>	<b>Descrizione funzionale dei Tracciati Record .....</b>	<b>14</b>
3.1	Formato File .....	14
3.2	Tipo di Dati .....	14
3.3	Avvertenze Generali per la Valorizzazione dei campi .....	14
<b>4.</b>	<b>Descrizione funzionale dei campi .....</b>	<b>15</b>
4.1.1	Fase 1 .....	15
4.1.2	Fase 2 .....	17
4.1.3	Fase 3 .....	21
4.1.3.1	Casi di omissione dei dati relativi a prescrittore, contatto e assistito .....	30
<b>5.</b>	<b>Tracciati XML .....</b>	<b>31</b>
5.1	Controlli, validazione e invio file .....	31
5.2	Rettifica dei dati trasmessi .....	32
<b>6.</b>	<b>Tracciato 1 - Fase uno .....</b>	<b>33</b>
6.1	Tracciato XML .....	33
6.2	Tracciato XSD .....	34
<b>7.</b>	<b>Tracciato 2- Fase 2 .....</b>	<b>37</b>
7.1.1	Tracciato XML .....	37
7.2	Cancellazione Massiva .....	38
7.2.1	Cancellazione Massiva Specificando il Periodo (tutte le Aziende Sanitarie Locali, tutti i canali di erogazione) .....	38

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

7.2.2	Cancellazione Massiva Specificando Periodo e Azienda Sanitaria Locale(tutti i canali di erogazione) .....	38
7.2.3	Cancellazione Massiva Specificando Periodo, Azienda Sanitaria Locale e canale di erogazione.....	38
7.3	Tracciato XSD .....	39
<b>8.</b>	<b>Tracciato 3- Fase tre .....</b>	<b>44</b>
8.1	Tracciato XML.....	44
8.2	Cancellazione Massiva.....	45
8.2.1	Cancellazione Massiva Specificando il Periodo (tutte le Aziende Sanitarie Locali, tutti i canali di erogazione) .....	45
8.2.2	Cancellazione Massiva Specificando Periodo e Azienda Sanitaria Locale(tutti i canali di erogazione) .....	45
8.2.3	Cancellazione Massiva Specificando Periodo ,Azienda Sanitaria Locale e Canale di erogazione.....	45
8.3	Tracciato XSD .....	46
<b>9.</b>	<b>Allegati .....</b>	<b>57</b>
9.1	Allegato A.....	57
9.2	Allegato B.....	58
9.3	Allegato C.....	58
9.4	Allegato D.....	59
9.5	Allegato E.....	59
9.6	Allegato F.....	60
9.7	Allegato G.....	67
9.8	Allegato H.....	68



Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

## 1. Introduzione

### 1.1 Storia del documento

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
1.0	Aprile 2007	
2.0	Novembre 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modifiche ai tempi di invio (par. 2.4)</li> <li>▪ Tracciato 1           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'attributo costo servizio è ora required e modificato il formato da 4,2 a 7,2 ( par. 4.3)</li> </ul> </li> <li>▪ Tracciato 2           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'attributo costo servizio è ora required</li> <li>○ Corretto l'attributo cod_f (codice farmaco) che aveva nel pattern l'attributo "id" ; sostituito con dall'attributo "value" ( par. 3.6 e 4.4)</li> </ul> </li> <li>▪ Tracciato 3           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'attributo costo servizio è ora required</li> <li>○ l'attributo costo acquisto è ora required</li> <li>○ tipo prescrittore passa da due cifre a enumeration di un carattere</li> <li>○ eliminato l'attributo "posizione utente" tipo esenzione ha un nuovo tipo di enumerazione</li> <li>○ è stata aggiunta la data prescrizione</li> <li>○ inserito il nuovo tipo erogatore 05 - Istituti penitenziari</li> <li>○ Modificata la lunghezza dell'attributo targatura da 7 a 9 ( par. 3.7 e 4.5)</li> </ul> </li> <li>▪ Tracciati 2 e 3           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ aggiunto il campo "fattore di conversione"</li> <li>○ Introduzione del tipo medicinale 4 e tipo medicinale 5, che si riferiscono rispettivamente all'ossigeno liquido e all'ossigeno gassoso</li> </ul> </li> </ul>
2.2	Gennaio 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tracciato 1           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'attributo costo servizio e costo d'acquisto sono ora obbligatori(required) ( par. 4.3)</li> </ul> </li> <li>▪ Tracciato 2           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'attributo costo servizio e costo d'acquisto sono ora obbligatori(required) ( par. 4.4)</li> </ul> </li> <li>▪ Tracciato 3           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'attributo costo servizio e costo d'acquisto sono ora obbligatori(required) ( par. 4.5)</li> </ul> </li> </ul>
2.3	Luglio 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tracciato 2           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'attributo costo d'acquisto prevede ora la possibilità di inviare</li> </ul> </li> </ul>

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
		<p>dati con precisione fino alla quinta cifra decimale( par. 4.4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tracciato 3           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ l'attributo costo d'acquisto prevede ora la possibilità di inviare dati con precisione fino alla quinta cifra decimale( par. 4.5)</li> </ul> </li> </ul>
2.4	Agosto 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tracciato 3           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'attributo codice farmaco accetta codici alfanumerici con lunghezza da 1 a 9 caratteri</li> <li>○ Non sono più obbligatori secondo i controlli XSD gli attributi relativi agli elementi prescrittore, prescrizione e assistito, ad eccezione dell'attributo relativo al tipo di canale di distribuzione( par. 4.5)</li> <li>○ Per l'attributo tipo farmaco, il codice 5 ora indica, oltre all'ossigeno gassoso, anche altri gas medicinali</li> </ul> </li> </ul>
2.5	Settembre 2008	<p>Le modifiche apportate in questa versione sono state introdotte a seguito dell'incontro avvenuto il 10 settembre 2008 presso il Ministero della Salute - Dipartimento della qualità - Direzione Generale del Sistema Informativo avente come oggetto: "Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto ai sensi del DM 31 luglio 2007 e flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tracciato 2 (par. 4.4)           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aggiunto nel tracciato il tipo medicinale 6 = altri gas medicinali. Il totale delle tipologie di medicinali è quindi pari a 6.</li> <li>○ Aggiunti i campi facoltativo quantità e fattore di conversione. Il fattore di conversione accetta valori compresi tra 1 e 999999</li> </ul> </li> <li>▪ Tracciato 3 (par. 4.5)           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aggiunto il campo "tipo_str" opzionale all'elemento "EROGATORE".</li> <li>○ Aggiunto l'attributo opzionale "costo_srv_ric" all'elemento prescrizione.</li> <li>○ Eliminata l'obbligatorietà dell'attributo "costo_srv".</li> <li>○ Modificato l'attributo "qta" per accettare valori decimali fino al limite di 999999.99</li> <li>○ Modificato l'attributo "fatt_conv": ora accetta valori interi compresi tra 1 e 999999.</li> <li>○ Il campo tipo medicinale prevede 6 tipologie possibili.</li> </ul> </li> <li>▪ Tabelle di descrizione funzionale dei campi dei tre tracciati (par. 3.4.1/3.4.2/3.4.3)           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aggiunta la mappatura dei campi con l'XML</li> <li>○ Aggiornate le descrizioni di alcuni campi.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Allegato E (par. 5.5)           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aggiunta una nuova tipologia alla tabella dei tipi di esenzione.</li> </ul> </li> </ul>

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
2.6	Dicembre 2008	<p>Le modifiche apportate in questa versione sono state introdotte recependo alcune delle osservazioni del GdL.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aggiornate le descrizioni e le lunghezze di alcuni campi dei tracciati fase 2 e fase 3</li> <li>▪ eliminato limite minimo di dettaglio della codifica ATC</li> <li>▪ aggiunta una nuova tipologia di erogatore: ASL con valore del tipo erogatore 06 (allegato B)</li> <li>▪ Tracciati 1,2,3 (par. 4.3-4.4-4.5)</li> </ul> <p>Il campo costo di acquisto diventa lungo 14 caratteri, ad indicare cifre con massimo 8 interi e 5 decimali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La lunghezza del campo identificativo assistito aumenta da 20 a 24</li> </ul>
3.0	Aprile 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le modifiche apportate in questa versione sono state introdotte recependo alcune delle osservazioni del GdL.</li> <li>▪ Aggiornato dominio del campo "Tipo prescrittore" (Aggiunti due nuovi codici: Medico Inail "I" e Altro-Tirocinanti "X", allegato D)</li> <li>▪ Reso facoltativo ATC per tutti i medicinali non dotati di AIC diversi da ossigeno gassoso e altri gas medicinali.</li> <li>▪ Specificati gli ATC concordati per Ossigeno e Gas medicinali</li> <li>▪ Corretta lunghezza del campo "Costo del servizio" (Tracciato fase 3)</li> <li>▪ Inserito un nuovo codice nel dominio del campo "Tipo struttura erogante (Centro di salute mentale, codice "05" allegato G)</li> <li>▪ Modificata descrizione campo "ASL di residenza" e "Stato estero di residenza" del Tracciato fase 3</li> <li>▪ Integrata definizione campo "Costo d'acquisto" (tracciati fase 2 e 3)</li> <li>▪ Corretta lunghezza campo "codice esenzione" (tracciato fase 3)</li> <li>▪ Corretta lunghezza campo "costo del servizio" (tracciato fase 3)</li> <li>▪ Modificati descrizione e dominio campo "tipo erogazione": sostituito "alla dimissione da visita specialistica" con "a seguito di visita specialistica". (Allegato C).</li> <li>▪ Predisposta tabella di transcodifica codici stati esteri ISO Alpha2 (Allegato F) - codici ISTAT.</li> <li>▪ Predisposta tabella codici esenzione (Allegato H)</li> <li>▪ Inserito nuovo valore nella tabella tipologia prescrittore (allegato D)</li> </ul>
3.1	Giugno 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modifica descrizione e dominio dei campi "Quantità" e "Costo d'acquisto" per la gestione dei resi (Tracciati Fase</li> </ul>

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
		<p>2 e Fase 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modificato XSD per la rilevazione delle quantità e del costo d'acquisto con valore negativo</li> </ul>
4.0	Settembre 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aggiunti Tipo Medicinale, Codice Medicinale, Targatura alla chiave del record</li> <li>Id Contattato e Targatura diventano campi obbligatori in caso i valori non siano disponibile inserire 0</li> <li>Modificato l'XSD per rendere obbligatori Id contatto e Targatura</li> </ul>
4.1	Ottobre 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rettifica Tabella Codici ISO degli stati esteri (Allegato F)</li> </ul>
4.2	Novembre 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rettifica per XSD del tracciato 2 e del tracciato 3 (<i>in linea a partire dal 1.12.2009</i>)</li> </ul>
5.0	Novembre 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allineamento dell'obbligatorietà del campo tipo_ero nel XSD del tracciato fase 3 con quanto indicato nelle tabelle di descrizione funzionale dei campi</li> <li>Estensione della lunghezza campo "ID contatto" (portato a 20 caratteri) (<i>in linea a partire dal 1.12.2009</i>)</li> <li>Integrazione della descrizione funzionale del campo "Codice medicinale" con riferimento ai codici ATC oggi disponibili per i gas medicinali diversi dall'ossigeno (<i>in linea a partire dal 1.12.2009</i>)</li> <li>Obbligatorietà del campo "data erogazione" per il tracciato fase 3 (<i>in linea a partire dal 1.12.2009</i>)</li> </ul>
5.1	Dicembre 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rettificato XSD tracciato 3 per l'ID contatto</li> <li>Modificato campo quantità "qta": esteso a 12 cifre intere e due decimali per il tracciato 2 ed il tracciato 3</li> <li>Rettificato XSD dei tracciati Fase 2 e Fase 3 per recepire l'eliminazione del vincolo di coerenza dei segni per i campi "Quantità", "Costo di acquisto" "Costo del servizio" e modificati gli schemi XSD per tracciato Fase 2 e Fase 3.</li> </ul>
6.0	Marzo 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Semplificata la modalità di alimentazione del campo "Codice struttura erogante": per i codici struttura 01 è ammessa la possibilità di alimentare il campo con le ultime due cifre pari a "00".</li> <li>Rettificate le informazioni di dominio dei campi "costo del servizio", "costo d'acquisto" e "quantità" con riferimento al tracciato Fase 3.</li> <li>Previsto vincolo di coerenza dei segni sui campi "Costo di acquisto", "Costo del servizio" e "Quantità" nel caso di "Id contatto" alimentato con valore diverso da "0".</li> <li>Modificate le descrizioni dei campi "Codice medicinale", "Quantità" e "Fattore di conversione".</li> </ul>

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
6.1	Maggio 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Modificata descrizione campo "ASL di residenza"</li><li>▪ Modificata descrizione campo "Codice Medicinale" per Tracciato 2 e Tracciato 3.</li></ul>
6.2	Dicembre 2010	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aggiunti gli ATC dei gas medicinali (medicinali di tipo 6) "Protossido di Azoto" e "Zolfo Esafloruro".</li></ul>
6.3	Settembre 2011	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aggiunti ATC dei Gas medicinali (medicinali di tipo 6) Farmaci produttori di anidride carbonica, Aria medicale, Ossido nitrico.</li></ul>
6.4	Novembre 2011	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aggiunta la cancellazione massiva per Tracciato-Fase2 e Tracciato-Fase3</li></ul>
6.5	Giugno 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>• Modifica dei valori ammessi per il campo codice medicinale, per tipo medicinale "2" o "3" inseriti il codice Farmaco Estero, codice Farmaco Galenico di massimo dettaglio disponibile.</li><li>• Aggiunto a tracciato di cancellazione massiva il canale di erogazione.</li></ul>
6.6	Ottobre 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aggiunta la possibilità di omettere i dati relativi a prescrittore, contatto e assistito per la tipologia di erogazione "04 - in assistenza domiciliare"</li><li>• Introdotto il controllo sulla data di nascita dell'assistito, che non deve contenere mese e giorno diversi dal valore "01" nei casi di assistito non anomimo.</li></ul>
6.7	Agosto 2013	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aggiunta del canale di erogazione "R - Rimborso Extra Tariffa", se l'erogazione viene effettuata da una struttura non direttamente gestita dal SSN e successivamente rimborsata dal SSN.</li></ul>

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

## 1.2 Obiettivi del documento

Il presente documento definisce le caratteristiche tecniche dei flussi informativi per la costituzione della Banca dati per il monitoraggio della distribuzione diretta o per conto dei medicinali. Tale flusso è finalizzato alla raccolta dei dati sui medicinali dispensati tramite le strutture sanitarie agli assistiti per la somministrazione al proprio domicilio.

In particolare, vengono illustrati la struttura e la sintassi dei tracciati previsti.

In sintesi gli obiettivi del documento sono:

- fornire una descrizione funzionale chiara e consistente dei singoli campi del tracciato;
- descrivere le regole funzionali per la valorizzazione dei singoli campi.

## 1.3 Definizioni

Nella tabella riportata di seguito sono elencati tutti gli acronimi e le definizioni adottate nel presente documento.

#	Acronimo / Riferimento	Definizione
1	AIC	Autorizzazione Immissione in Commercio
2	AO	Azienda ospedaliera
3	AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
4	ATC	Classificazione Anatomica, Terapeutica, Clinica.
5	IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
6	NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
7	XML	eXtensible Markup Language
8	XSD	XML Schema Definition

## 1.4 Riferimenti

#	Riferimento	Descrizione
1	Nucleo Informativo per la rilevazione delle prestazioni farmaceutiche - Versione 3.0	"Nucleo Informativo per la rilevazione delle prestazioni farmaceutiche" prodotto dal Mattone Prestazioni farmaceutiche, contenente il set informativo ritenuto necessario alla rilevazione della distribuzione diretta.

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

### 1.5 *Ambito di rilevazione dei flussi informativi per la distribuzione diretta*

Oggetto di rilevazione del flusso sono le informazioni relative alle prestazioni farmaceutiche, destinate al consumo al domicilio, erogate:

- alla dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo;
- ai pazienti cronici soggetti a piani terapeutici o presi in carico;
- ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale;
- da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende sanitarie locali.

La rilevazione si applica a tutti i medicinali erogati in relazione ad un singolo evento sanitario, indipendentemente dalla classe di erogazione a carico del SSN e dal regime di fornitura.

In particolare a:

- tutti i medicinali per uso umano dotati di codice di autorizzazione all'immissione in commercio, ai sensi dell'articolo 6 del Decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni ed integrazioni;
- i medicinali preparati in farmacia in base ad una prescrizione medica destinata ad un determinato paziente, detti «formule magistrali», disciplinati dall'articolo 5 del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94;
- i medicinali preparati in farmacia in base alle indicazioni della Farmacopea europea o delle Farmacopee nazionali in vigore negli Stati membri dell'Unione europea, detti «formule officinali», e destinati ad essere forniti direttamente ai pazienti serviti da tale farmacia;
- i medicinali esteri non autorizzati all'immissione in commercio in Italia, utilizzati ai sensi del Decreto del Ministero della salute 11 febbraio 1997.

I medicinali esteri non registrati in Italia, le formule magistrali ed officinali e i gas medicinali non dotati di AIC possono essere identificati attraverso il codice Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), di massimo dettaglio disponibile.

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

## 2. Informazioni Funzionali relative ai Tracciati

### 2.1 Le Dimensioni

Di seguito riportate le entità concettuali identificate:

Dimensioni Nucleo Minimo	Descrizione Dimensione
A: Cittadino	È necessario per ricondurre al singolo individuo le informazioni relative alle prestazioni ricevute dal SSN.
B: Prescrittore	È necessario per mantenere un collegamento tra prestazione erogata e soggetto che l'ha richiesta.
C: Prestazione farmaceutica	È necessario per definire le prestazioni farmaceutiche erogate sul territorio nazionale.
D: Erogatore	È necessario per ricondurre ogni prestazione a chi la eroga o la dispensa

Dimensione A	Esigenza Informativa	Nome Campo
Cittadino	Ricondurre allo stesso individuo le informazioni	Identificativo Assisitito
	Analisi territoriale della domanda	Cittadinanza
		Asl di residenza
		Stato estero di residenza
		Codice istituzione competente
	Analisi statistica della domanda per età e sesso	Data di nascita
		Genere
	Informazioni di tipo economico	Tipo di esenzione
Codice esenzione		



Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Dimensione B	Esigenza Informativa	Nome Campo
Prescrittore	Collegare la domanda a chi la genera	Tipo Prescrittore
		Codice prescrittore

Dimensione C	Esigenza Informativa	Nome Campo
Prestazione	Identificazione univoca dell'evento sanitario	Data di erogazione
		Tipo contatto
		Identificativo contatto
		Data prescrizione
	Identificazione univoca della prestazione erogata	Codice medicinale
		Tipo medicinale
		Targatura
		Quantità

Dimensione D	Esigenza Informativa	Nome Campo
Erogatore	Identificazione univoca dell'erogatore	Regione Erogante
		Codice azienda sanitaria erogante
		Codice struttura erogante
		Tipo erogatore
		Tipo struttura erogante

I tracciati record riportati nei paragrafi successivi sono stati elaborati sulla base del contenuto informativo proposto dal Mattone Prestazioni farmaceutiche e descritti nel documento "Nucleo informativo per la rilevazione della prestazioni farmaceutiche" cui si rinvia.

## Specifiche Funzionali dei tracciati

---

### 2.2 I tracciati

Sono previste tre tipologie di tracciato, uno per ogni fase di attuazione, di seguito descritte.

### 2.3 Assunzioni di Base

1. **L'invio dei file viene effettuato tramite un tracciato XML.**

L'XML è un insieme di regole per formulare dei file in formato testo che permettono di strutturare i dati. L'XML rende facile la generazione di dati tramite un computer, la lettura dei dati e il controllo sulla struttura in modo che non sia ambigua; è estensibile, indipendente dalla piattaforma e supporta i parametri internazionali e locali. Inoltre è pienamente compatibile con gli standard Unicode.

2. **Per ogni tracciato XML, sarà fornito il relativo documento XSD di convalida a cui far riferimento; questo consentirà la lettura dei dati secondo uno specifico tracciato.**

L'XSD è il linguaggio che specifica le caratteristiche del tipo di documento attraverso una serie di "regole grammaticali". In particolare definisce l'insieme degli elementi del documento XML, le relazioni gerarchiche tra gli elementi, l'ordine di apparizione nel documento XML e quali elementi e quali attributi sono opzionali o meno.

Ulteriori assunzioni di base che riguardano i singoli tracciati verranno enunciate nella descrizione dei tracciati stessi.

### 2.4 Tempi e modalità di invio

Sono previste tre possibili fasi di attuazione, coerenti con le indicazioni del documento "MDS\_MATTONI\_SSN\_M10\_Nucleo informativo\_V.3.0.doc" :

- I fase: Acquisizione della spesa regionale aggregata per azienda sanitaria e canale di distribuzione;
- II fase: Acquisizione della spesa regionale aggregata per azienda sanitaria, canale di distribuzione e tipologia di medicinale.
- III fase: Acquisizione delle informazioni relative a quantità e spesa per singola prestazione e singolo assistito.

Per le fasi II e III le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano inviano i dati con frequenza mensile entro quindici giorni dalla fine di ciascun mese. Le rettifiche o le integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate al più tardi entro due mesi successivi al mese di riferimento. La trasmissione dei dati è effettuata esclusivamente in modalità elettronica.

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

### 3. Descrizione funzionale dei Tracciati Record

#### 3.1 *Formato File*

I file da inviare al Ministero della Salute- Dipartimento della qualità - Direzione Generale del Sistema Informativo sono in formato XML versione 1.0. Lo schema XSD per ogni tipo di flusso è presente nel capitolo Allegati.

I file che non rispettano le caratteristiche del XSD saranno scartati dal sistema.

#### 3.2 *Tipo di Dati*

Il tracciato XML sarà formato dai seguenti componenti:

- "ELEMENT" che possono contenere a loro volta altri Element o valori espliciti (non codificati)
- "ELEMENT" con attributi, il cui valore, in genere, appartiene a un insieme già predefinito.

#### 3.3 *Avvertenze Generali per la Valorizzazione dei campi*

- Tutti i campi indicati come obbligatori (cfr. tabelle di descrizione funzionale dei campi) sono vincolanti per il caricamento del record.
- I campi data sono espressi nel formato AAAA-MM-GG dove AAAA rappresenta l'anno, MM il mese (se è inferiore a 10 viene aggiunto uno zero), GG il giorno (se è inferiore a 10, viene aggiunto uno zero).

Esempio:

2005-11-27 : 27 novembre 2005.

- Il campo relativo all'"identificativo assistito" deve riportare il codice identificativo anonimizzato dell'assistito: i codici anonimi devono essere assegnati in modo da identificare in maniera univoca lo stesso cittadino. Le Regioni e le P.A. sono autonome nella generazione dell'identificativo (progressivo, codice generato da un algoritmo, etc), purché tale chiave sia anonima (non sia possibile risalire all'identità dell'assistito) ed invariante nel tempo (si riferisca sempre lo stesso soggetto di cura).

Il D.lgs del 30/06/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", parte prima art. 34 prevede, infatti, delle misure minime di sicurezza che devono essere adottate al fine di poter gestire i dati personali tramite strumenti elettronici.

È ammesso l'anonimato per i neonati e nei casi previsti dalla Legge (L.135 del 5.06.1990 per i casi di HIV e AIDS; Decreto 349 del 16.07.2001 per le donne che vogliono partorire in anonimato). La valorizzazione del campo "Identificativo assistito" in questi casi deve essere effettuata con una stringa di 24 zeri.

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

#### 4. Descrizione funzionale dei campi

Di seguito saranno descritti i campi dei tre tracciati previsti, uno per ogni fase di attivazione.

##### 4.1.1 Fase 1

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Regione Erogante	cod_reg (attributo)	Codice regione erogante	Valori di riferimento riportati nell' <u>Allegato A.</u> (Campo obbligatorio)	3
Anno di riferimento	anno (attributo)	Indica l'anno di erogazione dei medicinali.	Valori ammessi: AAAA (Campo obbligatorio)	4
Mese di riferimento	mese (attributo)	Indica il mese di erogazione dei medicinali.	Valori ammessi: MM (Campo obbligatorio)	2
Codice Azienda Sanitaria Erogante	cod_asl (attributo)	Codice dell' azienda sanitaria erogante (azienda USL, azienda ospedaliera, IRCCS, Azienda Ospedaliera universitaria),, costituito dall' unione tra codice Regione e codice dell' azienda sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per le ASL indicare il codice del modello FLS11;</li> <li>• per le AO, IRCCS e AOU indicare il codice del modello HSP11.</li> </ul> (Campo obbligatorio)	6
Canale di erogazione	tipo_canale (attributo)	Indica il canale di erogazione della distribuzione diretta dei medicinali: 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.	Valori ammessi: D = distribuzione diretta P = distribuzione per conto (Campo obbligatorio)	1
Costo d'acquisto	costo_acq (attributo)	Indica il costo sostenuto per l'acquisto dei medicinali in distribuzione diretta comprensivo di IVA.	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e "99999999.99999" (Campo obbligatorio)	14

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Costo del servizio	costo_srv (attributo)	Indica il costo sostenuto per il servizio di distribuzione diretta nel caso di distribuzione per conto.	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e "9999999.99" (Campo obbligatorio)	10
Tipo Operazione	tipo_op (attributo)	<p>Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.</p> <p>Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione..</p> <p>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>	Valori ammessi: - I: Inserimento - V: Variazione - C: Cancellazione (Campo obbligatorio)	1

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

4.1.2 Fase 2

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Regione Erogante	cod_reg (attributo)	Codice regione erogante	Valori di riferimento riportati nell' <u>Allegato A</u> . (Campo obbligatorio)	3
Codice Azienda Sanitaria Erogante	cod_asl (attributo)	Codice dell'azienda sanitaria erogante (Azienda sanitaria locale o equiparata, Azienda Ospedaliera, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere scientifico pubblico anche se trasformato in fondazione, Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il SSN), costituito dall'unione tra codice Regione e codice dell'azienda sanitaria.	Per AO, IRCCS e AOU indicare il codice del modello HSP11, per le altre indicare il codice del modello FLS11 (ASL, ESTAV). (Campo obbligatorio)	6
Canale di erogazione	tipo_canale (attributo)	Indica il canale di erogazione della distribuzione diretta dei medicinali: diretta in senso stretto se l'erogazione avviene per il tramite delle farmacie ospedaliere o delle strutture territoriali, per conto se l'erogazione avviene per il tramite delle farmacie aperte al pubblico.	Valori ammessi: D = distribuzione diretta P = distribuzione per conto (Campo obbligatorio)	1
Anno di riferimento	anno (attributo)	Indica l'anno di erogazione dei medicinali.	Valori ammessi: AAAA (Campo obbligatorio)	4
Mese di riferimento	mese (attributo)	Indica il mese di erogazione dei medicinali.	Valori ammessi: MM (Campo obbligatorio)	2
Tipo medicinale	tipo_f (attributo)	Codice che indica la tipologia di medicinale per distinguere: medicinali autorizzati all'immissione in commercio, preparazioni officinali, farmaci esteri non autorizzati in Italia, ossigeno o gas medicinali.	Valori Ammessi: 1 = Confezione con AIC 2 = Formule magistrali e officinali 3 = Esteri 4= Ossigeno liquido 5=Ossigeno gassoso 6=Altri gas medicinali (Campo obbligatorio)	1

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Codice medicinale	cod_f (attributo)	Codice che identifica il medicinale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• codice di autorizzazione all'immissione in commercio, per i medicinali dotati di AIC;</li> <li>• codice ATC di massimo dettaglio disponibile, per gli altri medicinali non dotati di AIC:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gas medicinali puri e miscele di gas medicinali senza AIC: V03AN</li> <li>○ Ossigeno: V03AN01</li> <li>○ Carbone diossido: V03AN02</li> <li>○ Helio: V03AN03</li> <li>○ Azoto: V03AN04</li> <li>○ Protossido di Azoto: N01AX13</li> <li>○ Zolfo Esafloruro: V08DA05</li> <li>○ Farmaci produttori di anidride carbonica: A06AX02</li> <li>○ Aria medicale: V03AN05</li> <li>○ Ossido nitrico: R07AX01</li> </ul> </li> </ul>	Valori Ammessi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per tipo medicinale "1" indicare codice AIC (obbligatorio).</li> <li>• Per tipo medicinale "2" o "3" indicare il codice ATC, codice Farmaco Estero o codice Farmaco Galenico di massimo dettaglio disponibile (Obbligatorio per dati con periodo di riferimento a partire da Maggio 2012).</li> <li>• Per tipo medicinale "4" o "5" indicare codice ATC dell'ossigeno "V03AN01" (obbligatorio) Per i dati con periodo di riferimento a partire da Luglio 2012, non sarà più disponibile questa modalità. L'ossigeno andrà inviato utilizzando codice medicinale 1 e codice AIC.</li> <li>• Per tipo medicinale "6" : indicare uno dei codici ATC relativi ad altri Gas medicinali "V03AN", "V03AN02", "V03AN03", "V03AN04", "V03AN05", "N01AX13", "V08DA05", "A06AX02", "R07AX01" (obbligatorio).</li> </ul> <p>(Campo obbligatorio condizionato).</p>	9

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Quantità	<b>qta</b> (attributo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di pezzi (confezioni/altre unità equiparate indicate nell'Autorizzazione all'immissione in commercio/ unità posologiche) con riferimento al medicinale.</li> <li>- Numero di litri per l'ossigeno e gli altri gas medicinali non dotati di AIC.</li> </ul> <p>La quantità indicata deve essere al netto dei resi.</p>	<p>Valori ammessi: un valore numerico compreso tra 0 e 999999999999.99.</p> <p>Sono ammessi valori negativi utilizzando il segno "-" prima del valore nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne del medicinale.</p> <p><i>(Campo Facoltativo)</i></p>	15
Fattore di conversione	<b>fatt_conv</b> (attributo)	<p>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/altre unità equiparate indicate nell'Autorizzazione all'immissione in commercio o in litri va indicato il valore "1".</p>	<p>Valori ammessi: un valore numerico compreso tra 1 e 999999</p> <p><i>(Campo Facoltativo)</i></p>	6
Costo d'acquisto	<b>costo_acq</b> (attributo)	<p>Indica il costo sostenuto per l'acquisto dei medicinali, comprensivo di IVA. Per costo di acquisto si intende, quindi, il costo complessivo sostenuto per acquistare le quantità indicate nel relativo campo</p>	<p>Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e "99999999.99999"</p> <p>Sono ammessi valori negativi utilizzando il segno "-" prima del valore nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne del medicinale.</p> <p><i>(Campo obbligatorio)</i></p>	14
Costo del servizio	<b>costo_srv</b> (attributo)	<p>Indica il costo sostenuto per il servizio di distribuzione diretta nel caso di distribuzione per conto.</p>	<p>Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e "999999.99".</p> <p>Sono ammessi valori negativi utilizzando il segno "-" prima del valore, solo nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne del medicinale.</p> <p><i>(Campo obbligatorio)</i></p>	9



Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Tipo Operazione	tipo_op (attributo)	<p>Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.</p> <p>Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.</p> <p>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>Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I : Inserimento</li> <li>- V: Variazione</li> <li>- C : Cancellazione</li> </ul> <p>(Campo obbligatorio)</p>	1

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

4.1.3 Fase 3

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Regione Erogante	cod_reg (attributo)	Codice regione erogante	Valori di riferimento riportati nell' <u>Allegato A</u> . (Campo obbligatorio)	3
Anno di riferimento	anno (attributo)	Indica l'anno di erogazione dei medicinali.	Valori ammessi: AAAA (Campo obbligatorio)	4
Mese di riferimento	mese (attributo)	Indica il mese di erogazione dei medicinali.	Valori ammessi: MM (Campo obbligatorio)	2
Codice Azienda Sanitaria Erogante	cod_asl (attributo)	Codice dell'azienda sanitaria erogante (Azienda sanitaria locale o equiparata, Azienda Ospedaliera, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere scientifico pubblico anche se trasformato in fondazione, Azienda Ospedaliera Universitaria integrata con il SSN), costituito dall'unione tra codice Regione e codice dell'azienda sanitaria. Per il solo canale di erogazione "R - Rimborso Extra Tariffa", quando il rimborso è effettuato direttamente dalla regione, è possibile valorizzare il campo con il codice regione seguito da 3 zeri (es: 120000).	Per le AO, IRCCS e AOU indicare il codice del modello HSP11, per le altre indicare il codice del modello FLS11 (ASL, ESTAV). <b>Per il solo canale di erogazione "R - Rimborso Extra Tariffa"</b> nel caso di rimborso effettuato direttamente dalla regione è possibile utilizzare il codice regione seguito da tre zeri (es: 120000). (Campo obbligatorio)	6

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Tipo Erogatore	tipo_er (attributo)	<p>Codice tipo erogatore (struttura di ricovero, farmacia, ecc.).                      I tipi erogatori ammessi dipendono dal canale di erogazione.                      Per il canale di erogazione "R - Rimborso Extra Tariffa" sono disponibili solamente i seguenti tipi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 - Struttura di ricovero pubblica (solo per le strutture non direttamente gestite dal SSN)</li> <li>• 02 - Altra struttura sanitaria pubblica o privata (Residenza sanitaria assistita, ambulatorio, ecc, solo per le strutture non direttamente gestite dal SSN)</li> <li>• 03 - Istituto o centro di riabilitazione (solo per le strutture non direttamente gestite dal SSN)</li> <li>• 06 - ASL, da utilizzare esclusivamente per le tipologie di struttura non direttamente gestite dal SSN e non codificate mediante le tipologie di cui sopra.</li> </ul>	<p>Valori di riferimento nell' <u>Allegato B</u>.                      (Campo obbligatorio)</p>	2
Codice Struttura Erogante	id_er (attributo)	<p>Codice della struttura erogante o dispensatrice</p>	<p>Valori di riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• codici modelli HSP11, HSP11-bis, per tipo erogatore 01 - Struttura di ricovero (per gli istituti non organizzati in più strutture, sono ammessi sia i codici di 6 caratteri che i codici di 8 caratteri, con gli ultimi due caratteri pari a "00");</li> <li>• codici modelli STS11, per tipo erogatore 02 - Altra struttura sanitaria;</li> <li>• codici modelli RIA11, per tipo erogatore 03 - Istituto e centro di riabilitazione;</li> </ul>	8

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• codici farmacie assegnati dal Settore Salute - Tracciabilità del farmaco, per tipo erogatore 04 - farmacia territoriale convenzionata;</li> <li>• codici degli istituti penitenziari- Tracciabilità del farmaco, per tipo erogatore 05 - Istituto penitenziario;</li> <li>• codici modello FLS11, per tipo erogatore 06 - ASL</li> </ul> <p>(Campo obbligatorio)</p>	
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 residenziale o semiresidenziale, un'altra struttura territoriale o un Centro di Salute Mentale.	Valori di riferimento nell' <u>Allegato G.</u> (Campo obbligatorio per tipo erogatore 02)	2
Data Erogazione	dat_ero (attributo)	Data di erogazione dei medicinali	Formato: AAAA-MM-GG (Campo obbligatorio)	10
Tipo erogazione	tipo_ero (attributo)	Indica il tipo di erogazione diretta (alla dimissione da ricovero, a seguito di visita specialistica, destinata ad assistiti cronici, dispensata in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale)	Valori di riferimento nell' <u>Allegato C.</u> (Campo obbligatorio)	2

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Canale di erogazione	<b>tipo_canale</b> (attributo)	Indica il canale di erogazione della distribuzione diretta dei medicinali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diretta in senso stretto se l'erogazione avviene per il tramite delle farmacie ospedaliere o dei presidi territoriali,</li> <li>• per conto se l'erogazione avviene per il tramite delle farmacie aperte al pubblico,</li> <li>• rimborso "extra tariffa" se l'erogazione viene effettuata da una struttura non direttamente gestita dal SSN, e successivamente rimborsata dal SSN.</li> </ul>	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
Tipo Contatto	<b>tipo_cont</b> (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
Id Contatto	<b>id_cont</b> (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"> <li>• 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);</li> <li>• Per tipo contatto 2 - Altro, inserire codice regionale utilizzato per identificare il contatto.</li> </ul> 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)	20
Codice Prescrittore	<b>cod_pr</b> (attributo)	Indica il codice utilizzato in ambito regionale per l'individuazione del prescrittore.	(Campo facoltivo - cfr. §4.1.3.1)	16

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
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' <u>Allegato D</u> . (Campo <i>obbligatorio</i> - cfr. §4.1.3.1)	1
Data Prescrizione	dat_pres (attributo)	Data di prescrizione	Formato: AAAA-MM-GG (Campo <i>facoltativo</i> - cfr. §4.1.3.1)	10
Identificativo 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 <i>obbligatorio</i> - cfr. §4.1.3.1)	24
Data di Nascita	dat_nasc (attributo)	Data di nascita dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione.	Formato: AAAA-MM-GG A partire dai dati di competenza OTTOBRE 2012, il mese e il giorno dovranno sempre assumere il valore "01" (es.: 1996-01-01), ad eccezione degli assistiti anonimi, per cui è già prevista la data "9999-12-31"  (Campo <i>obbligatorio</i> - cfr. §4.1.3.1)	10
Genere	sex (attributo)	Sesso dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione.	Valori ammessi: 1 = maschio 2 = femmina 9 = non noto/non risulta (Campo <i>obbligatorio</i> - cfr. §4.1.3.1)	1
Cittadinanza	citt (attributo)	Cittadinanza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione	Valori ammessi: 1 = cittadino italiano 2 = cittadino altro stato; 9 = apolide (Campo <i>obbligatorio</i> - cfr. §4.1.3.1)	1
ASL Residenza	cod_asl_ass (attributo)	Codice della ASL di residenza o della ASL che ha in carico l'assistito costituito dall'unione tra codice Regione e codice ASL.	Valori di riferimento: codici dei modelli FLS11. (Campo <i>Facoltativo, in alternativa a "Stato Estero di Residenza</i> - cfr. §4.1.3.1)	6

132

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Stato estero di residenza	stat_est (attributo)	Codice dello stato estero di residenza dell'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' <u>Allegato F</u> . (Campo Facoltativo, in alternativa a " ASL di Residenza - cfr. §4.1.3.1)	2
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.	(Campo facoltativo - cfr. §4.1.3.1)	28
Tipo di esenzione	tipo_esen (attributo)	Codice indicante il tipo di esenzione dell'assistito.	Valore di riferimento nell' <u>Allegato E</u> . (Campo obbligatorio - cfr. §4.1.3.1)	1
Codice esenzione	cod_esen (attributo)	Per alcune tipologie di esenzione, codice di esenzione delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa - decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze del 22 luglio 2005.	Valori di riferimento: codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa - decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze del 22 luglio 2005. Valore di riferimento nell' <u>Allegato H</u> . (Campo obbligatorio solo per i tipi esenzione 2,3,4 e 5 - cfr. §4.1.3.1)	6
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 - cfr. §4.1.3.1)	6
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
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 - cfr. §4.1.3.1)	6



Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
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".  Sono ammessi valori negativi utilizzando il segno "-" prima del valore, solo nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne del medicinale.  <i>Campo obbligatorio se non valorizzato il campo "costo_srv_ric").</i>	7
Tipo medicinale	tipo_f (attributo)	Codice che indica la tipologia di medicinale per distinguere: medicinali autorizzati all'immissione in commercio, preparazioni officinali, farmaci esteri non autorizzati in Italia, ossigeno o gas medicinali.	Valori Ammessi: 1 =Confezione con AIC 2=Formule magistrali e officinali 3 =Esteri 4=Ossigeno liquido 5=Ossigeno gassoso 6=Altri gas medicinali ( <i>Campo obbligatorio</i> )	1



Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Codice medicinale	cod_f (attributo)	<p>Codice che identifica il medicinale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• codice di autorizzazione all'immissione in commercio, per i medicinali dotati di AIC;</li> <li>• codice ATC di massimo dettaglio disponibile oppure, per gli altri medicinali non dotati di AIC:</li> <li>• codice identificativo del medicinale estero o della formula magistrale ed officinale assegnato, rispettivamente, dalla Regione Emilia Romagna e dalla Regione Liguria.</li> </ul> <p>Per i tipi 4, 5 e 6 (quando non disponibile l'AIC) sono previsti i seguenti valori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gas medicinali puri e miscele di gas medicinali: V03AN</li> <li>○ Ossigeno: V03AN01</li> <li>○ Carbone diossido: V03AN02</li> <li>○ Helio: V03AN03</li> <li>○ Azoto: V03AN04</li> <li>○ Protossido di Azoto: N01AX13</li> <li>○ Zolfo Esafloruro: V08DA05</li> <li>○ Farmaci produttori di anidride carbonica: A06AX02</li> <li>○ Aria medica: V03AN05</li> <li>○ Ossido nitrico: R07AX01</li> </ul>	<p>Valori Ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per tipo medicinale "1" indicare codice AIC (obbligatorio).</li> <li>• 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).</li> <li>• Per tipo medicinale "4" o "5" indicare codice ATC dell'ossigeno "V03AN01" (obbligatorio)</li> <li>• Per tipo medicinale "6": indicare uno dei codici ATC relativi ad altri Gas medicinali "V03AN", "V03AN02", "V03AN03", "V03AN04", "N01AX13", "V08DA05", "A06AX02", "V03AN05", "R07AX01" (obbligatorio).</li> </ul> <p>(Campo obbligatorio condizionato).</p>	9
Targatura	targatura (attributo)	Numerazione progressiva del bollino della singola confezione.	<p>Codice Numerico (D.M. 2 agosto 2001 "Numerazione progressiva dei bollini apposti sulle confezioni dei medicinali erogabili dal Servizio sanitario nazionale") Nel caso in cui il dato non sia disponibile inserire il valore "0".</p> <p>(Campo obbligatorio)</p>	9

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
<b>Costo d'acquisto</b>	<b>costo_acq</b> (attributo)	Indica il costo sostenuto per l'acquisto dei medicinali, comprensivo di IVA. Per costo di acquisto si intende, quindi, il costo complessivo sostenuto per acquistare le quantità indicate nel relativo campo.	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra "0.00" e "99999999.99999". Sono ammessi valori negativi utilizzando il segno "-" prima del valore, solo nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne del medicinale.  <i>(Campo obbligatorio)</i>	14
<b>Quantità</b>	<b>qta</b> (attributo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di pezzi (confezioni/altre unità equiparate indicate nell'Autorizzazione all'immissione in commercio/ unità posologiche) con riferimento al medicinale.</li> <li>- Numero di litri per l'ossigeno e gli altri gas medicinali non dotati di AIC.</li> </ul> La quantità indicata deve essere al netto dei resi.	Valori ammessi: un valore numerico compreso tra 1 e 99999999999.99. Sono ammessi valori negativi utilizzando il segno "-" prima del valore, solo nel caso in cui, nel periodo di riferimento, i resi siano superiori alle consegne del medicinale.  <i>(Campo obbligatorio)</i>	15
<b>Fattore di conversione</b>	<b>fatt_conv</b> (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/altre unità equiparate indicate nell'Autorizzazione all'immissione in commercio o in litri va indicato il valore "1".	Valori ammessi: un valore numerico intero compreso tra 1 e 999999.  <i>(Campo obbligatorio)</i>	6

136

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Campo	Campo XML	Descrizione Funzionale	Informazioni di Dominio	Lung.
Tipo operazione	tipo_op (attributo)	Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate. 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. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende fare effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.	Valori ammessi: - I : Inserimento - V: Variazione - C : Cancellazione (Campo obbligatorio)	1

Se l'Id contatto viene impostato con un valore differente da "0", i campi "Quantità", "Costo del servizio" e "Costo di acquisto", devono avere lo stesso segno (positivo o negativo).

**4.1.3.1 Casi di omissione dei dati relativi a prescrittore, contatto e assistito**

Per la fase 3 è prevista la possibilità di omettere i dati relativi a prescrittore, contatto e assistito per le seguenti tipologie di strutture:

- Residenze Sanitarie Assistenziali e altre strutture residenziali e semiresidenziali;
- SERT;
- Istituti penitenziari;
- Centri di salute mentale.

E' possibile omettere gli stessi campi anche nel caso la tipologia di erogazione sia "04 - In assistenza domiciliare"

La lista dei campi che è possibile omettere è la seguente:

- ◆ Codice Prescrittore
- ◆ Tipo Prescrittore
- ◆ Data Prescrizione
- ◆ Identificativo assistito
- ◆ Data di Nascita

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

- ◆ **Genere**
- ◆ **Cittadinanza**
- ◆ **ASL Residenza**
- ◆ **Stato estero di residenza**
- ◆ **Codice Istituzione Competente**
- ◆ **Tipo di esenzione**
- ◆ **Codice esenzione**
- ◆ **Identificativo contatto** (che, in tal caso, deve essere comunque posto = a "0", in quanto campo chiave)
- ◆ **Importo quota fissa assistito**
- ◆ **Importo quota percentuale a carico assistito**

## 5. Tracciati XML

I tracciati che seguono sono stati formattati con indentazioni per renderne più chiara la lettura. Insieme allo schema XML è fornito il relativo schema XSD.

### 5.1 *Controlli, validazione e invio file*

I file devono avere come periodo di riferimento un singolo mese; nel caso di invio di più periodi occorre trasmettere più file (es. invio dati del periodo corrente più rettifiche dei mesi precedenti). In fase acquisizione da parte del Ministero della Salute- Dipartimento della qualità - Direzione Generale del Sistema Informativo, i file verranno scartati se non conformi agli schemi XML (di seguito riportati); pertanto è consigliabile che gli enti effettuino una validazione preliminare prima di procedere con l'invio. Tale verifica può essere effettuata tramite un validatore che permette di controllare se un documento XML generato in base ad uno schema predefinito è ben formato o valido.

Il file sarà scartato anche nel caso in cui sia ben formato e valido, ma nei successivi controlli il tracciato non risulti coerente con le specifiche.

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

## 5.2 *Rettifica dei dati trasmessi*

La trasmissione è univocamente individuata dai seguenti campi chiave:

### Tracciato 1 - Fase uno

- Regione Erogante
- Anno riferimento
- Mese di riferimento
- Codice Azienda Sanitaria Erogante
- Canale di erogazione

### Tracciato 2 - Fase due

- Regione Erogante
- Anno riferimento
- Mese di riferimento
- Codice Azienda Sanitaria Erogante
- Canale di erogazione
- Tipo Medicinale
- Codice Medicinale

### Tracciato 3 - Fase tre

- Regione Erogante
- Anno riferimento
- Mese di riferimento
- Codice Azienda Sanitaria Erogante
- Tipo Erogatore
- Codice Struttura Erogante
- Tipo Struttura Erogante
- Tipo Contatto
- Id Contatto
- Tipo Medicinale
- Codice Medicinale
- Targatura
- Data Erogazione

Questo insieme di dati deve essere utilizzato nel caso di Variazione o Cancellazione della trasmissione, per identificare in modo univoco i record da aggiornare o da eliminare. Qualora sia necessario variare uno dei campi di cui sopra è necessario cancellare e ritrasmettere nuovamente i dati.

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

## 6. Tracciato 1 - Fase uno

### 6.1 Tracciato XML

```
<?xml version="1.0"?>
<dataroot xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:noNamespaceSchemaLocation="tracciato_1.xsd">
  <REGIONE cod_reg="010">
    <PERIODO anno="2007" mese="02">
      <OPERAZIONE tipo_op="C">
        <ASL cod_asl="010288">
          <COSTO tipo_canale="D" costo_acq="2000.00" costo_srv="0.00"/>
          <COSTO tipo_canale="P" costo_acq="1000.00" costo_srv="0.00"/>
        </ASL>
        <ASL cod_asl="010290">
          <COSTO tipo_canale="D" costo_acq="2300.00" costo_srv="0.00"/>
        </ASL>
      </OPERAZIONE>
      <OPERAZIONE tipo_op="I">
        <ASL cod_asl="010310">
          <COSTO tipo_canale="P" costo_acq="556.65" costo_srv="0.00"/>
        </ASL>
      </OPERAZIONE>
    </PERIODO>
  </REGIONE>
</dataroot>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

## 6.2 Tracciato XSD

```
<?xml version="1.0" encoding="ISO-8859-1"?>
<xsd:schema xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xsd:element name="dataroot">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element ref="REGIONE" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
      </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
  <xsd:element name="REGIONE">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element ref="PERIODO" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
      </xsd:sequence>
      <xsd:attribute name="cod_reg" use="required">
        <xsd:simpleType>
          <xsd:restriction base="xsd:string">
            <xsd:pattern value="[0-9]{3}"/>
          </xsd:restriction>
        </xsd:simpleType>
      </xsd:attribute>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
  <xsd:element name="PERIODO">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element ref="OPERAZIONE" minOccurs="1"
maxOccurs="unbounded"/>
      </xsd:sequence>
      <xsd:attribute name="mese" use="required">
        <xsd:simpleType>
          <xsd:restriction base="xsd:string">
            <xsd:enumeration value="01"/>
            <xsd:enumeration value="02"/>
            <xsd:enumeration value="03"/>
            <xsd:enumeration value="04"/>
            <xsd:enumeration value="05"/>
            <xsd:enumeration value="06"/>
            <xsd:enumeration value="07"/>
            <xsd:enumeration value="08"/>
            <xsd:enumeration value="09"/>
            <xsd:enumeration value="10"/>
            <xsd:enumeration value="11"/>
            <xsd:enumeration value="12"/>
          </xsd:restriction>
        </xsd:simpleType>
      </xsd:attribute>
      <xsd:attribute name="anno" use="required">
        <xsd:simpleType>
          <xsd:restriction base="xsd:string">
            <xsd:pattern value="[2][0][0-9]{2}"/>
          </xsd:restriction>
        </xsd:simpleType>
      </xsd:attribute>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
</xsd:schema>
```

141

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

```

        </xsd:restriction>
      </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="ASL">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element ref="COSTO" minOccurs="1" maxOccurs="unbounded"/>
    </xsd:sequence>
    <xsd:attribute name="cod_asl" use="required">
      <xsd:simpleType>
        <xsd:restriction base="xsd:string">
          <xsd:pattern value="[0-9]{6}"/>
        </xsd:restriction>
      </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="COSTO">
  <xsd:complexType>
    <xsd:attribute name="tipo_canale" use="required">
      <xsd:simpleType>
        <xsd:restriction base="xsd:string">
          <xsd:enumeration value="P"/>
          <xsd:enumeration value="D"/>
        </xsd:restriction>
      </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="costo_acq" use="required">
      <xsd:simpleType>
        <xsd:restriction base="xsd:string">
          <xsd:pattern value="[0-9]{1,8}\.{1}[0-9]{2,5}"/>
        </xsd:restriction>
      </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="costo_srv" use="required">
      <xsd:simpleType>
        <xsd:restriction base="xsd:string">
          <xsd:pattern value="[0-9]{1,7}\.{1}[0-9]{2}"/>
        </xsd:restriction>
      </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="OPERAZIONE">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element ref="ASL" minOccurs="1" maxOccurs="unbounded"/>
    </xsd:sequence>
    <xsd:attribute name="tipo_op" use="required">
      <xsd:simpleType>
        <xsd:restriction base="xsd:string">
          <xsd:enumeration value="I"/>
          <xsd:enumeration value="V"/>
        </xsd:restriction>
      </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>

```



Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
        <xsd:enumeration value="C"/>
      </xsd:restriction>
    </xsd:simpleType>
  </xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:schema>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

## 7. Tracciato 2- Fase 2

### 7.1.1 Tracciato XML

```
<?xml version="1.0"?>
<dataroot xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:noNamespaceSchemaLocation="tracciato_2.xsd">
  <REGIONE cod_reg="010">
    <PERIODO anno="2007" mese="09">
      <OPERAZIONE tipo_op="C">
        <ASL cod_asl="010200">
          <FARMACO tipo_f="1" cod_f="000202000" >
            <COSTO tipo_canale="D" costo_acq="1000.10"
costo_srv="0.00" qta="11.12" fatt_conv="12"/>
            <COSTO tipo_canale="P" costo_acq="1000.00"
costo_srv="0.00"/>
          </FARMACO>
        </ASL>
        <ASL cod_asl="010231">
          <FARMACO tipo_f="1" cod_f="090908880">
            <COSTO tipo_canale="D" costo_acq="1000.10"
costo_srv="0.00"/>
            <COSTO tipo_canale="P" costo_acq="1000.00"
costo_srv="0.00"/>
          </FARMACO>
        </ASL>
      </OPERAZIONE>
      <OPERAZIONE tipo_op="I">
        <ASL cod_asl="010211">
          <FARMACO tipo_f="1" cod_f="000202000">
            <COSTO tipo_canale="D" costo_acq="100.10"
costo_srv="0.00"/>
          </FARMACO>
        </ASL>
      </OPERAZIONE>
    </PERIODO>
  </REGIONE>
</dataroot>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

## 7.2 Cancellazione Massiva

### 7.2.1 Cancellazione Massiva Specificando il Periodo (tutte le Aziende Sanitarie Locali, tutti i canali di erogazione)

```
<?xml version="1.0"?>
<dataroot xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:noNamespaceSchemaLocation="tracciato_ospedaliera.xsd">
  <CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>
    <REGIONE cod_reg="010">
      <PERIODO mese="10" anno="2010"/>
    </REGIONE>
  </CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>
</dataroot>
```

### 7.2.2 Cancellazione Massiva Specificando Periodo e Azienda Sanitaria Locale(tutti i canali di erogazione)

```
<?xml version="1.0"?>
<dataroot xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:noNamespaceSchemaLocation="tracciato_ospedaliera.xsd">
  <CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>
    <REGIONE cod_reg="010">
      <PERIODO mese="10" anno="2010">
        <ASL cod_asl="010201"/>
        <ASL cod_asl="010203"/>
      </PERIODO>
    </REGIONE>
  </CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>
</dataroot>
```

### 7.2.3 Cancellazione Massiva Specificando Periodo, Azienda Sanitaria Locale e canale di erogazione

```
<?xml version="1.0"?>
<dataroot xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:noNamespaceSchemaLocation="tracciato_ospedaliera.xsd">
  <CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>
    <REGIONE cod_reg="010">
      <PERIODO mese="10" anno="2010" tipo_canale="P" >
        <ASL cod_asl="010201" />
        <ASL cod_asl="010203"/>
      </PERIODO>
    </REGIONE>
  </CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>
</dataroot>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

### 7.3 Tracciato XSD

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?>
<xsd:schema xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xsd:element name="dataroot">
    <xsd:complexType>
      <xsd:choice>
        <xsd:element name="REGIONE" minOccurs="1" maxOccurs="1">
          <xsd:complexType>
            <xsd:sequence>
              <xsd:element name="PERIODO" minOccurs="1" maxOccurs="1">
                <xsd:complexType>
                  <xsd:sequence>
                    <xsd:element name="OPERAZIONE" minOccurs="1" maxOccurs="unbounded">
                      <xsd:complexType>
                        <xsd:sequence>
                          <xsd:element name="ASL" minOccurs="1" maxOccurs="unbounded">
                            <xsd:complexType>
                              <xsd:sequence>
                                <xsd:element name="FARMACO" minOccurs="1"
maxOccurs="unbounded">
                                  <xsd:complexType>
                                    <xsd:sequence>
                                      <xsd:element name="COSTO" minOccurs="1"
maxOccurs="unbounded">
                                        <xsd:complexType>
                                          <xsd:attribute name="tipo_canale" use="required">
                                            <xsd:simpleType>
                                              <xsd:restriction base="xsd:string">
                                                <xsd:enumeration value="P"/>
                                                <xsd:enumeration value="D"/>
                                              </xsd:restriction>
                                            </xsd:simpleType>
                                          </xsd:attribute>
                                          <xsd:attribute name="costo_acq" use="required">
                                            <xsd:simpleType>
                                              <xsd:restriction base="xsd:string">
                                                <xsd:pattern value="-{0,1}[0-9]{1,8}\. {1}[0-
9]{2,5}"/>
                                              </xsd:restriction>
                                            </xsd:simpleType>
                                          </xsd:attribute>
                                          <xsd:attribute name="costo_srv" use="required">
                                            <xsd:simpleType>
                                              <xsd:restriction base="xsd:string">
                                                <xsd:pattern value="-{0,1}[0-9]{1,6}\. {1}[0-
9]{2}"/>
                                              </xsd:restriction>
                                            </xsd:simpleType>
                                          </xsd:attribute>
                                        </xsd:sequence>
                                      </xsd:complexType>
                                    </xsd:sequence>
                                  </xsd:complexType>
                                </xsd:sequence>
                              </xsd:complexType>
                            </xsd:element>
                          </xsd:sequence>
                        </xsd:complexType>
                      </xsd:element>
                    </xsd:sequence>
                  </xsd:complexType>
                </xsd:element>
              </xsd:sequence>
            </xsd:complexType>
          </xsd:element>
        </xsd:choice>
      </xsd:complexType>
    </xsd:element>
  </xsd:schema>
```

136

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
</xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="qta" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="-{0,1}[0-9]{1,12}\.{0,1}[0-
9]{0,2}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="fatt_conv" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:integer">
      <xsd:minInclusive value="1"/>
      <xsd:maxInclusive value="999999"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="cod_f" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[0-9a-zA-Z]{1,9}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="tipo_f" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:enumeration value="1"/>
      <xsd:enumeration value="2"/>
      <xsd:enumeration value="3"/>
      <xsd:enumeration value="4"/>
      <xsd:enumeration value="5"/>
      <xsd:enumeration value="6"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="cod_as1" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[0-9]{6}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="tipo_op" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:enumeration value="I"/>
      <xsd:enumeration value="V"/>
      <xsd:enumeration value="C"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="mese" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:enumeration value="01"/>
      <xsd:enumeration value="02"/>
      <xsd:enumeration value="03"/>
      <xsd:enumeration value="04"/>
      <xsd:enumeration value="05"/>
      <xsd:enumeration value="06"/>
      <xsd:enumeration value="07"/>
      <xsd:enumeration value="08"/>
      <xsd:enumeration value="09"/>
      <xsd:enumeration value="10"/>
      <xsd:enumeration value="11"/>
      <xsd:enumeration value="12"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="anno" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[2][0][0-9]{2}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="cod_reg" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[0-9]{3}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
</xsd:complexType>
</xsd:element>
<xsd:element name="CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI" minOccurs="1" maxOccurs="1">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="REGIONE" minOccurs="1" maxOccurs="1">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="PERIODO" minOccurs="1" maxOccurs="1">
              <xsd:complexType>
                <xsd:sequence>
                  <xsd:element name="ASL" minOccurs="0" maxOccurs="unbounded">
                    <xsd:complexType>
                      <xsd:attribute name="cod_asl" use="required">
                        <xsd:simpleType>
                          <xsd:restriction base="xsd:string">
                            <xsd:pattern value="[0-9]{6}" />
                          </xsd:restriction>
                        </xsd:simpleType>
                      </xsd:attribute>
                    </xsd:complexType>
                  </xsd:element>
                </xsd:sequence>
              <xsd:attribute name="mese" use="required">
                <xsd:simpleType>
                  <xsd:restriction base="xsd:string">
                    <xsd:enumeration value="01" />
                    <xsd:enumeration value="02" />
                    <xsd:enumeration value="03" />
                    <xsd:enumeration value="04" />
                    <xsd:enumeration value="05" />
                    <xsd:enumeration value="06" />
                    <xsd:enumeration value="07" />
                    <xsd:enumeration value="08" />
                    <xsd:enumeration value="09" />
                    <xsd:enumeration value="10" />
                    <xsd:enumeration value="11" />
                    <xsd:enumeration value="12" />
                  </xsd:restriction>
                </xsd:simpleType>
              </xsd:attribute>
              <xsd:attribute name="anno" use="required">
                <xsd:simpleType>
                  <xsd:restriction base="xsd:string">
                    <xsd:pattern value="[2][0][0-9]{2}" />
                  </xsd:restriction>
                </xsd:simpleType>
              </xsd:attribute>
              <xsd:attribute name="tipo_canale" use="optional">
                <xsd:simpleType>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
<xsd:restriction base="xsd:string">  
  <xsd:enumeration value="P"/>  
  <xsd:enumeration value="D"/>  
</xsd:restriction>  
</xsd:simpleType>  
</xsd:attribute>  
</xsd:complexType>  
</xsd:element>  
</xsd:sequence>  
<xsd:attribute name="cod_reg" use="required">  
  <xsd:simpleType>  
    <xsd:restriction base="xsd:string">  
      <xsd:pattern value="[0-9]{3}"/>  
    </xsd:restriction>  
  </xsd:simpleType>  
</xsd:attribute>  
</xsd:complexType>  
</xsd:element>  
</xsd:sequence>  
</xsd:complexType>  
</xsd:element>  
</xsd:choice>  
</xsd:complexType>  
</xsd:element>  
</xsd:schema>
```



Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

## 8. Tracciato 3- Fase tre

### 8.1 Tracciato XML

```
<?xml version="1.0"?>
<dataroot xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:noNamespaceSchemaLocation="DI3.xsd">
  <REGIONE cod_reg="010">
    <PERIODO anno="2007" mese="09">
      <ASL cod_asl="010200">
        <EROGATORE tipo_er="01" id_er="010053">
          <ASSISTITO id_ass="012345678901234567890123" dat_nasc="2001-01-01" sesso="1"
cod_asl_ass="089001" citt="1" stat_est="ES" cod_ist_comp="0123456789012345678901234567">
            <OPERAZIONE tipo_op="C">
              <PRESCRIZIONE tipo_canale="P" cod_esen="A5109H" tipo_erog="03" tipo_esen="1"
tipo_cont="1" id_cont="012345678901234" dat_erog="2007-04-02" quota_fissa_ass="0.00"
quota_perc_ass="999.00">
                <PRESCRITTORE tipo_pr="H" cod_pr="0123456789012345"/>
                <FARMACO qta="1" tipo_f="1" cod_f="000202000" costo_acq="1000.00"
targatura="253425456" costo_srv="111.00" fatt_conv="1" />
                <FARMACO qta="3" tipo_f="1" cod_f="000202000" costo_acq="1000.00"
costo_srv="111.00" fatt_conv="2" />
              </PRESCRIZIONE>
            </OPERAZIONE>
          </ASSISTITO>
        </EROGATORE>
      </ASL>
      <ASL cod_asl="010202">
        <EROGATORE tipo_er="01" id_er="03014002" tipo_str="01">
          <ASSISTITO id_ass="016355242761944447891234" dat_nasc="2002-01-01" sesso="1"
cod_asl_ass="089001" citt="1" stat_est="ES" cod_ist_comp="0123456789222345678912345678">
            <OPERAZIONE tipo_op="C">
              <PRESCRIZIONE tipo_canale="P" cod_esen="A5109H" tipo_erog="03" tipo_esen="2"
tipo_cont="1" id_cont="012345678901234" dat_erog="2007-04-02" quota_fissa_ass="0.00"
quota_perc_ass="999.00" costo_srv_ric="111.25">
                <PRESCRITTORE tipo_pr="P" cod_pr="0123455625281111"/>
                <FARMACO qta="3" tipo_f="1" cod_f="000202000" costo_acq="1000.00"
fatt_conv="1" />
              </PRESCRIZIONE>
            </OPERAZIONE>
          </ASSISTITO>
        </EROGATORE>
      </ASL>
    </PERIODO>
  </REGIONE>
</dataroot>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

## 8.2 Cancellazione Massiva

### 8.2.1 Cancellazione Massiva Specificando il Periodo (tutte le Aziende Sanitarie Locali, tutti i canali di erogazione)

```
<?xml version="1.0"?>  
<dataroot xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"  
xsi:noNamespaceSchemaLocation="tracciato_ospedaliera.xsd">  
  <CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>  
    <REGIONE cod_reg="010">  
      <PERIODO mese="10" anno="2010"/>  
    </REGIONE>  
  </CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>  
</dataroot>
```

### 8.2.2 Cancellazione Massiva Specificando Periodo e Azienda Sanitaria Locale (tutti i canali di erogazione)

```
<?xml version="1.0"?>  
<dataroot xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"  
xsi:noNamespaceSchemaLocation="tracciato_ospedaliera.xsd">  
  <CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>  
    <REGIONE cod_reg="010">  
      <PERIODO mese="10" anno="2010" tipo_canale="P">  
        <ASL cod_asl="010201" />  
        <ASL cod_asl="010203" />  
      </PERIODO>  
    </REGIONE>  
  </CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>  
</dataroot>
```

### 8.2.3 Cancellazione Massiva Specificando Periodo ,Azienda Sanitaria Locale e Canale di erogazione

```
<?xml version="1.0"?>  
<dataroot xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"  
xsi:noNamespaceSchemaLocation="tracciato_ospedaliera.xsd">  
  <CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>  
    <REGIONE cod_reg="010">  
      <PERIODO mese="10" anno="2010" tipo_canale="P">  
        <ASL cod_asl="010201" />  
        <ASL cod_asl="010203" />  
      </PERIODO>  
    </REGIONE>  
  </CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI>  
</dataroot>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

### 8.3 Tracciato XSD

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?>
<xsd:schema xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xsd:element name="dataroot">
    <xsd:complexType>
      <xsd:choice>
        <xsd:element name="REGIONE" minOccurs="1" maxOccurs="1">
          <xsd:complexType>
            <xsd:sequence>
              <xsd:element name="PERIODO" minOccurs="1" maxOccurs="1">
                <xsd:complexType>
                  <xsd:sequence>
                    <xsd:element name="ASL" minOccurs="1" maxOccurs="unbounded">
                      <xsd:complexType>
                        <xsd:sequence>
                          <xsd:element name="EROGATORE" minOccurs="1"
maxOccurs="unbounded">
                            <xsd:complexType>
                              <xsd:sequence>
                                <xsd:element name="ASSISTITO" minOccurs="1"
maxOccurs="unbounded">
                                  <xsd:complexType>
                                    <xsd:sequence>
                                      <xsd:element name="OPERAZIONE"
minOccurs="1" maxOccurs="unbounded">
                                        <xsd:complexType>
                                          <xsd:sequence>
                                            <xsd:element name="PRESCRIZIONE"
minOccurs="1" maxOccurs="unbounded">
                                              <xsd:complexType>
                                                <xsd:sequence>
                                                  <xsd:element
name="PRESCRITTORE" minOccurs="1" maxOccurs="1">
                                                    <xsd:complexType>
                                                      <xsd:attribute name="tipo_pr"
use="optional">
                                                        <xsd:simpleType>
                                                          <xsd:restriction
base="xsd:string">
                                                            <xsd:enumeration
value="F"/>
                                                            <xsd:enumeration
value="P"/>
                                                            <xsd:enumeration
value="P"/>

```

153

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

value="H"/>	<xsd:enumeration
value="A"/>	<xsd:enumeration
value="G"/>	<xsd:enumeration
value="T"/>	<xsd:enumeration
value="C"/>	<xsd:enumeration
value="U"/>	<xsd:enumeration
value="D"/>	<xsd:enumeration
value="Z"/>	<xsd:enumeration
value="I"/>	<xsd:enumeration
value="X"/>	<xsd:enumeration
value="B"/>	<xsd:enumeration
	</xsd:restriction>
	</xsd:simpleType>
	</xsd:attribute>
use="optional">	<xsd:attribute name="cod_pr"
	<xsd:simpleType>
	<xsd:restriction
base="xsd:string">	<xsd:length value="16"/>
	</xsd:restriction>
	</xsd:simpleType>
	</xsd:attribute>
	</xsd:complexType>
	</xsd:element>
	<xsd:element name="FARMACO"
minOccurs="1" maxOccurs="unbounded">	<xsd:complexType>
	<xsd:attribute name="cod_f"
use="optional">	<xsd:simpleType>
	<xsd:restriction
base="xsd:string">	<xsd:pattern value="[0-
9a-zA-Z]{1,9}"/>	</xsd:restriction>

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

use="required">	</xsd:simpleType> </xsd:attribute> <xsd:attribute name="tipo_f"
base="xsd:string">	<xsd:simpleType> <xsd:restriction
value="1"/>	<xsd:enumeration
value="2"/>	<xsd:enumeration
value="3"/>	<xsd:enumeration
value="4"/>	<xsd:enumeration
value="5"/>	<xsd:enumeration
value="6"/>	<xsd:enumeration
	</xsd:restriction> </xsd:simpleType> </xsd:attribute> <xsd:attribute name="targatura"
use="optional">	<xsd:simpleType> <xsd:restriction
base="xsd:string">	<xsd:pattern
value="[0]{1}  [0-9]{9}"/>	</xsd:restriction> </xsd:simpleType> </xsd:attribute> <xsd:attribute name="costo_acq"
use="required">	<xsd:simpleType> <xsd:restriction
base="xsd:string">	<xsd:pattern value="-
{0,1}[0-9]{1,8}\. {1}[0-9]{2,5}"/>	</xsd:restriction> </xsd:simpleType> </xsd:attribute> <xsd:attribute name="costo_srv"
use="optional">	<xsd:simpleType> <xsd:restriction

---

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
base="xsd:string">
{0,1}[0-9]{1,4}\. {1}[0-9]{2}"/>
<xsd:pattern value="-
</xsd:restriction>
</xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="qta"
use="required">
<xsd:simpleType>
<xsd:restriction
base="xsd:string">
{0,1}[0-9]{1,12}\. {0,1}[0-9]{0,2}"/>
<xsd:pattern value="-
</xsd:restriction>
</xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="fatt_conv"
use="required">
<xsd:simpleType>
<xsd:restriction
base="xsd:integer">
value="1"/>
<xsd:minInclusive
value="999999"/>
<xsd:maxInclusive
</xsd:restriction>
</xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="tipo_cont"
use="required">
<xsd:simpleType>
<xsd:restriction base="xsd:string">
<xsd:pattern value="[1-2]{1}"/>
</xsd:restriction>
</xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="id_cont"
use="required">
<xsd:simpleType>
<xsd:restriction base="xsd:string">
<xsd:maxLength value="20"/>
</xsd:restriction>
</xsd:simpleType>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
use="required">
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="dat_erog"
        <xsd:simpleType>
            <xsd:restriction base="xsd:date">
                <xsd:pattern value="[0-9]{4}-[0-9]{2}-[0-9]{2}"/>
            </xsd:restriction>
        </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="tipo_esen"
        <xsd:simpleType>
            <xsd:restriction base="xsd:string">
                <xsd:enumeration value="0"/>
                <xsd:enumeration value="1"/>
                <xsd:enumeration value="2"/>
                <xsd:enumeration value="3"/>
                <xsd:enumeration value="4"/>
                <xsd:enumeration value="5"/>
                <xsd:enumeration value="9"/>
            </xsd:restriction>
        </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="tipo_erog"
        <xsd:simpleType>
            <xsd:restriction base="xsd:string">
                <xsd:pattern value="[0-9]{2}"/>
            </xsd:restriction>
        </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="tipo_canale"
        <xsd:simpleType>
            <xsd:restriction base="xsd:string">
                <xsd:enumeration value="P"/>
                <xsd:enumeration value="D"/>
                <xsd:enumeration value="R"/>
            </xsd:restriction>
        </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="cod_esen"
        <xsd:simpleType>
            <xsd:restriction base="xsd:string">
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
z]{1,6}"/>
    <xsd:pattern value="[0-9A-Za-
    </xsd:restriction>
    </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="quota_fissa_ass"
use="optional">
    <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
    <xsd:pattern value="[0-
9]{1,3}\. {1}[0-9]{2}"/>
    </xsd:restriction>
    </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="quota_perc_ass"
use="optional">
    <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
    <xsd:pattern value="[0-
9]{1,3}\. {1}[0-9]{2}"/>
    </xsd:restriction>
    </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="dat_pres"
use="optional">
    <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:date">
    <xsd:pattern value="[0-9]{4}-[0-
9]{2}-[0-9]{2}"/>
    </xsd:restriction>
    </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    <xsd:attribute name="costo_srv_ric"
use="optional">
    <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
    <xsd:pattern value="[0-
9]{1,4}\. {1}[0-9]{2}"/>
    </xsd:restriction>
    </xsd:simpleType>
    </xsd:attribute>
    </xsd:complexType>
    </xsd:element>
    </xsd:sequence>
    <xsd:attribute name="tipo_op" use="required">
    <xsd:simpleType>
```



Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
<xsd:restriction base="xsd:string">
  <xsd:enumeration value="I"/>
  <xsd:enumeration value="V"/>
  <xsd:enumeration value="C"/>
</xsd:restriction>
</xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="id_ass" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:length value="24"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="dat_nasc" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:date">
      <xsd:pattern value="[0-9]{4}-[0-9]{2}-[0-9]{2}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="sesso" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:enumeration value="1"/>
      <xsd:enumeration value="2"/>
      <xsd:enumeration value="9"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="cod_asl_ass" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[0-9]{6}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="citt" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:enumeration value="1"/>
      <xsd:enumeration value="2"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
        <xsd:enumeration value="9"/>
      </xsd:restriction>
    </xsd:simpleType>
  </xsd:attribute>
  <xsd:attribute name="stat_est" use="optional">
    <xsd:simpleType>
      <xsd:restriction base="xsd:string">
        <xsd:pattern value="[a-zA-Z]{2}"/>
      </xsd:restriction>
    </xsd:simpleType>
  </xsd:attribute>
  <xsd:attribute name="cod_ist_comp" use="optional">
    <xsd:simpleType>
      <xsd:restriction base="xsd:string">
        <xsd:length value="28"/>
      </xsd:restriction>
    </xsd:simpleType>
  </xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="tipo_er" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[0-9]{2}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="tipo_str" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[0-9]{2}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="id_er" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[0-9a-zA-Z\-\]{1,8}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="cod_asl" use="required">
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
<xsd:simpleType>
  <xsd:restriction base="xsd:string">
    <xsd:pattern value="[0-9]{6}"/>
  </xsd:restriction>
</xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="mese" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:enumeration value="01"/>
      <xsd:enumeration value="02"/>
      <xsd:enumeration value="03"/>
      <xsd:enumeration value="04"/>
      <xsd:enumeration value="05"/>
      <xsd:enumeration value="06"/>
      <xsd:enumeration value="07"/>
      <xsd:enumeration value="08"/>
      <xsd:enumeration value="09"/>
      <xsd:enumeration value="10"/>
      <xsd:enumeration value="11"/>
      <xsd:enumeration value="12"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="anno" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[2][0][0-9]{2}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="cod_reg" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[0-9]{3}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
<xsd:element name="CANCELLAZIONE_MASSIVA_DATI" minOccurs="1"
maxOccurs="1">
  <xsd:complexType>
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="REGIONE" minOccurs="1" maxOccurs="1">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="PERIODO" minOccurs="1" maxOccurs="1">
              <xsd:complexType>
                <xsd:sequence>
                  <xsd:element name="ASL" minOccurs="0"
maxOccurs="unbounded">
                    <xsd:complexType>
                      <xsd:attribute name="cod_asl" use="required">
                        <xsd:simpleType>
                          <xsd:restriction base="xsd:string">
                            <xsd:pattern value="[0-9]{6}"/>
                          </xsd:restriction>
                        </xsd:simpleType>
                      </xsd:attribute>
                    </xsd:complexType>
                  </xsd:element>
                </xsd:sequence>
              <xsd:attribute name="mese" use="required">
                <xsd:simpleType>
                  <xsd:restriction base="xsd:string">
                    <xsd:enumeration value="01"/>
                    <xsd:enumeration value="02"/>
                    <xsd:enumeration value="03"/>
                    <xsd:enumeration value="04"/>
                    <xsd:enumeration value="05"/>
                    <xsd:enumeration value="06"/>
                    <xsd:enumeration value="07"/>
                    <xsd:enumeration value="08"/>
                    <xsd:enumeration value="09"/>
                    <xsd:enumeration value="10"/>
                    <xsd:enumeration value="11"/>
                    <xsd:enumeration value="12"/>
                  </xsd:restriction>
                </xsd:simpleType>
              </xsd:attribute>
            <xsd:attribute name="anno" use="required">
              <xsd:simpleType>
                <xsd:restriction base="xsd:string">
                  <xsd:pattern value="[2][0][0-9]{2}"/>
                </xsd:restriction>
              </xsd:simpleType>
            </xsd:attribute>
          </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
      </xsd:element>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
</xsd:element>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

```
</xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
<xsd:attribute name="tipo_canale" use="optional">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:enumeration value="P"/>
      <xsd:enumeration value="D"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
<xsd:attribute name="cod_reg" use="required">
  <xsd:simpleType>
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[0-9]{3}"/>
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
</xsd:attribute>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:sequence>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:choice>
</xsd:complexType>
</xsd:element>
</xsd:schema>
```

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

## 9. Allegati

### 9.1 Allegato A

Regione	Codice
Piemonte	010
Valle d'Aosta	020
Lombardia	030
P.A. Bolzano	041
P.A. Trento	042
Veneto	050
Friuli-Venezia Giulia	060
Liguria	070
Emilia-Romagna	080
Toscana	090
Umbria	100
Marche	110
Lazio	120
Abruzzo	130
Molise	140
Campania	150
Puglia	160
Basilicata	170
Calabria	180
Sicilia	190
Sardegna	200

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

### 9.2 Allegato B

Tipologia Erogatore	Codice	Canale		
		D	P	R
Struttura di ricovero pubblica o privata	01	ok	ok	ok
Altra struttura sanitaria pubblica o privata (Residenza sanitaria assistita, ambulatorio, ecc.)	02	ok	ok	ok
Istituto o centro di riabilitazione	03	ok	ok	ok
Farmacia territoriale convenzionata	04	ok	ok	
Istituto penitenziario	05	ok	ok	
ASL	06	ok	ok	ok

### 9.3 Allegato C

Tipologia di erogazione	Codice
Alla dimissione da ricovero	01
A seguito di visita specialistica	02
Diretta a cronici	03
In assistenza domiciliare	04
In assistenza residenziale o semiresidenziale	05

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

#### 9.4 Allegato D

Tipologia prescrittore <sup>1</sup>	Codice
Specialista ambulatoriale (ex SUMAI)	A
Medico consulente	B
Specialista di struttura privata accreditata	C
Dipendente dei servizi territoriali ASL	D
Medico di medicina generale	F
Guardia medica	G
Ospedaliero	H
Medico INAIL	I
Pediatra di libera scelta	P
Guardia medica turistica	T
Medico di azienda ospedaliera-universitaria	U
Altro (tirocinanti, specializzandi, etc.)	X
Specializzazione non compresa tra le precedenti	Z

#### 9.5 Allegato E

Tipologia di esenzione	Codice
Non esente (assistito soggetto a ticket)	1
Esente per condizione	2
Esente per patologia	3
Esente per malattia rara	4
Prescrizione di farmaci di fascia C ad invalidi di guerra	5
Ticket non previsto (per le regioni che non prevedono ticket a carico per i propri assistiti)	9
Altro	0

<sup>1</sup> Cfr. Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della Salute - Gazzetta Ufficiale n. 180 del 4 agosto 2005 (Applicazione delle disposizioni di cui al comma 9 dell'articolo 50 legge 24 novembre 2003, n. 326, concernente la definizione dei dati che le regioni, nonché i Ministeri e gli enti pubblici di rilevanza nazionale che li detengono, trasmettono al Ministero dell'economia e delle finanze, con modalita' telematica).



Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

9.6 Allegato F

Codice Paese ISO	Cod. ISO alfanumerico da 3	Nazione	Codice Istat
AF	AFG	Afghanistan	301
AL	ALB	Albania	201
DZ	DZA	Algeria	401
AD	AND	Andorra	202
AO	AGO	Angola	402
AI	AIA	Anguilla	502
AQ	ATA	Antartide	ND
AG	ATG	Antigua e Barbuda	503
AN	ANT	Antille Olandesi	ND
SA	SAU	Arabia Saudita	302
AR	ARG	Argentina	602
AM	ARM	Armenia	358
AW	ABW	Aruba	603
AU	AUS	Australia	701
AT	AUT	Austria	203
AZ	AZE	Azerbaijan	359
BS	BHS	Bahamas	505
BH	BHR	Bahrain	304
BD	BGD	Bangladesh	305
BB	BRB	Barbados	506
BE	BEL	Belgio	206
BZ	BLZ	Belize	507
BJ	BEN	Benin	406
BM	BMU	Bermuda	508
BT	BTN	Bhutan	306
BY	BLR	Bielorussia	256
BO	BOL	Bolivia	604
BA	BIH	Bosnia Erzegovina	252
BW	BWA	Botswana	408
BR	BRA	Brasile	605
BN	BRN	Brunei Darussalam	309

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Codice Paese ISO	Cod. ISO alfanumerico da 3	Nazione	Codice Istat
BG	BGR	Bulgaria	209
BF	BFA	Burkina Faso	409
BI	BDI	Burundi	410
KH	KHM	Cambogia	310
CM	CMR	Camerun	411
CA	CAN	Canada	509
CV	CPV	Capo Verde	413
TD	TCD	Ciad	415
CL	CHL	Cile	606
CN	CHN	Cina	314
CY	CYP	Cipro	315
VA	VAT	Città del Vaticano	246
CO	COL	Colombia	608
KM	COM	Comore	417
KP	PRK	Corea del Nord	319
KR	KOR	Corea del Sud	320
CI	CIV	Costa d'Avorio	404
CR	CRI	Costa Rica	513
HR	HRV	Croazia	250
CU	CUB	Cuba	514
DK	DNK	Danimarca	212
DM	DMA	Dominica	515
EC	ECU	Ecuador	609
EG	EGY	Egitto	419
IE	IRL	Eire	221
SV	SLV	El Salvador	517
AE	ARE	Emirati Arabi Uniti	322
ER	ERI	Eritrea	466
EE	EST	Estonia	247
ET	ETH	Etiopia	420
RU	RUS	Federazione Russa	245
FJ	FJI	Fiji	703
PH	PHL	Filippine	323
FI	FIN	Finlandia	214

168

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Codice Paese ISO	Cod. ISO alfanumerico da 3	Nazione	Codice Istat
FR	FRA	Francia	215
GA	GAB	Gabon	421
GM	GMB	Gambia	422
GE	GEO	Georgia	360
DE	DEU	Germania	216
GH	GHA	Ghana	423
JM	JAM	Giamaica	518
JP	JPN	Giappone	326
GI	GIB	Gibilterra	ND
DJ	DJI	Gibuti	424
JO	JOR	Giordania	327
GR	GRC	Grecia	220
GD	GRD	Grenada	519
GL	GRL	Groenlandia	ND
GP	GLP	Guadalupa	ND
GU	GUM	Guam	ND
GT	GTM	Guatemala	523
GN	GIN	Guinea	425
GQ	GNQ	Guinea Equatoriale	427
GW	GNB	Guinea-Bissau	426
GY	GUY	Guyana	612
GF	GUF	Guyana Francese	ND
HT	HTI	Haiti	524
HN	HND	Honduras	525
HK	HKG	Hong Kong	ND
IN	IND	India	330
ID	IDN	Indonesia	331
IR	IRN	Iran	332
IQ	IRQ	Iraq	333
IS	ISL	Islanda	223
BV	BVT	Isola di Bouvet	ND
IM		Isola di Man	ND
CX	CXR	Isola di Natale	ND
HM	HMD	Isola Heard e Isole McDonald	ND

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Codice Paese ISO	Cod. ISO alfanumerico da 3	Nazione	Codice Istat
NF	NFK	Isola Norfolk	ND
KY	CYM	Isole Cayman	ND
CC	CCK	Isole Cocos	ND
CK	COK	Isole Cook	ND
FK	FLK	Isole Falkland	ND
FO	FRO	Isole Faroe	ND
MP	MNP	Isole Marianne Settentrionali	ND
MH	MHL	Isole Marshall	712
UM	UMI	Isole Minori degli Stati Uniti d'America	ND
SB	SLB	Isole Solomon	725
TC	TCA	Isole Turks e Caicos	ND
VI	VIR	Isole Vergini Americane	ND
VG	VGB	Isole Vergini Britanniche	ND
IL	ISR	Israele	334
IT	ITA	Italia	ND
KZ	KAZ	Kazakhstan	356
KE	KEN	Kenya	428
KG	KGZ	Kirghizistan	361
KI	KIR	Kiribati	708
KW	KWT	Kuwait	335
LA	LAO	Laos	336
LS	LSO	Lesotho	429
LV	LVA	Lettonia	248
LB	LBN	Libano	337
LR	LBR	Liberia	430
LY	LBY	Libia	431
LI	LIE	Liechtenstein	225
LT	LTU	Lituania	249
LU	LUX	Lussemburgo	226
MO	MAC	Macao	ND
MK	MKD	Macedonia	253
MG	MDG	Madagascar	432
MW	MWI	Malawi	434
MV	MDV	Maldive	339

170

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Codice Paese ISO	Cod. ISO alfanumerico da 3	Nazione	Codice Istat
MY	MYS	Malesia	340
ML	MLI	Mali	435
MT	MLT	Malta	227
MA	MAR	Marocco	436
MQ	MTQ	Martinica	ND
MR	MRT	Mauritania	437
MU	MUS	Maurizius	438
YT	MYT	Mayotte	ND
MX	MEX	Messico	527
MD	MDA	Moldavia	254
MC	MCO	Monaco	229
MN	MNG	Mongolia	341
MS	MSR	Montserrat	ND
MZ	MOZ	Mozambico	440
MM	MMR	Myanmar	307
NA	NAM	Namibia	441
NR	NRU	Nauru	715
NP	NPL	Nepal	342
NI	NIC	Nicaragua	529
NE	NER	Niger	442
NG	NGA	Nigeria	443
NU	NIU	Niue	ND
NO	NOR	Norvegia	231
NC	NCL	Nuova Caledonia	ND
NZ	NZL	Nuova Zelanda	719
OM	OMN	Oman	343
NL	NLD	Paesi Bassi	232
PK	PAK	Pakistan	344
PW	PLW	Palau	720
PA	PAN	Panamá	530
PG	PNG	Papua Nuova Guinea	721
PY	PRY	Paraguay	614
PE	PER	Peru	615
PN	PCN	Pitcairn	ND

121

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Codice Paese ISO	Cod. ISO alfanumerico da 3	Nazione	Codice Istat
PF	PYF	Polinesia Francese	ND
PL	POL	Polonia	233
PR	PRI	Porto Rico	ND
PT	PRT	Portogallo	234
QA	QAT	Qatar	345
GB	GBR	Regno Unito	219
CZ	CZE	Repubblica Ceca	257
CF	CAF	Repubblica Centrafricana	414
CG	COG	Repubblica del Congo	418
CD	COD	Repubblica Democratica del Congo	463
DO	DOM	Repubblica Dominicana	515
RE	REU	Reunion	ND
RO	ROU	Romania	235
RW	RWA	Ruanda	446
EH	ESH	Sahara Occidentale	ND
KN	KNA	Saint Kitts e Nevis	534
PM	SPM	Saint Pierre e Miquelon	ND
VC	VCT	Saint Vincent e Grenadine	533
WS	WSM	Samoa	727
AS	ASM	Samoa Americane	ND
SM	SMR	San Marino	236
LC	LCA	Santa Lucia	532
SH	SHN	Sant'Elena	ND
ST	STP	Sao Tome e Principe	448
SN	SEN	Senegal	450
CS	SCG	Serbia e Montenegro	ND
SC	SYC	Seychelles	449
SL	SLE	Sierra Leone	451
SG	SGP	Singapore	346
SY	SYR	Siria	348
SK	SVK	Slovacchia	255
SI	SVN	Slovenia	251
SO	SOM	Somalia	453
ES	ESP	Spagna	239

172

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

Codice Paese ISO	Cod. ISO alfanumerico da 3	Nazione	Codice Istat
LK	LKA	Sri Lanka	311
FM	FSM	Stati Federati della Micronesia	713
US	USA	Stati Uniti d'America	536
ZA	ZAF	Sud Africa	454
GS	SGS	Sud Georgia e Isole Sandwich	360
SD	SDN	Sudan	455
SR	SUR	Suriname	616
SJ	SJM	Svalbard e Jan Mayen	ND
SE	SWE	Svezia	240
CH	CHE	Svizzera	241
SZ	SWZ	Swaziland	456
TJ	TJK	Tagikistan	362
TH	THA	Tailandia	349
TW	TWN	Taiwan	363
TZ	TZA	Tanzania	457
IO	IOT	Territori Britannici dell'Oceano Indiano	ND
TF	ATF	Territori Francesi del Sud	ND
PS	PSE	Territori Palestinesi Occupati	324
TL	TLS	Timor Est	338
TG	TGO	Togo	458
TK	TKL	Tokelau	ND
TO	TON	Tonga	730
TT	TTO	Trinidad e Tobago	617
TN	TUN	Tunisia	460
TR	TUR	Turchia	351
TM	TKM	Turkmenistan	364
TV	TUV	Tuvalu	731
UA	UKR	Ucraina	243
UG	UGA	Uganda	461
HU	HUN	Ungheria	244
UY	URY	Uruguay	618
UZ	UZB	Uzbekistan	357
VU	VUT	Vanuatu	732
VE	VEN	Venezuela	619

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

Codice Paese ISO	Cod. ISO alfanumerico da 3	Nazione	Codice Istat
VN	VNM	Vietnam	353
WF	WLF	Wallis e Futuna	ND
YE	YEM	Yemen	354
ZM	ZMB	Zambia	464
ZW	ZWE	Zimbabwe	465

9.7 Allegato G

Tipo Struttura Erogante	Codice
SERT	01
Residenza sanitaria assistita	02
Struttura residenziale o semiresidenziale	03
Altra struttura territoriale	04
CSM	05



Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

9.8 *Allegato H*

**TRASMISSIONE DEI DATI RELATIVI ALLE CODIFICHE DELLE ESENZIONI**

Le codifiche delle esenzioni che dovranno essere utilizzate ai fini del riconoscimento del diritto dell'assistito da parte delle unità sanitarie locali sono riportate nelle tabelle seguenti (Tab. 1 e Tab. 2).

**Tab. 1 - CODIFICA NAZIONALE DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA**

**Esenzioni correlate allo stato di salute (a cura del medico prescrittore)**

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
1	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1999 n. 329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.5.2001 n. 296);	<b>0 malattie croniche</b>	da 01 a 56	<i>Vedi nota (1)</i>
2	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001 n. 279;	<b>R Rare</b>	da Aannn a Qannn	<i>Vedi nota (2)</i>
3	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 comma 2 del D.M. 18.05.2001 n. 279).		99	<i>Vedi nota (3)</i>
4	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1 alla 5 titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01.02.1991);	<b>G Guerra</b>	01	
5	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6 alla 8 (ex art. 6 comma 2 lett. A del D.M. 01.02.1991);		02	
6	Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. B del D.M. 01.02.1991);	<b>L Lavoro</b>	01	
7	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991);		02	
8	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità - (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01.02.1991);		03	

175

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
9	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett. c del D.M. 01.02.1991);		04	
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1 categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);	S Servizio	01	
11	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2 alla 5 (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);		02	
12	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6 alla 8 (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
13	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6, comma 1, L. 8 luglio 1998, n. 230)		04	
14	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);	C Civili	01	
15	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		02	
16	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
17	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);		04	
18	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		05	
19	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		06	
20	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 -Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (ex art. 1	N Legge n. 210	01	

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
	comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998);			
21	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 302/ 90 vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998); familiari delle vittime (ex art. 9 della l. 206/ 2004)	V Vittime	01	
22	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998)-in epoca preconcezionale;	M Maternità	00	
23	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/ 09/ 1998) in gravidanza ordinaria; <i>op pure Æ</i>		da 01 a 41	così composto: M + nn (settimane di gravidanza)
24	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/ 1998) - in gravidanza ordinaria		99	Vedi Nota (4)
25	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/ 09/ 1998) in gravidanza a rischio;		50	
26	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998);	D Diagnosi precoce	01	
27	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) -citologico;		02	
28	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) -mammografico;		03	
29	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) -colon-retto;		04	
30	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000)		05	
31	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 5 lett. c del D. Lgs. 124/ 1998);	T donazione	01	
32	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1, comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - prima parte);	B Hiv	01	
33	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D. Lgs. 24/1998 - seconda parte);	P Prevenzione	01	
34	Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del		02	

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
	datore di lavoro - attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - ultima parte);			
35	Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - prima parte);		03	
36	Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1, comma 6, D. Lgs. 22. 6. 1999 n. 230)	F detenuti	01	
37	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D. P.C.M. 28 novembre 2003)	I Idoneità	01	

Note alla Tab. 1

**Nota (1)**

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) corrispondono alle prime 3 cifre del codice identificativo della condizione di esenzione (ONN - dove con N rappresenta un numero). Per le "Afezioni del sistema circolatorio" e per la "Malattia ipertensiva" il codice si compone di 4 caratteri: 0A02 per le "Malattie cardiache e del circolo polmonare"; 0B02 per le "Malattie cerebrovascolari"; 0C02 per le "Malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene, vasi linfatici"; 0A31 per "Ipertensione arteriosa"; 0031 per "Ipertensione arteriosa in presenza di danno d'organo".

**Nota (2)**

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) sono 6 e corrispondono al codice identificativo completo della malattia o del gruppo di malattie: secondo lo schema prevalente RAANNN (dove A rappresenta un carattere alfabetico e N rappresenta un carattere numerico)

**Nota (3)**

Nel caso di soggetti per i quali è stato formulato dallo specialista un sospetto diagnostico di malattia rara, è sufficiente l'indicazione del codice R e del sub-codice 99. Gli stessi caratteri identificativi dovranno essere usati per la codifica delle indagini genetiche sui familiari dell'assistito quando necessarie per diagnosticare (all'assistito) una malattia rara di origine ereditaria.

**Nota (4)**

Codice alternativo utilizzabile dal MMG, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta. In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la

Specifiche Funzionali dei  
tracciati

---

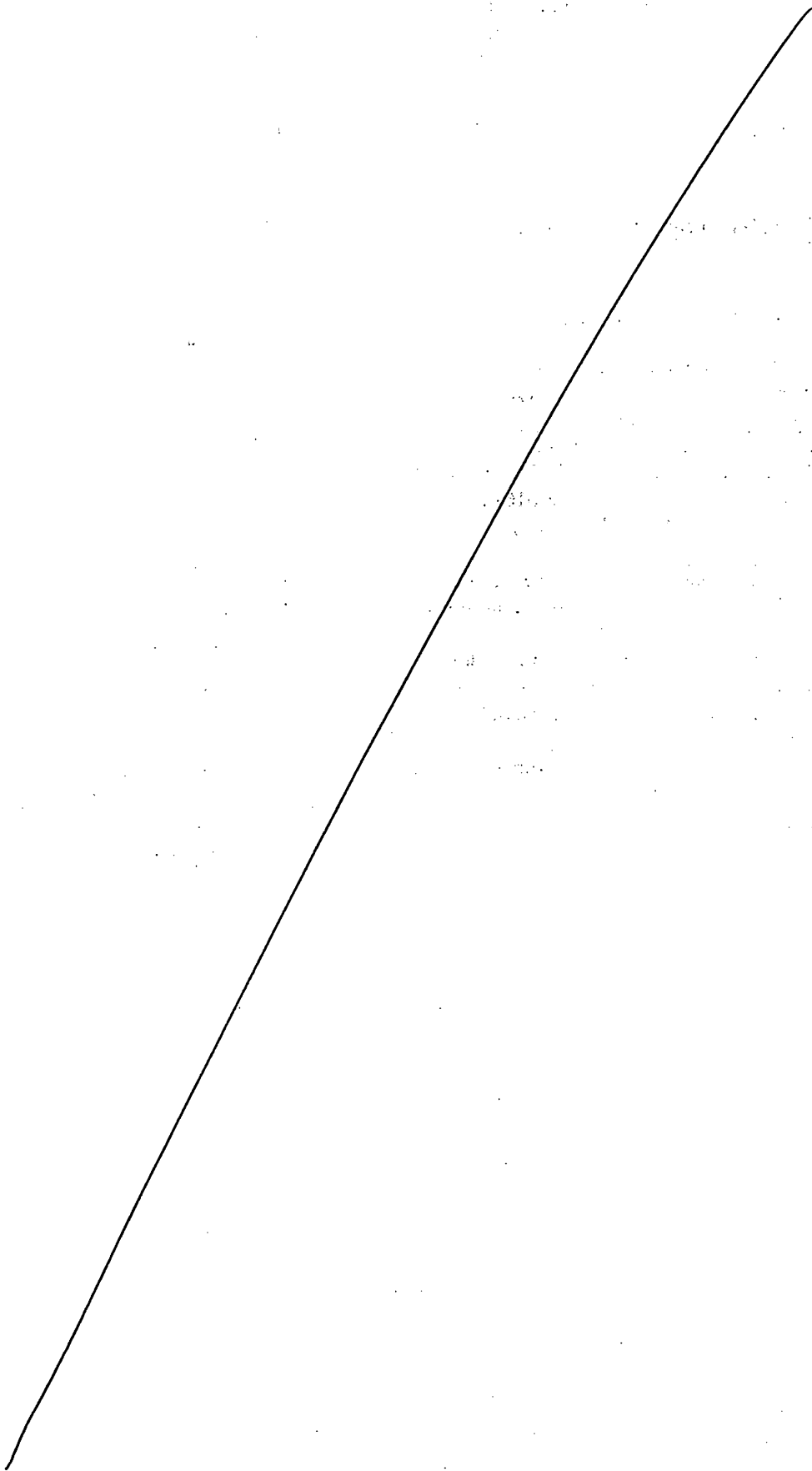
tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarebbe di competenza della struttura erogatrice.

Specifiche Funzionali dei  
 tracciati

**Tab. 2 - CODIFICA NAZIONALE DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA  
 PARTECIPAZIONE ALLA SPESA**

**Esenzioni correlate alla situazione economica del nucleo familiare (a cura del soggetto erogatore)**

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
38	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8, comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);	<b>E condizioni Economiche</b>	01	
39	Disoccupati - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		02	
40	Titolari di assegno (ex pensione) sociale - e loro familiari a carico (art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		03	
41	Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		04	



## ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD

### ALLEGATO 3

Responsabile aggiornamento: Ing. Paolo Busca			
Revisioni effettuate			
Rev.:	Data	Paragrafo	Oggetto della revisione
0	18/10/2001		EMISSIONE
1	26/11/2001	3.11	Farmaceutico territoriale: cambiata posizione 192 per ricetta informatizzata
1	26/11/2001	1.4	Modalità compilazione campi in €
1	26/11/2001	3.11	Posizioni in € 74-85, 102-109, 128-135 e quantità nulla solo per ossigeno
1	26/11/2001	3.2	Posizioni in € 102-109, e quantità nulla solo per ossigeno
2	30/11/2001	3.12	Posizioni in € 74-80, 102-109, 112-118, 135-142, 145-151 e quantità nulla solo per ossigeno
2	30/11/2001	3.12	Farmaceutico territoriale: cambiata posizione 200 per ricetta informatizzata
3	20/06/2002	2.4	Anagrafe farmacia: cambiate modalità del campo FATTURATO
4	01/07/2002	3.3	Ricettari: inserito tracciato record
5	24/07/2002	3.3	Anagrafe assistibili: inserito campo RESIDENTE
6	19/06/2003	3.12	Farmaceutico territoriale: modifica campo ESENZIONE
7	29/12/2003	3.11-3.12	Farmaceutico territoriale: inserimento campo NOTACUF
7	29/12/2003	3.11	Farmaceutico territoriale: inserimento campo Tipo Ricettario (TIPORIC)
8	19/01/2004	3.11	Farmaceutico territoriale: specifica ulteriore di TIPORIC: 1 Medico di base, 2 Pediatra



Pagina 2 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

9	19/01/2004	3.11-3.12	Farmaceutico territoriale: specifica della notacuf per entrambi i farmaci
10	30/04/2004		Separazione dati personali e dati sensibili per legge "sulla privacy"
10	30/04/2004	3.22	Aggiunta del campo costo da gare Asl
11	23/12/2004	2.22	Aggiunta del campo 'Data di morte' – da pos. 77
11	23/12/2004	2.22	Aggiunta dei campi inizio e fine esenzione – da pos. 47
11	23/12/2004	2.3	Diversa codifica del campo 'Tipo medico' – pos. 61
11	23/12/2004	3.1	Spostamento campo codice farmacia da pos. 10 a 257 e variazione della sua lunghezza (da 3 a 6 caratteri)
11	23/12/2004	3.1	Diversa codifica del campo 'Codice diagnosi' - pos. 45
11	23/12/2004	3.1	Diversa codifica del campo 'ricetta indotta' - pos. 51
11	23/12/2004	3.1	Aggiunta del campo 'Esenzione per reddito' - pos. 86
11	23/12/2004	3.1	Diversa codifica del campo 'tipo ricettario' - pos. 183
11	23/12/2004	3.1	Aggiunta dei campi sconto e ticket per le 2 specialità – da pos. 200
11	23/12/2004	3.1	Aggiunta del campo 'Tipo ricetta' (naviganti, stranieri, ecc.) – pos. 263
11	23/12/2004	3.1	Aggiunta del campo 'Priorità della prestazione' – pos. 265

Pagina 3 di 29	<b>CINECA</b> <b>Consorzio Interuniversitario</b>	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

11	23/12/2004	3.1	Aggiunta di un campo di 8 caratteri a disposizione delle regioni – pos. 266
11	23/12/2004	3.12.1	Aggiunta dei campi desumibili dalla Tessera europea di malattia – da pos. 33
11	23/12/2004	3.2	Aggiunta del campo 'Tipo di erogazione' – da pos. 90
11	23/12/2004	3.2	Aggiunta dei campi 'Sconto teorico' e 'Onere farmacia' – da pos. 122
11	23/12/2004	3.3	Diversa codifica del campo 'tipo ricettario' - pos. 5
11	23/12/2004	3.3	Variazione della lunghezza del campo 'Anno ricettario' – pos. 46
11	23/12/2004	3.3	Aggiunta del campo 'Regione di riferimento' – pos. 53
11	23/12/2004	3.3	Aggiunta del campo 'Codice a barre' – pos. 56
12	28/02/2006	2.1	Aggiunta del campo 'Data di iscrizione' – pos. 113
13	29/03/2006	3.2	Aggiunta del campo 'Unita prezzo da gara' – pos. 138
14	30/05/2006	3.4	Aggiunta del tracciato record per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
15	30/05/2006	3.2 e 3.4	Aggiunta del campo 'Codice a barre', pos. 139
16	23/02/2007	2.3	Aggiunta del codice UTAP, pos. 142
17	16/10/2007	2.3	Aggiunta del codice NCP, pos. 147
18	25/10/2007	3.2	Aggiunta onere grossista, pos. 155

183

Pagina 4 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

19	06/03/2008	3.2	Accorpamento onere grossista – onere farmacia, pos. 130
19	06/03/2008	3.2	Aggiunta del campo mazzetta, pos. 155
19	06/03/2008	3.2	Aggiunta del campo 'Tipologia prescrizione', pos. 160
20	10/03/2008	2.1	Aggiunta dei campi 'Regione e Asl di residenza', pos. 121
20	10/03/2008	2.1	Aggiunta dei campi 'Regione e Asl di assistenza', pos. 126
21	10/12/2008	3.11.1	Aggiunta del campo 'Prezzo di riferimento', poss. 284 e 301
21	10/12/2008	3.2	Aggiunta del campo 'Prezzo di riferimento', pos. 210
22	27/01/2010	3.2	Pos. 22 modificato con 'Progressivo ricetta'
22	27/01/2010	3.2	'Inserito codice farmacia', pos. 200
23	15/02/2010	3.11.1	Riorganizzazione e riposizionamento dei campi
23	15/02/2010	3.11.1	Inserito 'codice codice medico da timbro', pos. 179
23	15/02/2010	3.11.1	Inserito 'quota ricetta specialità', poss. 281,351
23	15/02/2010	3.2	Inserito 'codice codice medico da timbro', pos. 229
23	15/02/2010	3.2	Inserito 'quota ricetta specialità', pos. 225
24	03/05/2010	2.4	Modificata lunghezza della "Descrizione farmacia", pos. 15

124

Pagina 5 di 29	<b>CINECA</b> <small>Consorzio Interuniversitario</small> <b>Consorzio Interuniversitario</b>	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

25	23/09/2013	2.3	Inserito il campo AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) pos. 152
----	------------	-----	---

Pagina 6 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
<b>ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD</b>		

## INDICE

1	MODALITA' INVIO DATI.....	7
1.1	PER VIA TELEMATICA TRAMITE SITO DANAE (DA PREFERIRE).....	7
1.2	VIA POSTA O CORRIERE – DATI SU CD ROM .....	7
1.3	SEPARAZIONE DATI SENSIBILI DA PERSONALI NEL SISTEMA DANAE-ARGO .....	8
1.4	STANDARD DEI NOMI DEI FILE DATI .....	10
1.41	ANAGRAFI (FA) .....	10
1.42	FARMACEUTICA TERRITORIALE (ARGO - FP).....	10
1.5	MODALITA' DI GESTIONE DEI CAMPI IN EURO ( € ).....	11
2	DANAE – ANAGRAFI .....	12
2.1	ANAGRAFE ASSISTIBILE .....	12
2.2	ANAGRAFE ESENZIONE PER PATOLOGIA ASSISTIBILE .....	13
2.21	TRACCIATO CON CODICE ASSISTIBILE SENZA CODICE PATOLOGIA.....	13
2.22	TRACCIATO CON CODICE PATOLOGIA SENZA CODICE ASSISTIBILE.....	14
2.3	ANAGRAFE MEDICO.....	15
2.4	ANAGRAFE FARMACIA .....	16
3	DANAE FT - FARMACEUTICA TERRITORIALE (ARGO) .....	17
3.1	PRESCRIZIONE FARMACEUTICA CONVENZIONATA.....	17
3.11.1	DATI DELLA RICETTA SENZA CODICE ASSISTITO .....	17
3.12.1	CODICE ASSISTITO DELLA RICETTA.....	20
3.2	EROGAZIONE DIRETTA, DPC, ADI, I° CICLO DI TERAPIA, FARMACI H, RSA, AIR... ..	21
3.21	TRACCIATO SENZA CODICE ASSISTITO.....	21
3.22	CODICE ASSISTITO EROGAZIONE DIRETTA .....	23
3.3	RICETTARI.....	24
	APPENDICI .....	25
	A: CODICI ISTAT REGIONI ITALIANE .....	25
	B: CODICI ISTAT DEGLI STATI ESTERI .....	26

Pagina 7 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
<b>ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD</b>		

## 1 MODALITA' INVIO DATI

### 1.1 PER VIA TELEMATICA TRAMITE SITO DANAЕ (DA PREFERIRE)

E' possibile inviare i dati via Internet, accedendo al sito protetto di Danae, sotto la voce "Invio / ricezione dati". Questa modalità è da preferire a qualsiasi altra, per motivi soprattutto di sicurezza, otre che economici e di tempestività nell'invio. Per garantire la sicurezza i dati vengono cifrati nella fase di invio sulla rete secondo lo standard SSL I-RC4 a 128 bit.

Non è permesso inviare i dati tramite posta elettronica.

I nomi dei files devono seguire rigorosamente gli standard indicati nel paragrafo 1.3 del presente documento.

### 1.2 VIA POSTA O CORRIERE – dati su CD ROM

I supporti sono quelli standard disponibili in commercio su cui è permesso scrivere una sola volta.

Deve contenere una targhetta adesiva come indicato alla voce etichetta.

Anche in questo caso i nomi dei files devono seguire l'indicazione precedente.

#### o ETICHETTA

L' etichetta incollata sul supporto deve riportare tutte le informazioni relative a:

Regione: nome	(Es: Regione Veneto)
Azienda: numero e nome	(Es: Azienda: 16 "Padova")
Nome/i files	(Es: FP050016200101.DATI)
Anno e mese di riferimento	(Es: 2001 Gennaio)
Numero di records	(Es: N. records: 65320)

Il CD dovrà essere spedito a:

**CINECA - Progetto DANAЕ-ARGO**

*Att.ne Ing. P. Busca*

Via Magnanelli 6/3

40033 Casalecchio di Reno – Bologna

Pagina 8 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

### **1.3 SEPARAZIONE DATI SENSIBILI DA PERSONALI NEL SISTEMA DANAE-ARGO**

Il sistema Danae ARGO del Cineca per il monitoraggio economico ed epidemiologico dei dati di prescrizione farmaceutica, tratta dati sensibili e personali degli assistibili delle ASL.

Per adeguare i flussi informativi (periodici) provenienti dalle ASL e società di data-entry a quanto indicato dalla normativa in essere (l'allegato B, "Disciplinare Tecnico in Materia di Misure Minime di Sicurezza" punto 24 prevede *il trattamento disgiunto dei dati personali da quelli sensibili.*) è necessario che nei tracciati record vengano separati i riferimenti personali del paziente dai dati sensibili, in particolare:

- il codice del paziente (tessera sanitaria o codice fiscale) non deve più essere presente insieme ai dati della ricetta
- il codice del paziente non deve più essere presente nel file delle esenzioni per patologia

Operativamente questo vincolo comporta che:

- a) Il flusso dei dati delle ricette (inizia con FTxxxxx.DATI) deve essere sdoppiato
- b) Il primo file (FTxxxxx.DATIS) deve contenere tutte le informazioni del tracciato con il campo codice assistito annullato con spazi bianchi e l'inserimento alla fine del tracciato di un codice progressivo dell'intero file
- c) Il secondo file (FTxxxxx.DATIA) deve contenere il progressivo del punto b) con il codice assistito

Pagina 9 di 29	<b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

La relazione fra DATIS e DATIA avviene tramite il codice progressivo; è evidente che la definizione di questo numero è determinante per ricostruire i dati completi ed assegnare la ricetta al corrispondente paziente. Pertanto si ritiene di definire tale progressivo di 16 caratteri nel seguente modo:

Regione(2)	ASL(3)	Anno(2)	Mese(2)	Numero(7)
rr	Asl	aa	mm	nnnnnnn

**Tutte e 16 le posizioni vanno compilate** Non ci devono essere spazi bianchi.

Per un determinato mese i primi 4 campi (9 caratteri) sono **Costanti** (il loro scopo è solo di verifica e controllo nell'acquisizione automatica delle procedure Cineca)

Non si è ritenuto opportuno utilizzare campi già presenti per la relazione fra i due file, come codice a barre ricetta o codice ricetta-mazzetta-farmacia, perché in alcuni casi **non sono univoci**.

Esempio :

**0502004060000001**

per la regione 05

ASL 020

Anno 04

Mese 06

Progressivo 0000001

Analogamente verrà fatto sui dati di esenzione per patologia.

I dettagli tecnici sono spiegati nei paragrafi seguenti

**E' necessario che i flussi inviati al Cineca dopo il 30 Giugno 2004 siano conformi alle specifiche in allegato.**

1089



## 1.4 STANDARD DEI NOMI DEI FILE DATI

### 1.41 ANAGRAFI (FA)

<b>FArrraslaaaamm.ASSISTART</b>	(assistibili – intera banca dati - <i>solo primo invio</i> )
<b>FArrraslaaaamm.ASSIATT</b>	(assistibili – solo quelli attivi)
<b>FArrraslaaaamm.ESENTIA</b>	(assistibili con patologia – codice assistibile senza codice patologia)
<b>FArrraslaaaamm.ESENTIS</b>	(assistibili con patologia – codice patologia senza codice assistibile)
<b>FArrraslaaaamm.MEDISTART</b>	(medici – intera banca dati – <i>solo primo invio</i> )
<b>FArrraslaaaamm.MEDIATT</b>	(medici – solo quelli attivi)
<b>FArrraslaaaamm.FARMA</b>	(farmacie)

rrr = codice regione 3 caratteri (es: 050 per regione Veneto )  
 asl= numero azienda (es: 016 per Padova , 101 per Imperia, 906 per Livorno.....)  
 aaaa = anno mm = mese  
 Esempio: FA050016200111.ASSIATT Dati di Novembre 2001 dell'azienda 16 regione 050

### 1.42 FARMACEUTICA TERRITORIALE (ARGO - FP)

<b>FPrrraslaaaamm.DATIA</b>	(prescrizioni – codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.DATIS</b>	(prescrizioni senza codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.RICE</b>	(ricettari)
<b>FPrrraslaaaamm.EROGDIRA</b>	(prescrizioni erogazione diretta - codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.EROGDIRS</b>	(prescrizioni erogazione diretta senza codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.DPCA</b>	(prescrizioni DPC – codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.DPCS</b>	(prescrizioni DPC senza codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.ADIA</b>	(prescrizioni ADI – codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.ADIS</b>	(prescrizioni ADI senza codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.TERA</b>	(prescrizioni I ciclo di terapia – codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.TERS</b>	(prescrizioni I ciclo di terapia senza codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.RSAA</b>	(prescrizioni RSA - codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.RSAS</b>	(prescrizioni RSA senza assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.FASCIAHA</b>	(prescrizioni farmaci fascia H - codice assistito)
<b>FPrrraslaaaamm.FASCIAHS</b>	(prescrizioni farmaci fascia H senza codice assistito)

rrr = codice regione 3 caratteri (es: 050 per regione Veneto )  
 asl= numero azienda (es: 016 per Padova,.....)  
 aaaa = anno mm = mese  
 Esempio: FP050015200601.DATI Dati di Gennaio 2006 dell'azienda 015 regione 050

**Tutti i numeri devono essere allineati a destra con zeri in testa, i campi alfanumerici a sinistra.**

Pagina 11 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

### **1.5 MODALITA' DI GESTIONE DEI CAMPI IN EURO ( € )**

- **Tutti i valori in euro presenti nei tracciati vanno gestiti senza il separatore dei decimali**
- **Ciascun campo interessato è diviso quindi in due parti: parte intera e parte decimale separate**
- **Le parti decimali vanno sempre compilate in tutte le posizioni**

Esempio di compilazione:

Campo con 4 cifre decimali (decimillesimi di €)

€ 12,456    12 va scritto sulla parte intera allineata a destra e 4560 sulla parte decimale  
 € 87        87 va scritto sulla parte intera allineata a destra e 0000 sulla parte decimale  
 € 29,01    29 va scritto sulla parte intera allineata a destra e 0100 sulla parte decimale  
 € 0,21     0 va scritto sulla parte intera allineata a destra e 2100 sulla parte decimale

12

## ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD

### 2 DANAE – ANAGRAFI

**ATTENZIONE:** Aggiunti i campi REGIONE E ASL DI RESIDENZA da pos. 121, REGIONE E ASL DI ASSISTENZA da pos. 128

#### 2.1 ANAGRAFE ASSISTIBILE

Lunghezza record 150 caratteri

<u>POSIZIONE</u>	<u>FOR MATO</u>	<u>DESCRIZIONE</u>
001-002	I 2	Cod. Regione (es: 07 per Liguria, 15 per Campania..)
003-005	I 3	Cod. Azienda USL inviante (es: 016 per Padova , 101 per Imperia,106 per Teramo...)
<b>006-021</b>	<b>A 16</b>	<b>Tessera sanitaria numerica (se disponibile, altrimenti nullo)</b>
022-045	A 24	Cognome nome
046-053	I 8	Data di nascita nel formato ggmmaaaa
054-054	A 1	Sesso (M o F)
<b>055-060</b>	<b>I 6</b>	<b>Cod. ISTAT del Comune di RESIDENZA dell'assistito</b>
<b>061-076</b>	<b>A 16</b>	<b>Codice medico FISCALE</b>
077-084	I 8	Data di cessazione nel formato ggmmaaaa
085-085	A 1	Assistibili temporaneamente residenti (S,N)
086-088	A 3	Cittadinanza (codice ISTAT)
<b>089-104</b>	<b>A 16</b>	<b>Codice Fiscale Assistibile (campo obbligatorio)</b>
105-112	I 8	Data di morte nel formato ggmmaaaa
<b>113-120</b>	<b>I 8</b>	<b>Data di iscrizione dell'assistibile all'anagrafe Asl (in caso di rinnovi, come ad esempio gli assistibili temporaneamente residenti, indicare la prima data di iscrizione) – formato ggmmaaaa</b>
<b>121-122</b>	<b>I 2</b>	<b>Cod. Regione di RESIDENZA (es: 07 per Liguria, 15 per Campania, 42 Per Trentino)</b>
<b>123-125</b>	<b>I 3</b>	<b>Cod. Asl DI RESIDENZA (es: 016 per Padova , 101 per Imperia,106 per Teramo...)</b>
<b>126-127</b>	<b>I 2</b>	<b>Cod. Regione di ASSISTENZA (es: 07 per Liguria, 15 per Campania, 42 Per Trentino)</b>
<b>128-130</b>	<b>I 3</b>	<b>Cod. Asl DI ASSISTENZA (es: 016 per Padova , 101 per Imperia,106 per Teramo...)</b>
<b>131-150</b>	<b>A 20</b>	<b>a disposizione</b>

**Inviare gli archivi con solo gli assistibili attivi alla data di invio, più eventuali deceduti dall'ultimo aggiornamento.  
Fa eccezione il primo invio, che va concordato e che può comprendere uno storico di assistibili non più attivi (trasferiti o deceduti).**

Pagina 13 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

## 2.2 ANAGRAFE ESENZIONE PER PATOLOGIA ASSISTIBILE

**Attenzione!** Come prescritto dalla legge "sulla privacy" il tracciato record è stato diviso in due parti per separare il codice assistito (dato personale) dalla patologia (dato sensibile). Le due parti corrispondenti sono identificabili da un Codice Progressivo Univoco di 16 caratteri così composto:

rr asl aa mm nnnnnnn

dove:

rr = codice regione 2 caratteri (es: 05 per regione Veneto, 15 per regione Campania...)

asl= numero azienda (seguire lo standard dei nomi dei flussi di dati, es: 016 per Padova , 101 per Imperia, 906 per Livorno.....)

aa = anno 2 caratteri

mm = mese

numero progressivo di 7 cifre con zeri in testa

Esempio: 0500104030000047 regione=05 Asl=001 anno=04 mese=03 n. progressivo 0000047

### 2.21 TRACCIATO CON CODICE ASSISTIBILE SENZA CODICE PATOLOGIA

lunghezza record 80 caratteri

se l'assistito ha più patologie, fornire un record per ogni patologia !!

<u>POSIZIONE</u>	<u>FOR</u>	<u>MATO</u>	<u>DESCRIZIONE</u>
------------------	------------	-------------	--------------------

001- 002	1 2		Cod. Regione (es: 05 )
----------	-----	--	------------------------

003- 005	1 3		Cod. azienda USL (es: 020)
----------	-----	--	----------------------------

**006-021 A 16 Codice assistito (fiscale o tessera sanitaria secondo indicazioni regionali)**

**022- 030 A 9 Lasciare 9 spazi vuoti (9 caratteri nulli)**

**031- 046 A 16 Codice Progressivo Univoco. Lo stesso codice si deve trovare nel corrispondente record del tracciato con codice patologia. I 16 caratteri vanno tutti compilati, non devono risultare spazi vuoti.**

**047- 080 A 34 A disposizione**

153

## ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD

### 2.22 TRACCIATO CON CODICE PATOLOGIA SENZA CODICE ASSISTIBILE

lunghezza record 80 caratteri

se l'assistito ha più patologie, fornire un record per ogni patologia !!

<u>POSIZIONE</u>	<u>FORMATO</u>	<u>DESCRIZIONE</u>
------------------	----------------	--------------------

001-002	I 2	Cod. Regione (es: 05 )
---------	-----	------------------------

003-005	I 3	Cod. azienda USL (es: 020)
---------	-----	----------------------------

**006-021 A 16 *Lasciare 16 spazi vuoti (16 caratteri nulli)***

022-030	A 9	codice patologia
---------	-----	------------------

031-046	A 16	Codice progressivo univoco. Lo stesso codice si deve trovare nel corrispondente record del tracciato con codice assistibile. I 16 caratteri vanno tutti compilati, non devono risultare spazi vuoti.
---------	------	--

**047-054 I 8 *Data inizio esenzione (formato ggmmaaaa)***

**055-062 I 8 *Data fine esenzione (formato ggmmaaaa)***

**063-080 A 18 *A disposizione***

Pagina 15 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

## 2.3 ANAGRAFE MEDICO

Lunghezza record 160 caratteri

**POSIZIONE    FOR  
MATO    DESCRIZIONE**

001-002	I 2	Cod. Regione (es: 05 )
003-005	I 3	Cod. Azienda USL (es: 020)
006-021	A 16	Codice regionale del medico (se numerico allineare a destra con zeri in testa ).
022-045	A 24	Cognome nome
046-053	I 8	Data di nascita nel formato ggmmaaaa
054-054	A 1	Sesso (M o F)
055-060	I 6	Numero assistiti in carico
061-061	A1	Tipo medico(*): F=Medico di medicina generale, P=Pediatra, H=Ospedaliero, A=Specialista ambulatoriale (ex SUMAI), G=Guardia medica, T=Guardia turistica, C=Specialista di struttura privata accreditata, U=Medico di azienda ospedaliero-Universitaria, D=Dipendente servizi territoriali Asl, I=INAIL, R=RSA, Z= Altra specializzazione
062-063	I 2	Distretto ex USL (zona o distretto)
064-070	A 7	A disposizione
071-072	I 2	A disposizione
073-078	I 6	Cod. ISTAT del Comune di appartenenza del medico
079-086	I 8	Data di cessazione nel formato ggmmaaaa
087-88	I 2	A disposizione
089-90	I 2	A disposizione
091-106	A 16	Codice fiscale del medico
107-110	A 4	A disposizione

*(continua alla pag. successiva)*

se il medico ha più di un rapporto con la ASL (ad esempio Medico di base e Guardia medica), duplicare i dati relativi al medico diversificando il campo Tipo medico)

## ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD

- 111-126 A 16 **Specialità cliniche e discipline ospedaliere – (modulo HSP.11 del Min. della Sanità)**  
 Il dato è strutturato da sinistra a destra come segue:  
**Codice Struttura** 6 caratteri  
**Codice Asl/Osp** 3 “  
**Codice Disciplina** 2 “  
**Progressivo di Divisione** 2 “  
**Sub-codice** 2 “  
**Tipo Divisione** 1 “
- 127-131 I 5 Medicina di gruppo (codice progressivo)
- 132-136 I 5 Team – codice di raggruppamento medici
- 137-141 I 5 Coop – codice di raggruppamento medici
- 142-146 I 5 Codice UTAP (Unità Territoriale Assistenza Primaria) -  
 Codifica consigliata: da 1 a 99 assistenza su 12 ore, da 101 a 199 assistenza su 24 ore
- 147-151 I 5 Codice NCP (Nucleo di Cure Primarie) -  
 Codifica consigliata: da 1 a 99 assistenza su 12 ore, da 101 a 199 assistenza su 24 ore
- 152-156 I 5 Codice AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)**
- 157-160 A 4 A disposizione

**Inviare gli archivi con solo i medici attivi alla data di invio (eccetto il primo invio da concordare).**

## 2.4 ANAGRAFE FARMACIA

Lunghezza record 80 caratteri

<u>POSIZIONE</u>	<u>FOR MATO</u>	<u>DESCRIZIONE</u>
001-002	I 2	Cod. Regione (es: 05 )
003-005	I 3	Cod. azienda USL (es: 020)
006-014	I 9	Cod. Farmacia
<b>015-044</b>	<b>A 30</b>	<b>Descrizione Farmacia</b>
045-050	I 6	Cod. ISTAT del Comune di appartenenza della farmacia
051-051	A 1	Codice farmacie private = P, comunali = C
052-052		A 1 Codice farmacie urbane = U, rurale con sussidio = S, rurale senza sussidio = R, parafarmacia = X
053-054	I 2	Codice distretto territoriale della farmacia (se disponibile)
<b>055-055</b>	<b>I 1</b>	<b>Codice fatturato 1: &lt;=258.228,46 €; 2: &gt;258.228,46 e &lt;= 387.342,68 €; 3: &gt; &lt;= 387.342,68 €;</b>
056-080	A 25	A disposizione

Pagina 17 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

### 3 DANAE FT - FARMACEUTICA TERRITORIALE (ARGO)

#### 3.1 PRESCRIZIONE FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Il tracciato record è diviso in due parti per separare il codice assistito (dato personale) dai dati corrispondenti della ricetta (dati sensibili). Le due parti corrispondenti sono identificabili da un Codice Progressivo Univoco di 16 caratteri così composto:

rr asl aa mm nnnnnnn

dove:

rr = codice regione 2 caratteri (es: 05 per regione Veneto, )

asl= numero azienda (seguire lo standard dei nomi dei flussi di dati, es: 016 per Padova ,)

aa = anno 2 caratteri

mm = mese

numero progressivo di 7 cifre con zeri in testa

Esempio: 0500104030000047 regione=05 Asl=001 anno=04 mese=03 n. progressivo 0000047

#### 3.11.1 DATI DELLA RICETTA SENZA CODICE ASSISTITO

##### *Lunghezza record 374 caratteri*

Posizione	Formato	Descrizione
1	4 I	4 Data di riferimento nastro (anno+mese) es: 1001 per Gennaio 2010 ATTENZIONE: la data DEVE essere quella di riferimento del file e NON è legata alla data della ricetta. QUINDI rimane costante all'interno dello stesso file.
5	9 I	5 ASL di riferimento nastro: cod. ISTAT regione (nn) + numero USL (uuu)
10	12 A	3 A disposizione (il codice farmacia è ora in pos. 159)
13	17 I	5 Codice ASL del medico: cod. ISTAT regione (nn) + numero ASL (uuu)
18	22 I	5 Numero progressivo ricetta (numerazione farmacia-mazzetta)
23	24 A	2 Provincia assistito (per cittadini non italiani compilare con 99).
25	27 A	3 ASL assistito (è alfanumerico in quanto ASL di altre regioni hanno valori alfabetici nel codice)
28	43 A	16 Lasciare 16 spazi vuoti (16 caratteri nulli)
44	44 I	1 Verifica del codice assistito (qualsiasi algoritmo) 1=codice corretto 2=codice errato
45	50 A	6 Codice diagnosi (se l'assistito è esente per patologia, altrimenti nullo). I primi tre caratteri contengono l'indicazione del codice nazionale della tipologia di esenzione; gli altri tre sono destinati all'indicazione di eventuali codici regionali della tipologia di esenzione
51	51 A	1 Tipologia della prescrizione: S=ricetta indotta (suggerita), H=richiesta di ricovero, A=altro (prestazione di pertinenza Regionale), altrimenti nullo
52	67 A	16 Codice del medico DA RICETTARIO (Regione Liguria: se codice reparto allineare a sinistra)
68	73 I	6 Data di spedizione ricetta (ggmmaa)
74	76 I	3 Quota ricetta parte intera
77	78 I	2 Quota ricetta parte decimale
79	83 I	5 Ticket complessivo della ricetta parte intera

197



Pagina 18 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

84	85	I	2	Ticket complessivo della ricetta parte decimale
86	86	A	1	Esenzione per reddito ('R', altrimenti nullo)
87	91	I	5	<b>Numero mazzetta (i numeri in pos. 87 e 88 possono essere utilizzati per distinguere la tipologia della mazzetta)</b>
92	97	I	6	Data di prescrizione ricetta (ggmmaa)
98	113	A	16	codice a barre ricetta
114	114	A	1	Autocertificazione (S=si, N=no)
115	117	I	3	Diritti professionali parte intera
118	119	I	2	Diritti professionali parte decimale (Importo legato ai diritti professionali della ricetta (prestazioni specialistiche, diritto di chiamata; nullo se assente)
120	120	A	1	Ricetta informatizzata (S = informatizzata altrimenti nullo)
121	121	A	1	Tipo di funzione (tipo ricettario): F=Medico di medicina generale, P=Pediatra. H=Ospedaliero, A=Specialista ambulatoriale (ex SUMAI), G=Guardia medica , T=Guardia turistica, C=Specialista di struttura privata accreditata, U=Medico di azienda ospedaliero-Universitaria, D=Dipendente servizi territoriali Asl, I=INAIL, R=RSA, Z= Altra specializzazione
122	137	A	16	<b>Codice Progressivo Univoco. Lo stesso codice si deve trovare nel corrispondente record del tracciato con codice assistito. I 16 caratteri vanno tutti compilati, non devono risultare spazi vuoti.</b>
138	138	A	1	Scrivere R se nel campo 'Codice medico' è riportato un reparto ospedaliero - solo reg. Liguria
139	158	A	20	Codici errore - solo reg. Liguria
159	167	I	9	<b>Codice farmacia</b>
168	169	A	2	Tipo ricetta (*)
170	170	A	1	Priorità della prestazione (U=Urgente, B=a Breve, D=Differita, P=Programmata)
171	178	A	8	Campo a disposizione delle singole regioni
179	194	A	16	<b>Codice medico rilevato dal timbro</b>
195	234	A	40	<b>A disposizione</b>

(\*) Assistiti SASN (naviganti): NA=visita ambulatoriale, ND=domiciliare;  
 NE=Naviganti assistiti da istituzioni europee, NX=extraeuropee;  
 Straneri Temporaneamente Residenti: ST;  
 Assistiti assicurati da istituzioni estere: UE=istituzioni europee,EE=extraeuropee;  
 AD=Assistenza Domiciliare.

## ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD

### I° SPECIALITA

235	243	I	9	<p>codice ministeriale AIC (MINSAN10) che individua la I° specialita medicinale.          Anche per i galenici usare sempre il codice AIC se disponibile, altrimenti:          111111111 = galenici preconfezionati          111111112 = galenici OSSIGENO LIQ.          111111113 = galenici OSSIGENO GAS          111111114 = galenici MORFINA e METADONE          111111115 = galenici FLEBO PRECONFEZION.          111111116 = galenici MORFINA          111111117 = galenici METADONE          999999999 = specialità priva di AIC</p>
244	245	I	2	Quantità (n. pezzi) II specialità; nullo per ossigeno
246	251	I	6	Prezzo I° specialità parte intera (per ossigeno spesa complessiva)
252	253	I	2	Prezzo I° specialità parte decimale (per ossigeno spesa complessiva)
254	254	A	1	Classe di appartenenza al S.S.N.
255	257	A	3	Nota AIFA (es. nota 51 bis scrivere '51B', nota 9 scrivere '09')
258	261	I	4	Sconto parte intera
262	265	I	4	Sconto parte decimale
266	269	I	4	Ticket parte intera
270	273	I	4	Ticket parte decimale
274	278	I	5	Prezzo di riferimento parte intera
279	280	I	2	Prezzo di riferimento parte decimale
<b>281</b>	<b>282</b>	<b>I</b>	<b>2</b>	<b>Quota ricetta riferita alla singola specialità parte intera</b>
<b>283</b>	<b>284</b>	<b>I</b>	<b>2</b>	<b>Quota ricetta riferita alla singola specialità parte decimale</b>
<b>285</b>	<b>304</b>	<b>A</b>	<b>20</b>	<b>A disposizione</b>

### II° SPECIALITA

305	313	I	9	<p>codice ministeriale AIC (MINSAN10) che individua la II° specialita medicinale.          Anche per i galenici usare sempre il codice AIC se disponibile, altrimenti:          111111111 = galenici preconfezionati          111111112 = galenici OSSIGENO LIQ.          111111113 = galenici OSSIGENO GAS          111111114 = galenici MORFINA e METADONE          111111115 = galenici FLEBO PRECONFEZION.          111111116 = galenici MORFINA          111111117 = galenici METADONE          999999999 = specialità priva di AIC</p>
314	315	I	2	Quantità (n. pezzi) II specialità; nullo per ossigeno
316	321	I	6	Prezzo II° specialità parte intera (per ossigeno spesa complessiva)
322	323	I	2	Prezzo II° specialità parte decimale (per ossigeno spesa complessiva)
324	324	A	1	Classe di appartenenza al S.S.N.
325	327	A	3	Nota AIFA (es. nota 51 bis scrivere '51B', nota 9 scrivere '09')
328	331	I	4	Sconto parte intera
332	335	I	4	Sconto parte decimale
336	339	I	4	Ticket specialità parte intera
340	343	I	4	Ticket specialità parte decimale
344	348	I	5	Prezzo di riferimento parte intera
349	350	I	2	Prezzo di riferimento parte decimale
<b>351</b>	<b>352</b>	<b>I</b>	<b>2</b>	<b>Quota ricetta riferita alla singola specialità parte intera</b>
<b>353</b>	<b>354</b>	<b>I</b>	<b>2</b>	<b>Quota ricetta riferita alla singola specialità parte decimale</b>
<b>355</b>	<b>374</b>	<b>A</b>	<b>20</b>	<b>A disposizione</b>

Pagina 20 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

### 3.12.1 CODICE ASSISTITO DELLA RICETTA

*lunghezza record 120 caratteri*

<b>Posizione</b>	<b>Formato</b>	<b>Descrizione</b>
001-016	A 16	Codice progressivo univoco. Lo stesso codice si deve trovare nel corrispondente record del tracciato ricetta. I 16 caratteri vanno tutti compilati, non devono risultare spazi vuoti.
017-032	A 16	Codice assistito (fiscale o tessera sanitaria secondo indicazioni regionali)

Per assistiti assicurati da istituzioni estere (informazioni desumibili dalla Tessera europea di malattia):

033-060	A 28	Istituzione competente
061-062	A 2	Sigla stato estero
063-082	A 20	Numero di identificazione della Tessera europea
083-102	A 20	Numero di identificazione personale
103-120	A 18	A disposizione

Pagina 21 di 29	 <b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

### 3.2 EROGAZIONE DIRETTA, DPC, ADI, 1° ciclo di terapia, farmaci H, RSA, AIR

Il tracciato seguente è valido per i flussi di erogazione diretta, DPC, ADI, 1° ciclo di terapia, farmaci di fascia H, RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale), AIR. I file relativi a tali flussi devono essere inviati al Cineca separatamente, seguendo le denominazioni descritte al paragrafo 1.4.

il tracciato record è stato diviso in due parti per separare il codice assistito (dato personale) dai dati corrispondenti di erogazione diretta (dati sensibili). Le due parti corrispondenti sono identificabili da un Codice Progressivo Univoco di 16 caratteri così composto:

rr asl aa mm nnnnnn

dove:

rr = codice regione 2 caratteri (es: 05 per regione Veneto ...)

asl= numero azienda (seguire lo standard dei nomi dei flussi di dati, es: 016 per

aa = anno 2 caratteri

mm = mese

numero progressivo di 7 cifre con zeri in testa

Esempio: 0500104030000047 regione=05 Asl=001 anno=04 mese=03 n. progressivo 0000047

#### 3.21 TRACCIATO SENZA CODICE ASSISTITO

Ricetta e specialità coincidono.

Lunghezza record 250 caratteri

##### Posizione Formato Descrizione

001-004	I 4	Data di riferimento nastro (anno+mese) es: 1001 per gennaio 2010 <b>ATTENZIONE: la data DEVE essere quella di riferimento del file e NON è legata alla data della ricetta. QUINDI rimane costante all'interno dello stesso file.</b>
005-009	I 5	ASL di riferimento nastro: cod. ISTAT regione (nn) + numero USL (uuu)
<b>010-017</b>	<b>I 8</b>	<b>A disposizione</b>
<b>018-022</b>	<b>I 5</b>	<b>Progressivo Ricetta (DPC) / progressivo all'interno della struttura (altri flussi)</b>
023-024	A 2	Provincia assistito (per cittadini non italiani compilare con 99).
025-027	A 3	ASL assistito (è alfanumerico in quanto ASL di altre regioni hanno valori alfabetici nel codice).
028-043	A 16	Lasciare 16 spazi vuoti (16 caratteri nulli)
044-044	I 1	Verifica del codice assistito (qualsiasi algoritmo) 1=codice corretto 2=codice errato
045-050	A 6	Esenzione
051-051	I 1	A disposizione
052-067	A 16	Codice del medico; se assente indicare il codice del reparto (standard Ministero Salute), altrimenti nullo.
068-073	I 6	Data di dispensazione ricetta (ggmmaa)
074-089	A 16	Codice ente erogatore / struttura ospedaliera
090-090	A 1	Tipo di erogazione ('D' se da struttura pubblica, 'C' se da farmacia convenzionata (Distribuzione Per Conto), 'I' per adi, 'H' per farmaci di fascia H, 'T' per il 1° ciclo di terapia, 'S' per RSA, Y per AIR, nullo altrimenti)

201

## ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD

### SPECIALITA

091-099	I 9	codice ministeriale AIC (MINSAN10) che individua la specialità medicinale. Anche per i galenici usare sempre il codice AIC se disponibile, altrimenti: 111111111 = galenici preconfezionati 111111112 = galenici OSSIGENO LIQ. 111111113 = galenici OSSIGENO GAS 111111114 = galenici MORFINA e METADONE 111111115 = galenici FLEBO PRECONFEZION. 111111116 = galenici MORFINA 111111117 = galenici METADONE 999999999 = specialità priva di AIC
100-101	I 2	Quantità (n. pezzi) specialità; nullo per ossigeno
102-105	I 4	Prezzo specialità parte intera (per ossigeno spesa complessiva)
106-109	I 4	Prezzo specialità parte decimale (per ossigeno spesa complessiva)
110-110	A 1	Classe di appartenenza al S.S.N.
111-113	A 3	Nota AIFA (es. nota 51 bis scrivere '51B', nota 9 scrivere '09')
114-117	I 4	Prezzo medio, comprensivo di IVA, da gare Asl, parte intera (vedi pos. 138)
118-121	I 4	Prezzo medio, comprensivo di IVA, (da gare Asl), parte decimale (vedi pos. 138)
122-125	I 4	Sconto teorico(*) farmacia, parte intera
126-129	I 4	Sconto teorico parte decimale
130-133	I 4	Onere per confezione COMPLESSIVO (farmacia e grossista) per il servizio DPC, parte intera
134-137	I 4	Onere per confezione COMPLESSIVO, parte decimale
138-138	A 1	Unità prezzo da gara (prezzo per C=confezione, U=Unità terapeutica - compresse, fiale ecc.) - vedi pos. 114
139-154	A 16	Codice a barre ricetta
155-159	I 5	Mazzetta
160-160	A 1	Tipologia della prescrizione: S=ricetta indotta (suggerita), H=richiesta di ricovero, A=altro (prestazione di pertinenza Regionale), altrimenti nullo
161-183	A 23	A disposizione
184- 199	A 16	Codice Progressivo Univoco. Lo stesso codice si deve trovare nel corrispondente record del tracciato con codice assistito. I 16 caratteri vanno tutti compilati, non devono risultare spazi vuoti.
<b>200-208</b>	<b>I 9</b>	<b>Codice farmacia (se presente)</b>
<b>209-209</b>	<b>A 1</b>	<b>A disposizione</b>
210-214	I 5	Prezzo di riferimento parte intera
215-216	I 2	Prezzo di riferimento parte decimale
<b>217-220</b>	<b>I 4</b>	<b>Ticket specialità parte intera</b>
<b>221-224</b>	<b>I 4</b>	<b>Ticket specialità parte decimale</b>
<b>225-226</b>	<b>I 2</b>	<b>Quota ricetta riferita alla singola specialità parte intera</b>
<b>227-228</b>	<b>I 2</b>	<b>Quota ricetta riferita alla singola specialità parte decimale</b>
<b>229-244</b>	<b>A 16</b>	<b>Codice medico rilevato dal timbro</b>
<b>245-250</b>	<b>A 6</b>	<b>A disposizione</b>

(\*) E' lo sconto di cui godrebbe la farmacia se il farmaco fosse distribuito sul territorio a prezzo pieno invece che in erogazione diretta. Il dato è teorico e verrà usato solo per analisi di simulazione di tipo economico, come ad esempio il risparmio ottenuto con questa diversa modalità di distribuzione. Lo sconto è comprensivo di tutte le voci (0,6 %, payback, ecc.)

Pagina 23 di 29	<b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
<b>ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD</b>		

### 3.22 CODICE ASSISTITO EROGAZIONE DIRETTA

*lunghezza record 40 caratteri*

Posizione	Formato	Descrizione
001-016	A 16	Codice progressivo univoco. Lo stesso codice si deve trovare nel corrispondente record del tracciato erogazione diretta. I 16 caratteri vanno tutti compilati, non devono risultare spazi vuoti.
017-032	A 16	Codice assistito (fiscale o tessera sanitaria secondo indicazioni regionali)
033-040	A 8	A disposizione

203

Pagina 24 di 29	<b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

### 3.3 RICETTARI

## TRACCIATO RECORD RICETTARI

Lunghezza record 128 caratteri

<u>POSIZIONE</u>	<u>FOR MATO</u>	<u>DESCRIZIONE</u>
001-001	I 1	Identificativo record (sempre=1)
<b>002-004</b>	<b>I 3</b>	<b>Codice ASL di riferimento</b>
<b>005-005</b>	<b>A 1</b>	<b>Tipo di funzione (tipo ricettario):</b> <i>F=Medico di medicina generale,            P=Pediatra            H=Ospedaliero,            A=Specialista ambulatoriale (ex SUMAI),            G=Guardia medica ,            T=Guardia turistica,            C=Specialista di struttura privata accreditata,            U=Medico di azienda ospedaliero-Universitaria,            D=Dipendente servizi territoriali Asl,            I=INAIL,            R=RSA,            Z= Altra specializzazione</i>
006-014	I 9	Numero Ricetta (da codice a barre)
015-030	A 16	Codice Fiscale Medico
031-036	I 6	Data di consegna (GGMMAA)
037-044	A 8	A disposizione
045-045	A 1	Indicatore di blocco da 10 ricettari (indicare con X maiuscolo)
<b>046-047</b>	<b>A 2</b>	<b>Anno del ricettario</b>
<b>048-052</b>	<b>A 5</b>	<b>A disposizione</b>
<b>053-055</b>	<b>A 3</b>	<b>Regione o SASN di riferimento</b>
<b>056-071</b>	<b>A 16</b>	<b>Codice a barre completo (con check digit) della prima ricetta</b>
<b>072-128</b>	<b>A 57</b>	<b>A disposizione</b>

Pagina 25 di 29	<b>CINECA</b> Consorzio Interuniversitario	22/04/2014 rev. 25
ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD		

## APPENDICI

### A: CODICI ISTAT REGIONI ITALIANE

- 01 PIEMONTE
- 02 VALLE D'AOSTA
- 03 LOMBARDIA
- 41 PROV. AUTONOMA DI BOLZANO
- 42 PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- 05 VENETO
- 06 FRIULI
- 07 LIGURIA
- 08 EMILIA ROMAGNA
- 09 TOSCANA
- 10 UMBRIA
- 11 MARCHE
- 12 LAZIO
- 13 ABRUZZO
- 14 MOLISE
- 15 CAMPANIA
- 16 PUGLIA
- 17 BASILICATA
- 18 CALABRIA
- 19 SICILIA
- 20 SARDEGNA



## ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD

### **B: CODICI ISTAT DEGLI STATI ESTERI**

#### **EUROPA**

##### **UE (Unione Europea)**

Austria	203
Belgio	206
Danimarca	212
Finlandia	214
Francia	215
Germania	216
Grecia	220
Irlanda	221
Lussemburgo	226
Paesi Bassi	232
Portogallo	234
Regno Unito	219
Spagna	239
Svezia	240

##### **ALTRI PAESI EUROPEI**

Albania	201
Andorra	202
Bielorussia	256
Bosnia-Erzegovina	252
Bulgaria	209
Ceca, Repubblica	257
Cipro	315
Città del Vaticano	246
Croazia	250
Estonia	247
Islanda	223
Jugoslavia (Serbia-Montenegro)	224
Lettonia	248
Liechtenstein	225
Lituania	249
Macedonia	253
Malta	227
Moldavia	254
Monaco	229
Norvegia	231
Polonia	233
Romania	235
Russia	245
San Marino	236
Slovacchia	255
Slovenia	251
Svizzera	241
Turchia	351
Ucraina	243
Ungheria	244

##### **AFRICA**

Algeria	401
Angola	402
Benin (Dahomey)	406
Botswana	408
Burkina Faso (Alto Volta)	409
Burundi	410
Camerun	411
Capo Verde	413
Centrafricana, Repubblica	414
Ciad	415
Comore	417
Congo	418
Congo, Rep.Dem. (Zaire)	463
Costa d'Avorio	404
Egitto	419
Eritrea	466
Etiopia	420
Gabon	421
Gambia	422
Ghana	423
Gibuti	424
Guinea	425
Guinea Bissau	426
Guinea Equatoriale	427
Kenia	428
Lesotho	429
Liberia	430
Libia	431
Madagascar	432
Malawi	434
Mali	435
Marocco	436
Mauritania	437
Maurizio	438
Mozambico	440
Namibia	441
Niger	442
Nigeria	443
Ruanda	446
Sao Tomè e Principe	448
Seicelle	449
Senegal	450
Sierra Leone	451
Somalia	453
Sudafricana, Repubblica	454
Sudan	455

Swaziland	456
Tanzania	457
Togo	458
Tunisia	460
Uganda	461
Zambia	464
Zimbawe (Rhodesia)	465

## ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD

### AMERICA

Antigua e Barbuda	503	Samoa	727
Argentina	602	Tonga	730
Bahama	505	Tuvalu	731
Barbados	506	Vanuatu	732
Belize	507		
Bolivia	604		
Brasile	605		
Canada	509		
Cile	606		
Colombia	608		
Costarica	513		
Cuba	514		
Dominica	515		
Dominicana, Repubblica	516		
Ecuador	609		
El Salvador	517		
Giamaica	518		
Grenada	519		
Guatemala	523		
Guyana	612		
Haiti	524		
Honduras	525		
Messico	527		
Nicaragua	529		
Panama	530		
Paraguay	614		
Perù	615		
Saint Kitts e Nevis	534		
Saint Lucia	532		
Saint Vincent e Grenadine	533		
Stati Uniti d'America	536		
Suriname	616		
Trinidad e Tobago	617		
Uruguay	618		
Venezuela	619		

### OCEANIA

Australia	701
Figi	703
Kiribati	708
Marshall	712
Micronesia	713
Naurau	715
Nuova Zelanda	719
Palau	720
Papua Nuova Guinea	721
Salomone	725

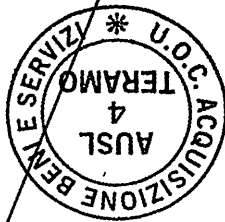
### ASIA

Afganistan	301
Arabia Saudita	302
Armenia	358
Azerbaigian	359
Bahreïn	304
Bangladesh	305
Bhutan	306
Brunei	309
Cambogia	310
Cina	314
Corea del Nord	319
Corea del Sud	320
Emirati Arabi Uniti	322
Filippine	323
Georgia	360
Giappone	326
Giordania	327
India	330
Indonesia	331
Iran	332
Iraq	333
Israele	334
Kazakistan	356
Kirghizistan	361
Kuwait	335
Laos	336
Libano	337
Malaysia	340
Maldiva	339
Mongolia	341
Myanmar (Birmania)	307
Nepal	342
Oman	343
Pakistan	344
Palestina	324
Quatar	345

## ALLEGATO IO-06 - TRACCIATI RECORD

## SEGUE: ASIA

		Turkmenistan	364
		Uzbekistan	357
		Vietnam	353
		Yemen	354
Singapore	346		
Siria	348		
Sri Lanka (Ceylon)	311		
Tagikistan	362		
Taiwan (Formosa)	363	<b>Apolide</b>	<b>999</b>
Thailandia	349		



ALL. NO 2

## DISCIPLINARE DI GARA

Procedura aperta finalizzata alla conclusione di accordo quadro con unico operatore economico per l'affidamento del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le

Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo

CIG 7653097F6B

210

## Art. 1 - PREMESSE

Con determina a contrarre n. **xxxxx** del **xxxxxxx**, questa Amministrazione ha deliberato di affidare, mediante la formula dell'accordo quadro con unico operatore economico, il servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche (comprese quelle dematerializzate) a carico del S.S.N. e dei piani terapeutici, con relativo stoccaggio, per le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.

La presente procedura di gara è indetta dall'Azienda U.S.L. di Teramo in qualità di stazione appaltante capofila, anche in nome e per conto delle Aziende UU.SS.LL. di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Lanciano-Vasto-Chieti e Pescara, in forza di delega per la gestione di tutte le attività necessarie all'espletamento della procedura ad evidenza pubblica finalizzata alla scelta del contraente.

In tale veste, resta di esclusiva competenza dell'Azienda U.S.L. di Teramo la titolarità della gestione giuridico-amministrativa delle seguenti attività:

- 1) espletamento dell'intera procedura di gara;
- 2) adozione del provvedimento di aggiudicazione;
- 3) gestione dell'eventuale contenzioso inerente alla procedura ad evidenza pubblica.

Resta invece nell'esclusiva competenza di ciascuna singola Azienda U.S.L. delegante, nonché dell'Azienda U.S.L. di Teramo, per la propria quota di servizio:

- 1) la stipula degli accordi quadro e dei singoli contratti attuativi, con conseguente assunzione diretta nei confronti dell'aggiudicatario dell'autonoma gestione del rapporto negoziale relativo alla quota di servizio di competenza di ogni singola Azienda;
- 2) la verifica circa la corretta esecuzione delle prestazioni da parte dell'aggiudicatario;
- 3) il ricevimento delle fatture e il pagamento delle stesse;
- 4) la gestione dell'eventuale contenzioso, compresa l'applicazione di penali e la risoluzione del singolo rapporto contrattuale, per la propria quota di servizio, relativamente alle attività sopra indicate;
- 5) la richiesta e la gestione del deposito cauzionale definitivo per la propria quota-parte di servizio;
- 6) l'eventuale esercizio della facoltà prevista dal punto II.2.2) del bando di gara e dall'art. 2 del capitolato speciale d'appalto.

Per quanto sopra, la presente procedura verrà aggiudicata dall'Azienda U.S.L. di Teramo a lotto unico ed indivisibile e darà luogo a quattro contratti d'appalto distinti ed autonomi da stipulare con le quattro Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.

L'affidamento avverrà mediante procedura aperta e con applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità prezzo, ai sensi degli artt. 60 e 95 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 – Codice dei contratti pubblici (in seguito Codice).

I luoghi di svolgimento del servizio sono le strutture delle Aziende UU.SS.LL. regionali e le sedi dell'aggiudicatario [codice NUTS ITF01] – CIG 7653097F6B.

Il **Responsabile del procedimento**, ai sensi dell'art. 31 del Codice, è il Dott. Vittorio D'Ambrosio Direttore della U.O.C. Acquisizione beni e servizi.

## Art. 2 - DOCUMENTAZIONE DI GARA, CHIARIMENTI E COMUNICAZIONI.

### 2.1 Documenti di gara

La documentazione di gara comprende:

- 1) Progetto ai sensi dell'art. 23 comma 14 del Codice, con i contenuti ivi previsti, composto dei seguenti documenti: capitolato speciale d'appalto e schema di contratto;
- 2) Bando di gara pubblicato sulla G.U.U.E. Serie S n. **xxx del xx.xx.2018** (avviso n. 2018/S/ xxx-xxxxxx) e sulla G.U.R.I. V **Serie Speciale n. xx dell'xx.xx.2018**;
- 3) Disciplinare di gara;



- 4) Patto di integrità adottato con deliberazione n. 444 del 16.4.2014 in attuazione dell'art. 1 comma 17 della legge n. 190/2012 reperibile sul sito internet dell'Azienda U.S.L. di Teramo [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) – homepage - sezione "Anticorruzione legge 190/12" – "patto d'integrità per appalti di servizi, forniture e lavori" – "patto di integrità Azienda USL di Teramo".
- 5) Modello di formulario per il Documento di gara unico europeo (D.G.U.E.);
- 6) Modello domanda di partecipazione;
- 7) Modello dichiarazioni integrative;
- 8) Modello dichiarazione accesso;
- 9) Modello RTI;
- 10) Modello dichiarazione avvalimento impresa ausiliaria.
- 11) Modello offerta economica;

La documentazione di gara è disponibile sul sito internet: <http://www.aslteramo.it> – "servizi online" – "bandi di gara".

## 2.2 Chiarimenti

È possibile ottenere chiarimenti sulla presente procedura mediante la proposizione di quesiti scritti da inoltrare all'indirizzo PEC [abs@pec.aslteramo.it](mailto:abs@pec.aslteramo.it) entro e non oltre il giorno xxxxxxxxxxxx.

Le richieste di chiarimenti devono essere formulate esclusivamente in lingua italiana. Ai sensi dell'art. 74 comma 4 del Codice, le risposte a tutte le richieste presentate in tempo utile verranno fornite entro il giorno xxxxxxxxxxxx, mediante pubblicazione in forma anonima all'indirizzo internet <http://www.aslteramo.it> – "servizi online" – "avvisi di gara e chiarimenti".

In ogni caso, la Stazione appaltante si riserva di fornire di propria iniziativa e secondo le modalità descritte nel capoverso precedente, chiarimenti, comunicazioni, avvisi riguardanti la procedura, almeno sei giorni prima della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte e, quindi, entro il xxxxxx.

Non sono ammessi chiarimenti telefonici.

## 2.3 Comunicazioni

Ai sensi dell'art. 76, comma 6 del Codice, i concorrenti sono tenuti ad indicare, in sede di offerta, l'indirizzo PEC o, solo per i concorrenti aventi sede in altri Stati membri, l'indirizzo di posta elettronica, da utilizzare ai fini delle comunicazioni di cui all'art. 76, comma 5, del Codice.

Salvo quanto disposto nel paragrafo 2.2 del presente disciplinare, tutte le comunicazioni tra stazione appaltante e operatori economici si intendono validamente ed efficacemente effettuate qualora rese all'indirizzo PEC [abs@pec.aslteramo.it](mailto:abs@pec.aslteramo.it) e all'indirizzo indicato dai concorrenti nella documentazione di gara.

Eventuali modifiche dell'indirizzo PEC/posta elettronica o problemi temporanei nell'utilizzo di tali forme di comunicazione, dovranno essere tempestivamente segnalate alla stazione appaltante; diversamente la medesima declina ogni responsabilità per il tardivo o mancato recapito delle comunicazioni.

In caso di raggruppamenti temporanei, GEIE, aggregazioni di imprese di rete o consorzi ordinari, anche se non ancora costituiti formalmente, la comunicazione recapitata al mandatario si intende validamente resa a tutti gli operatori economici raggruppati, aggregati o consorziati.

In caso di consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b e c del Codice, la comunicazione recapitata al consorzio si intende validamente resa a tutte le consorziate.

In caso di avvalimento, la comunicazione recapitata all'offerente si intende validamente resa a tutti gli operatori economici ausiliari.

In caso di subappalto, la comunicazione recapitata all'offerente si intende validamente resa a tutti i subappaltatori indicati.

## Art. 3 - OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI

L'appalto è costituito da un unico lotto, tenuto conto che l'affidamento a più operatori non si concilierebbe con la forma centralizzata che riveste tale procedura ed il conseguente carattere necessariamente unitario del servizio: le modalità di espletamento dello stesso devono essere uniformi per tutte le Aziende regionali, sia da un punto di vista tecnico e soprattutto con riferimento all'impiego di software, infrastruttura it, elaborati e flussi, oltre che sotto il profilo economico per cui, in caso di aggiudicazione a più operatori, non si giustificerebbero condizioni economiche diverse per elaborazione di singola ricetta, oltretutto in un'ottica di standardizzazione dei costi. Non da ultimo, l'affidamento ad unico operatore consentirebbe di realizzare economie di scala proprio nell'ottica del principio di economicità che ispira l'azione amministrativa.

### Tabella n. 1 – Oggetto dell'appalto



n.	Descrizione servizi	CPV	P (principale) S (secondaria)	Importo
1	rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N.	72300000	P	€ 2.707.809,28
<b>Importo totale a base di gara</b>				<b>€ 2.707.809,28</b>

L'importo a base di gara è al netto di Iva e/o di altre imposte e contributi di legge, nonché degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze.

L'importo degli oneri per la sicurezza da interferenze è pari a € 0,00.

L'appalto è finanziato con fondi di bilancio.

#### Art. 4 - DURATA DELL'APPALTO, OPZIONI E RINNOVI

##### 4.1 Durata

La durata dell'appalto (escluse le opzioni) è di anni quattro, decorrenti dalla data che sarà stabilita in sede di stipula dell'accordo quadro.

##### 4.2 Opzioni e rinnovi

**Opzione di proroga tecnica:** la durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere modificata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure finalizzate alla individuazione del nuovo contraente ai sensi dell'art. 106, comma 11 del Codice. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi - o più favorevoli - prezzi, patti e condizioni per un ulteriore periodo di mesi sei. Il valore totale massimo derivante da tale opzione è di € 338.476,16 oltre Iva.

**Opzione di estensione del quinto:** la stazione appaltante, qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento delle prestazioni fino a concorrenza del quinto dell'importo del contratto, può imporre all'appaltatore l'esecuzione alle stesse condizioni previste nel contratto originario ai sensi dell'art. 106 comma 12 del Codice. In tal caso l'appaltatore non può far valere il diritto alla risoluzione del contratto. Il valore totale massimo derivante da tale opzione è di € 541.561,86 oltre Iva.

Ai fini dell'art. 35, comma 4 del Codice, il valore massimo stimato dell'appalto, è pari ad € 3.587.847,30 al netto di Iva e/o di altre imposte e contributi di legge.

#### Art. 5 - SOGGETTI AMMESSI IN FORMA SINGOLA E ASSOCIATA E CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONE

Gli operatori economici, anche stabiliti in altri Stati membri, possono partecipare alla presente gara in forma singola o associata, secondo le disposizioni dell'art. 45 del Codice, purché in possesso dei requisiti prescritti dai successivi articoli.

Ai soggetti costituiti in forma associata si applicano le disposizioni di cui agli artt. 47 e 48 del Codice.

**È vietato** ai concorrenti di partecipare alla gara in più di un raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario di concorrenti o aggregazione di imprese aderenti al contratto di rete (nel prosieguo, aggregazione di imprese di rete).

**È vietato** al concorrente che partecipa alla gara in raggruppamento o consorzio ordinario di concorrenti, di partecipare anche in forma individuale.

**È vietato** al concorrente che partecipa alla gara in aggregazione di imprese di rete, di partecipare anche in forma individuale. Le imprese retiste non partecipanti alla gara possono presentare offerta, per la medesima gara, in forma singola o associata. I consorzi di cui all'articolo 45, comma 2, lettere b) e c) del Codice sono tenuti ad indicare, in sede di offerta, per quali consorziati il consorzio concorre; a questi ultimi è **vietato** partecipare, in qualsiasi altra forma, alla presente gara. In caso di violazione sono esclusi dalla gara sia il consorzio sia il consorziato; in caso di inosservanza di tale divieto si applica l'articolo 353 del codice penale.

Nel caso di consorzi di cui all'articolo 45, comma 2, lettere b) e c) del Codice, le consorziate designate dal consorzio per l'esecuzione del contratto non possono, a loro volta, a cascata, indicare un altro soggetto per l'esecuzione.

Le aggregazioni tra imprese aderenti al contratto di rete di cui all'art. 45, comma 2 lett. f) del Codice, rispettano la disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese in quanto compatibile. In particolare:

- a) **nel caso in cui la rete sia dotata di organo comune con potere di rappresentanza e soggettività giuridica (cd. rete - soggetto)**, l'aggregazione di imprese di rete partecipa a mezzo dell'organo comune, che assumerà il ruolo della mandataria, qualora in possesso dei relativi requisiti. L'organo comune potrà indicare anche solo alcune tra le imprese retiste per la partecipazione alla gara ma dovrà obbligatoriamente far parte di queste;
- b) **nel caso in cui la rete sia dotata di organo comune con potere di rappresentanza ma priva di soggettività giuridica (cd. rete-contratto)**, l'aggregazione di imprese di rete partecipa a mezzo dell'organo comune, che assumerà il ruolo della mandataria, qualora in possesso dei requisiti previsti per la mandataria e qualora il contratto di rete rechi mandato allo stesso a presentare domanda di partecipazione o offerta per determinate tipologie di procedure di gara. L'organo comune potrà indicare anche solo alcune tra le imprese retiste per la partecipazione alla gara ma dovrà obbligatoriamente far parte di queste;
- c) **nel caso in cui la rete sia dotata di organo comune privo di potere di rappresentanza ovvero sia sprovvista di organo comune, oppure se l'organo comune è privo dei requisiti di qualificazione**, l'aggregazione di imprese di rete partecipa nella forma del raggruppamento costituito o costituendo, con applicazione integrale delle relative regole (cfr. Determinazione ANAC n. 3 del 23 aprile 2013).

**Per tutte le tipologie di rete**, la partecipazione congiunta alle gare deve risultare individuata nel contratto di rete come uno degli scopi strategici inclusi nel programma comune, mentre la durata dello stesso dovrà essere commisurata ai tempi di realizzazione dell'appalto (cfr. Determinazione ANAC n. 3 del 23 aprile 2013).

Il ruolo di mandante/mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese può essere assunto anche da un consorzio di cui all'art. 45, comma 1, lett. b), c) ovvero da una sub-associazione, nelle forme di un RTI o consorzio ordinario costituito oppure di un'aggregazione di imprese di rete.

A tal fine, se la rete è dotata di organo comune con potere di rappresentanza (con o senza soggettività giuridica), tale organo assumerà la veste di mandataria della sub-associazione; se, invece, la rete è dotata di organo comune privo del potere di rappresentanza o è sprovvista di organo comune, il ruolo di mandataria della sub-associazione è conferito dalle imprese retiste partecipanti alla gara, mediante mandato ai sensi dell'art. 48 comma 12 del Codice, dando evidenza della ripartizione delle quote di partecipazione.

Ai sensi dell'art. 186-bis, comma 6 del R.D. 16 marzo 1942, n. 267, l'impresa in concordato preventivo con continuità aziendale può concorrere anche riunita in RTI purché non rivesta la qualità di mandataria e sempre che le altre imprese aderenti al RTI non siano assoggettate ad una procedura concorsuale.

## Art. 6 - REQUISITI GENERALI

Sono **esclusi** dalla gara gli operatori economici per i quali sussistono cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice.

Sono comunque **esclusi** gli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165.

Gli operatori economici aventi sede, residenza o domicilio nei paesi inseriti nelle c.d. **black list** di cui al decreto del Ministro delle finanze del 4 maggio 1999 e al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 21 novembre 2001 devono, **pena l'esclusione dalla gara**, essere in possesso, dell'autorizzazione in corso di validità rilasciata ai sensi del d.m. 14 dicembre 2010 del Ministero dell'economia e delle finanze (art. 37 del d.l. 3 maggio 2010 n. 78 convertito in legge n. 122/2010) oppure della domanda di autorizzazione presentata ai sensi dell'art. 1 comma 3 del d.m. 14 dicembre 2010.

La mancata accettazione delle clausole contenute nel patto di integrità di cui all'art. 2 punto 2.1 n. 4) costituisce **causa di esclusione** dalla gara, ai sensi dell'art. 1, comma 17 della l. 190/2012.

## Art. 7 - REQUISITI SPECIALI E MEZZI DI PROVA

I concorrenti, a **pena di esclusione**, devono essere in possesso dei requisiti previsti nei commi seguenti. I documenti richiesti agli operatori economici ai fini della dimostrazione dei requisiti devono essere trasmessi mediante AVCpass in conformità alla delibera ANAC n. 157 del 17 febbraio 2016.

Ai sensi dell'art. 59, comma 4, lett. b) del Codice, sono inammissibili le offerte prive della qualificazione richiesta dal presente disciplinare.

### 7.1 Requisiti di idoneità

**Iscrizione nel registro tenuto dalla Camera di commercio industria, artigianato e agricoltura** oppure nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato, per attività coerenti con quelle oggetto della presente procedura di gara.

Il concorrente non stabilito in Italia ma in altro Stato Membro o in uno dei Paesi di cui all'art. 83, comma 3 del Codice, presenta dichiarazione giurata o secondo le modalità vigenti nello Stato nel quale è stabilito.

Per la comprova del requisito la stazione appaltante acquisisce d'ufficio i documenti in possesso di pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'operatore economico, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

Il possesso del requisito è richiesto a pena di esclusione.

## 7.2 Requisito di capacità economica e finanziaria

La prova della capacità economica e finanziaria è fornita, ai sensi dell'art. 86, comma 4 e dell'allegato XVII parte I, del Codice, mediante produzione, secondo quanto previsto al successivo paragrafo 15.3.2., di **almeno n. 2 idonee dichiarazioni bancarie**. Nel caso in cui il concorrente non sia in grado di presentare le referenze richieste, dovrà innanzitutto specificarne i motivi ed inoltre dovrà presentare copia autentica dell'ultimo bilancio approvato, corredato dalla relazione del Collegio Sindacale, ove esistente. La stazione appaltante si riserva di valutare la documentazione di bilancio presentata per ravvisare se risulta soddisfatto il requisito della capacità economica e finanziaria di cui al presente punto.

Il possesso del requisito è richiesto a pena di esclusione.

## 7.3 Requisiti di capacità tecnica e professionale

Il concorrente deve **aver eseguito nell'ultimo triennio antecedente alla data di pubblicazione del bando di gara, almeno n. 3 (tre) principali servizi di rilevazione e/o elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche**, con l'indicazione della esatta descrizione delle attività, delle date e dei destinatari pubblici o privati.

La comprova del requisito, è fornita secondo le disposizioni di cui all'art. 86 e all'allegato XVII, parte II, del Codice.

In caso di servizi prestati a favore di pubbliche amministrazioni o enti pubblici mediante la seguente modalità: originale o copia conforme dei certificati rilasciati dall'amministrazione/ente contraente, con l'indicazione dell'oggetto, dell'importo e del periodo di esecuzione.

In caso di servizi prestati a favore di committenti privati, mediante la seguente modalità: originale o copia autentica dei certificati rilasciati dal committente privato, con l'indicazione dell'oggetto, dell'importo e del periodo di esecuzione.

## 7.4 Indicazioni per i raggruppamenti temporanei, consorzi ordinari, aggregazioni di imprese di rete, GEIE

I soggetti di cui all'art. 45 comma 2, lett. d), e), f) e g) del Codice devono possedere i requisiti di partecipazione nei termini di seguito indicati.

Alle aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete, ai consorzi ordinari ed ai GEIE si applica la disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese, in quanto compatibile. Nei consorzi ordinari la consorziata che assume la quota maggiore di attività esecutive riveste il ruolo di capofila che deve essere assimilata alla mandataria.

Nel caso in cui la mandante/mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese sia una sub-associazione, nelle forme di un RTI costituito oppure di un'aggregazione di imprese di rete, i relativi requisiti di partecipazione sono soddisfatti secondo le medesime modalità indicate per i raggruppamenti.

Il **requisito relativo all'iscrizione** nel registro tenuto dalla Camera di commercio industria, artigianato e agricoltura oppure nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato di cui al **punto 7.1** deve essere posseduto da:

- a. ciascuna delle imprese raggruppate/raggruppande, consorziate/consorzianti o GEIE;
- b. ciascuna delle imprese aderenti al contratto di rete indicate come esecutrici e dalla rete medesima nel caso in cui questa abbia soggettività giuridica.

Il **requisito di capacità economico finanziaria** di cui al **punto 7.2** dovrà essere soddisfatto da ciascuna delle ditte facenti parte della compagine del Raggruppamento.

Il **requisito di capacità tecnica e professionale** di cui al precedente **punto 7.3** è sufficiente che sia posseduto cumulativamente dalla compagine, fermo restando che la mandataria deve possedere il requisito in misura maggioritaria (n. 2 servizi).

## 7.5 Indicazioni per i consorzi di cooperative e di imprese artigiane e i consorzi stabili

I soggetti di cui all'art. art. 45 comma 2, lett. b) e c) del Codice devono possedere i requisiti di partecipazione nei termini di seguito indicati.

Il **requisito relativo all'iscrizione nel registro** tenuto dalla Camera di commercio industria, artigianato e agricoltura oppure nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato di cui al **punto 7.1** deve essere posseduto dal consorzio e dalle imprese consorziate indicate come esecutrici.

**Il requisito di capacità economico finanziaria di cui al punto 7.2 ed il requisito di capacità tecnica e professionale di cui al punto 7.3, ai sensi dell'art. 47 del Codice devono essere posseduti:**

- a. per i consorzi di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) del Codice, direttamente dal consorzio medesimo;
- b. per i consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. c) del Codice, dal consorzio, che può spendere, oltre ai propri requisiti, anche quelli delle consorziate esecutrici e, mediante avalimento, quelli delle consorziate non esecutrici, i quali vengono computati cumulativamente in capo al consorzio.

## **Art. 8 - AVVALIMENTO**

Ai sensi dell'art. 89 del Codice, l'operatore economico, singolo o associato ai sensi dell'art. 45 del Codice, può dimostrare il possesso dei requisiti di carattere economico, finanziario, tecnico e professionale di cui all'art. 83, comma 1, lett. b) e c) del Codice avvalendosi dei requisiti di altri soggetti, anche partecipanti al raggruppamento.

Non è consentito l'avvalimento per la dimostrazione dei requisiti generali e di idoneità professionale.

Ai sensi dell'art. 89, comma 1, del Codice, il contratto di avvalimento contiene, **a pena di nullità**, la specificazione dei requisiti forniti e delle risorse messe a disposizione dall'ausiliaria.

Il concorrente e l'ausiliaria sono responsabili in solido nei confronti della stazione appaltante in relazione alle prestazioni oggetto del contratto.

È ammesso l'avvalimento di più ausiliarie. L'ausiliaria non può avvalersi a sua volta di altro soggetto.

Ai sensi dell'art. 89, comma 7 del Codice, **a pena di esclusione**, non è consentito che l'ausiliaria presti avvalimento per più di un concorrente e che partecipino alla gara sia l'ausiliaria che l'impresa che si avvale dei requisiti.

L'ausiliaria può assumere il ruolo di subappaltatore nei limiti dei requisiti prestati.

L'ausiliaria di un concorrente può essere indicata, quale subappaltatore, nella terna di altro concorrente.

Nel caso di dichiarazioni mendaci si procede all'esclusione del concorrente e all'escussione della garanzia ai sensi dell'art. 89, comma 1, ferma restando l'applicazione dell'art. 80, comma 12 del Codice.

Ad eccezione dei casi in cui sussistano dichiarazioni mendaci, qualora per l'ausiliaria sussistano motivi obbligatori di esclusione o laddove essa non soddisfi i pertinenti criteri di selezione, la stazione appaltante impone, ai sensi dell'art. 89, comma 3 del Codice, al concorrente di sostituire l'ausiliaria.

In qualunque fase della gara sia necessaria la sostituzione dell'ausiliaria, la commissione comunica l'esigenza al RUP, il quale richiede per iscritto, secondo le modalità di cui al punto 2.3, al concorrente la sostituzione dell'ausiliaria, assegnando un termine congruo per l'adempimento, decorrente dal ricevimento della richiesta. Il concorrente, entro tale termine, deve produrre i documenti dell'ausiliaria subentrante (nuove dichiarazioni di avvalimento da parte del concorrente, il DGUE della nuova ausiliaria nonché il nuovo contratto di avvalimento). In caso di inutile decorso del termine, ovvero in caso di mancata richiesta di proroga del medesimo, la stazione appaltante procede all'esclusione del concorrente dalla procedura.

È sanabile, mediante soccorso istruttorio, la mancata produzione della dichiarazione di avvalimento o del contratto di avvalimento, a condizione che i citati elementi siano preesistenti e comprovabili con documenti di data certa, anteriore al termine di presentazione dell'offerta.

La mancata indicazione dei requisiti e delle risorse messi a disposizione dall'impresa ausiliaria non è sanabile in quanto causa di nullità del contratto di avvalimento.

## **Art. 9 - SUBAPPALTO**

Il concorrente indica all'atto dell'offerta le parti del servizio/fornitura che intende subappaltare o concedere in cottimo nei limiti del 30% dell'importo complessivo del contratto, in conformità a quanto previsto dall'art. 105 del Codice; in mancanza di tali indicazioni il subappalto è **vietato**.

Il concorrente è tenuto ad indicare nell'offerta obbligatoriamente tre subappaltatori.

Non costituisce motivo di esclusione ma comporta, per il concorrente, il **divieto di subappalto**:

- l'omessa dichiarazione della terna;
- l'indicazione di un numero di subappaltatori inferiore a tre;
- l'indicazione di un subappaltatore che, contestualmente, concorra in proprio alla gara.

È consentita l'indicazione dello stesso subappaltatore in più terne di diversi concorrenti.

Il concorrente indica, ai sensi dell'art. 105 comma 6 del Codice, una terna di subappaltatori con riferimento a ciascuna tipologia di prestazione omogenea. Il tale caso il medesimo subappaltatore può essere indicato in più terne.

I subappaltatori devono possedere i requisiti previsti dall'art. 80 del Codice e dichiararli in gara mediante presentazione di un proprio DGUE, da compilare nelle parti pertinenti. Il mancato possesso dei requisiti di cui all'art. 80 del Codice, ad eccezione di quelli previsti nel comma 4 del medesimo articolo, in capo ad uno dei subappaltatori indicati nella terna comporta l'**esclusione** del concorrente dalla gara.

Non si configurano come attività affidate in subappalto quelle di cui all'art. 105, comma 3 del Codice.

## Art. 10 - GARANZIA PROVVISORIA

L'offerta è corredata da:

- 1) **una garanzia provvisoria**, come definita dall'art. 93 del Codice, pari al 2% del prezzo base dell'appalto e precisamente di importo pari ad € 54.156,18, salvo quanto previsto all'art. 93, comma 7 del Codice.
- 2) **una dichiarazione di impegno**, da parte di un istituto bancario o assicurativo o altro soggetto di cui all'art. 93, comma 3 del Codice, anche diverso da quello che ha rilasciato la garanzia provvisoria, a **rilasciare garanzia fideiussoria definitiva** ai sensi dell'articolo 93, comma 8 del Codice, qualora il concorrente risulti affidatario. Tale dichiarazione di impegno non è richiesta alle microimprese, piccole e medie imprese e ai raggruppamenti temporanei o consorzi ordinari esclusivamente dalle medesime costituiti.

Ai sensi dell'art. 93, comma 6 del Codice, la garanzia provvisoria copre la mancata sottoscrizione del contratto, dopo l'aggiudicazione, dovuta ad ogni fatto riconducibile all'affidatario o all'adozione di informazione antimafia interdittiva emessa ai sensi degli articoli 84 e 91 del d. lgs. 6 settembre 2011, n. 159. Sono fatti riconducibili all'affidatario, tra l'altro, la mancata prova del possesso dei requisiti generali e speciali; la mancata produzione della documentazione richiesta e necessaria per la stipula del contratto. L'eventuale esclusione dalla gara prima dell'aggiudicazione, al di fuori dei casi di cui all'art. 89 comma 1 del Codice, non comporterà l'escussione della garanzia provvisoria.

La garanzia provvisoria copre, ai sensi dell'art. 89, comma 1 del Codice, anche le dichiarazioni mendaci rese nell'ambito dell'avvalimento.

La **garanzia provvisoria è costituita**, a scelta del concorrente:

- a. in titoli del debito pubblico garantiti dallo Stato depositati presso una sezione di tesoreria provinciale o presso le aziende autorizzate, a titolo di pegno, a favore della stazione appaltante; il valore deve essere al corso del giorno del deposito;
- b. fermo restando il limite all'utilizzo del contante di cui all'articolo 49, comma 1 del decreto legislativo 21 novembre 2007 n. 231, in contanti, con bonifico, in assegni circolari, con versamento presso il seguente conto corrente bancario: Banca Popolare di Bari – Tesoreria Enti Via G. Carducci, 36 64100 Teramo – IBAN IT12Z0542404297000050011058;
- c. fideiussione bancaria o assicurativa rilasciata da imprese bancarie o assicurative che rispondano ai requisiti di cui all'art. 93, comma 3 del Codice. In ogni caso, la garanzia fideiussoria è conforme allo schema tipo di cui all'art. 103, comma 9 del Codice.

Gli operatori economici, prima di procedere alla sottoscrizione, sono tenuti a verificare che il soggetto garante sia in possesso dell'autorizzazione al rilascio di garanzie mediante accesso ai seguenti siti internet:

- <http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/intermediari/index.html>
- <http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/avvisi-pub/garanzie-finanziarie/>
- [http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/avvisi-pub/soggetti-non-legittimati/Intermediari\\_non\\_abilitati.pdf](http://www.bancaditalia.it/compiti/vigilanza/avvisi-pub/soggetti-non-legittimati/Intermediari_non_abilitati.pdf)
- [http://www.ivass.it/ivass/impreses\\_jsp/HomePage.jsp](http://www.ivass.it/ivass/impreses_jsp/HomePage.jsp)

In caso di prestazione di **garanzia fideiussoria**, questa dovrà:

- 1) contenere espressa menzione dell'oggetto e del soggetto garantito;
- 2) essere intestata a tutti gli operatori economici del costituito/constituendo raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario o GEIE, ovvero a tutte le imprese retiste che partecipano alla gara ovvero, in caso di consorzi di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, al solo consorzio;
- 3) essere conforme allo schema tipo approvato con decreto del Ministro dello sviluppo economico di concerto con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti e previamente concordato con le banche e le assicurazioni o loro rappresentanze. Essere conforme agli schemi di polizza tipo di cui al comma 4 dell'art. 127 del Regolamento (nelle more dell'approvazione dei nuovi schemi di polizza-tipo, la fideiussione redatta secondo lo schema tipo previsto dal Decreto del Ministero delle attività produttive del 23 marzo 2004, n. 123, dovrà essere integrata mediante la previsione espressa della rinuncia all'eccezione

di cui all'art. 1957, comma 2, del codice civile, mentre ogni riferimento all'art. 30 della l. 11 febbraio 1994, n. 109 deve intendersi sostituito con l'art. 93 del Codice);

- 4) avere validità per **240 giorni** dal termine ultimo per la presentazione dell'offerta;
- 5) prevedere espressamente:
  - a. la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale di cui all'art. 1944 del codice civile, volendo ed intendendo restare obbligata in solido con il debitore;
  - b. la rinuncia ad eccepire la decorrenza dei termini di cui all'art. 1957 del codice civile;
  - c. la loro operatività entro quindici giorni a semplice richiesta scritta della stazione appaltante;
- 6) contenere l'impegno a rilasciare la garanzia definitiva, ove rilasciata dal medesimo garante.

La garanzia fideiussoria e la dichiarazione di impegno devono essere **sottoscritte** da un soggetto in possesso dei poteri necessari per impegnare il garante ed essere **prodotte** in una delle seguenti forme:

- in originale o in copia autentica ai sensi dell'art. 18 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445;
- documento informatico, ai sensi dell'art. 1, lett. p) del d.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 sottoscritto con firma digitale dal soggetto in possesso dei poteri necessari per impegnare il garante;
- copia informatica di documento analogico (scansione di documento cartaceo) secondo le modalità previste dall'art. 22, commi 1 e 2, del d.lgs. 82/2005.

In tali ultimi casi la conformità del documento all'originale dovrà esser attestata dal pubblico ufficiale mediante apposizione di firma digitale (art. 22, comma 1, del d.lgs. 82/2005) ovvero da apposita dichiarazione di autenticità sottoscritta con firma digitale dal notaio o dal pubblico ufficiale (art. 22, comma 2 del d.lgs. 82/2005).

In caso di richiesta di estensione della durata e validità dell'offerta e della garanzia fideiussoria, il concorrente potrà produrre una nuova garanzia provvisoria di altro garante, in sostituzione della precedente, a condizione che abbia espressa decorrenza dalla data di presentazione dell'offerta.

L'importo della garanzia e del suo eventuale rinnovo è **ridotto** secondo le misure e le modalità di cui all'art. 93, comma 7 del Codice.

Per fruire di dette riduzioni il concorrente segnala e documenta nell'offerta il possesso dei relativi requisiti fornendo copia dei certificati posseduti.

In caso di partecipazione in forma associata, la riduzione del 50% per il possesso della certificazione del sistema di qualità di cui all'articolo 93, comma 7, si ottiene:

- a. in caso di partecipazione dei soggetti di cui all'art. 45, comma 2, lett. d), e), f), g), del Codice solo se tutte le imprese che costituiscono il raggruppamento, consorzio ordinario o GEIE, o tutte le imprese retiste che partecipano alla gara siano in possesso della predetta certificazione;
- b. in caso di partecipazione in consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, solo se la predetta certificazione sia posseduta dal consorzio e/o dalle consorziate.

Le altre riduzioni previste dall'art. 93, comma 7, del Codice si ottengono nel caso di possesso da parte di una sola associata oppure, per i consorzi di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, da parte del consorzio e/o delle consorziate.

È sanabile, mediante soccorso istruttorio, la mancata presentazione della garanzia provvisoria e/o dell'impegno a rilasciare garanzia fideiussoria definitiva solo a condizione che siano stati già costituiti prima della presentazione dell'offerta. È onere dell'operatore economico dimostrare che tali documenti siano costituiti in data non successiva al termine di scadenza della presentazione delle offerte. Ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 82/2005, la data e l'ora di formazione del documento informatico sono opponibili ai terzi se apposte in conformità alle regole tecniche sulla validazione (es.: marcatura temporale).

È sanabile, altresì, la presentazione di una garanzia di valore inferiore o priva di una o più caratteristiche tra quelle sopra indicate (intestazione solo ad alcuni partecipanti al RTI, carenza delle clausole obbligatorie, etc.).

Non è sanabile - e quindi è causa di esclusione - la sottoscrizione della garanzia provvisoria da parte di un soggetto non legittimato a rilasciare la garanzia o non autorizzato ad impegnare il garante.

## Art. 11 - SOPRALLUOGO

Non previsto.



## Art. 12 - PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO A FAVORE DELL'ANAC

I concorrenti effettuano, **a pena di esclusione**, il pagamento del contributo previsto dalla legge in favore dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per un importo pari ad € 140,00, secondo le modalità di cui alla delibera ANAC n. 1377 del 21 dicembre 2016 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 21 febbraio 2017 e sul sito dell'ANAC nella sezione "contributi in sede di gara" e allegano la ricevuta ai documenti di gara.

In caso di mancata presentazione della ricevuta la stazione appaltante accerta il pagamento mediante consultazione del sistema AVCpass.

Qualora il pagamento non risulti registrato nel sistema, la mancata presentazione della ricevuta potrà essere sanata ai sensi dell'art. 83, comma 9 del Codice, a condizione che il pagamento sia stato già effettuato prima della scadenza del termine di presentazione dell'offerta.

In caso di mancata dimostrazione dell'avvenuto pagamento, la stazione appaltante **esclude** il concorrente dalla procedura di gara, ai sensi dell'art. 1, comma 67 della l. 266/2005.

## Art. 13 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA E SOTTOSCRIZIONE DEI DOCUMENTI DI GARA

Il plico contenente l'offerta, **a pena di esclusione**, deve essere sigillato e trasmesso a mezzo raccomandata del servizio postale o tramite corriere o mediante consegna a mano presso l'Ufficio protocollo di questa Stazione Appaltante sito al piano seminterrato della sede centrale di Circonvallazione Ragusa, 1 – Teramo.

Si fa presente che l'Ufficio Protocollo è aperto tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8,30 alle ore 13,30 nonché nei giorni di martedì e giovedì pomeriggio dalle ore 15,30 alle ore 17,30.

Il plico deve pervenire **entro le ore xxxxxx del giorno xxxxxx** esclusivamente al seguente indirizzo:

Azienda U.S.L. n. 4 Teramo  
Circonvallazione Ragusa, 1  
64100 TERAMO

Il personale addetto rilascerà ricevuta nella quale sarà indicata data e ora di ricezione del plico. Il recapito tempestivo dei plichi rimane ad esclusivo rischio dei mittenti. Si precisa che per "sigillatura" deve intendersi una chiusura ermetica recante un qualsiasi segno o impronta, apposto su materiale plastico come striscia incollata o ceralacca, tale da rendere chiusi il plico e le buste, attestare l'autenticità della chiusura originaria proveniente dal mittente, nonché garantire l'integrità e la non manomissione del plico e delle buste.

Il plico deve recare, all'esterno, le informazioni relative all'operatore economico concorrente (*denominazione o ragione sociale, codice fiscale, indirizzo PEC per le comunicazioni*) e riportare la dicitura:

**"OFFERTA GARA REGIONALE RICETTE"**

**"Scadenza offerte:.....Non aprire"**

Nel caso di concorrenti associati, già costituiti o da costituirsi, vanno riportati sul plico le informazioni di tutti i singoli partecipanti.

Il plico contiene al suo interno tre buste chiuse e sigillate, recanti l'intestazione del mittente, l'indicazione dell'oggetto dell'appalto e la dicitura, rispettivamente:

- "BUSTA A - Documentazione amministrativa"
- "BUSTA B - Offerta tecnica"
- "BUSTA C - Offerta economica"

La mancata sigillatura delle buste "A", "B" e "C" inserite nel plico, nonché la non integrità delle medesime tale da compromettere la segretezza, sono **cause di esclusione** dalla gara.

Con le stesse modalità e formalità sopra descritte e purché entro il termine indicato per la presentazione delle offerte, pena l'irricevibilità, i concorrenti possono far pervenire eventuali sostituzioni al plico già presentato. Non saranno ammesse né integrazioni al plico recapitato, né integrazioni o sostituzioni delle singole buste presenti all'interno del plico medesimo, essendo possibile per il concorrente richiedere esclusivamente la sostituzione del plico già consegnato con altro plico.

Per i concorrenti aventi sede legale in Italia o in uno dei Paesi dell'Unione europea, le dichiarazioni sostitutive si redigono ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. 445/2000; per i concorrenti non aventi sede legale in uno dei Paesi dell'Unione europea, le dichiarazioni sostitutive sono rese mediante documentazione idonea equivalente secondo la legislazione dello Stato di appartenenza.

Tutte le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000, ivi compreso il DGUE, la domanda di partecipazione, l'offerta tecnica e l'offerta economica devono essere sottoscritte dal rappresentante legale del concorrente o suo procuratore.

219

Il dichiarante allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento, in corso di validità (per ciascun dichiarante è sufficiente una sola copia del documento di riconoscimento anche in presenza di più dichiarazioni su più fogli distinti).

La documentazione, ove non richiesta espressamente in originale, potrà essere prodotta in copia autentica o in copia conforme ai sensi, rispettivamente, degli artt. 18 e 19 del d.p.r. 445/2000. Ove non diversamente specificato è ammessa la copia semplice.

In caso di concorrenti non stabiliti in Italia, la documentazione dovrà essere prodotta in modalità idonea equivalente secondo la legislazione dello Stato di appartenenza (si applicano gli articoli 83, comma 3, 86 e 90 del Codice).

Tutta la documentazione da produrre deve essere in lingua italiana o, se redatta in lingua straniera, deve essere corredata da traduzione giurata in lingua italiana fatte salve eventuali deroghe previste nel capitolato speciale. In caso di contrasto tra testo in lingua straniera e testo in lingua italiana prevarrà la versione in lingua italiana, essendo a rischio del concorrente assicurare la fedeltà della traduzione.

In caso di mancanza, incompletezza o irregolarità della traduzione dei documenti contenuti nella busta A, si applica l'art. 83, comma 9 del Codice.

Le offerte tardive **saranno escluse** in quanto irregolari ai sensi dell'art. 59, comma 3, lett. b) del Codice.

L'offerta vincherà il concorrente ai sensi dell'art. 32, comma 4 del Codice per **240 giorni** dalla scadenza del termine indicato per la presentazione dell'offerta.

Nel caso in cui alla data di scadenza della validità delle offerte le operazioni di gara siano ancora in corso, la stazione appaltante potrà richiedere agli offerenti, ai sensi dell'art. 32, comma 4 del Codice, di confermare la validità dell'offerta sino alla data che sarà indicata e di produrre un apposito documento attestante la validità della garanzia prestata in sede di gara fino alla medesima data.

Il mancato riscontro alla richiesta della stazione appaltante sarà considerato come rinuncia del concorrente alla partecipazione alla gara.

#### **Art. 14 - SOCCORSO ISTRUTTORIO**

Le carenze di qualsiasi elemento formale della domanda, e in particolare, la mancanza, l'incompletezza e ogni altra irregolarità essenziale degli elementi e del DGUE, con esclusione di quelle afferenti all'offerta economica e all'offerta tecnica, possono essere sanate attraverso la procedura di soccorso istruttorio di cui all'art. 83, comma 9 del Codice.

L'irregolarità essenziale è sanabile laddove non si accompagni ad una carenza sostanziale del requisito alla cui dimostrazione la documentazione omessa o irregolarmente prodotta era finalizzata. La successiva correzione o integrazione documentale è ammessa laddove consenta di attestare l'esistenza di circostanze preesistenti, vale a dire requisiti previsti per la partecipazione e documenti/elementi a corredo dell'offerta. Nello specifico valgono le seguenti regole:

- il mancato possesso dei prescritti requisiti di partecipazione non è sanabile mediante soccorso istruttorio e determina l'esclusione dalla procedura di gara;
- l'omessa o incompleta nonché irregolare presentazione delle dichiarazioni sul possesso dei requisiti di partecipazione e ogni altra mancanza, incompletezza o irregolarità del DGUE e della domanda, ivi compreso il difetto di sottoscrizione, sono sanabili, ad eccezione delle false dichiarazioni;
- la mancata produzione della dichiarazione di avvalimento o del contratto di avvalimento, può essere oggetto di soccorso istruttorio solo se i citati elementi erano preesistenti e comprovabili con documenti di data certa anteriore al termine di presentazione dell'offerta;
- la mancata presentazione di elementi a corredo dell'offerta (es. garanzia provvisoria e impegno del fideiussore) ovvero di condizioni di partecipazione gara (es. mandato collettivo speciale o impegno a conferire mandato collettivo), entrambi aventi rilevanza in fase di gara, sono sanabili, solo se preesistenti e comprovabili con documenti di data certa, anteriore al termine di presentazione dell'offerta;
- la mancata presentazione di dichiarazioni e/o elementi a corredo dell'offerta, che hanno rilevanza in fase esecutiva (es. dichiarazione delle parti del servizio/fornitura ai sensi dell'art. 48, comma 4 del Codice) sono sanabili.

Ai fini della sanatoria la stazione appaltante assegna al concorrente un congruo termine - non superiore a dieci giorni - perché siano rese, integrate o regolarizzate le dichiarazioni necessarie, indicando il contenuto e i soggetti che le devono rendere.

Ove il concorrente produca dichiarazioni o documenti non perfettamente coerenti con la richiesta, la stazione appaltante può chiedere ulteriori precisazioni o chiarimenti, fissando un termine perentorio a pena di esclusione.

In caso di inutile decorso del termine, la stazione appaltante procede all'**esclusione** del concorrente dalla procedura.

Al di fuori delle ipotesi di cui all'articolo 83, comma 9, del Codice è facoltà della stazione appaltante invitare, se necessario, i concorrenti a fornire chiarimenti in ordine al contenuto dei certificati, documenti e dichiarazioni presentati.



## Art. 15 - CONTENUTO DELLA BUSTA "A" – DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

La busta A contiene la domanda di partecipazione e le dichiarazioni integrative, il DGUE nonché la documentazione a corredo, in relazione alle diverse forme di partecipazione.

### 15.1 Domanda di partecipazione

La domanda di partecipazione è redatta, in bollo preferibilmente secondo il modello allegato e contiene tutte le seguenti informazioni e dichiarazioni.

Il concorrente indica la forma singola o associata con la quale l'impresa partecipa alla gara (impresa singola, consorzio, RTI, aggregazione di imprese di rete, GEIE).

In caso di partecipazione in RTI, consorzio ordinario, aggregazione di imprese di rete, GEIE, il concorrente fornisce i dati identificativi (ragione sociale, codice fiscale, sede) e il ruolo di ciascuna impresa (mandataria/mandante; capofila/consorziata).

Nel caso di consorzio di cooperative e imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, il consorzio indica il consorziato per il quale concorre alla gara; qualora il consorzio non indichi per quale/i consorziato/i concorre, si intende che lo stesso partecipa in nome e per conto proprio.

La domanda è sottoscritta:

- nel caso di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario costituiti, dalla mandataria/capofila.
- nel caso di raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario non ancora costituiti, da tutti i soggetti che costituiranno il raggruppamento o consorzio;
- nel caso di aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete si fa riferimento alla disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese, in quanto compatibile. In particolare:
  - a. **se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e con soggettività giuridica**, ai sensi dell'art. 3, comma 4-*quater*, del d.l. 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dal solo operatore economico che riveste la funzione di organo comune;
  - b. **se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma è priva di soggettività giuridica**, ai sensi dell'art. 3, comma 4-*quater*, del d.l. 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dall'impresa che riveste le funzioni di organo comune nonché da ognuna delle imprese aderenti al contratto di rete che partecipano alla gara;
  - c. **se la rete è dotata di un organo comune privo del potere di rappresentanza o se la rete è sprovvista di organo comune, oppure se l'organo comune è privo dei requisiti di qualificazione richiesti per assumere la veste di mandataria**, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dall'impresa aderente alla rete che riveste la qualifica di mandataria, ovvero, in caso di partecipazione nelle forme del raggruppamento da costituirsi, da ognuna delle imprese aderenti al contratto di rete che partecipa alla gara.

Nel caso di consorzio di cooperative e imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice, la domanda è sottoscritta dal consorzio medesimo.

#### Il concorrente allega:

- a) copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore;
- b) copia conforme all'originale della procura oppure nel solo caso in cui dalla visura camerale del concorrente risulti l'indicazione espressa dei poteri rappresentativi conferiti con la procura, la dichiarazione sostitutiva resa dal procuratore attestante la sussistenza dei poteri rappresentativi risultanti dalla visura.

### 15.2 Documento di gara unico europeo

Il concorrente compila il DGUE di cui allo schema allegato al DM del Ministero delle Infrastrutture e Trasporti del 18 luglio 2016 o successive modifiche messo a disposizione in formato elettronico nella documentazione di gara, secondo quanto di seguito indicato.

#### **Parte I – Informazioni sulla procedura di appalto e sull'amministrazione aggiudicatrice o ente aggiudicatore**

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste relative alla procedura di appalto.

#### **Parte II – Informazioni sull'operatore economico**

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste mediante la compilazione delle parti pertinenti.

#### **In caso di ricorso all'avvalimento si richiede la compilazione della sezione C**

Il concorrente indica la denominazione dell'operatore economico ausiliario e i requisiti oggetto di avvalimento.

Il concorrente, per ciascuna ausiliaria, allega:

- 1) DGUE, a firma dell'ausiliaria, contenente le informazioni di cui alla parte II, sezioni A e B, alla parte III, alla parte IV, in relazione ai requisiti oggetto di avvalimento, e alla parte VI;
  - 2) dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 89, comma 1 del Codice, sottoscritta dall'ausiliaria, con la quale quest'ultima si obbliga, verso il concorrente e verso la stazione appaltante, a mettere a disposizione, per tutta la durata dell'appalto, le risorse necessarie di cui è carente il concorrente;
  - 3) dichiarazione sostitutiva di cui all'art. 89, comma 7 del Codice sottoscritta dall'ausiliaria con la quale quest'ultima attesta di non partecipare alla gara in proprio o come associata o consorziata;
  - 4) originale o copia autentica del contratto di avvalimento, in virtù del quale l'ausiliaria si obbliga, nei confronti del concorrente, a fornire i requisiti e a mettere a disposizione le risorse necessarie, che devono essere dettagliatamente descritte, per tutta la durata dell'appalto. A tal fine il contratto di avvalimento contiene, **a pena di nullità**, ai sensi dell'art. 89 comma 1 del Codice, la specificazione dei requisiti forniti e delle risorse messe a disposizione dall'ausiliaria;
  - 5) PASSOE dell'ausiliaria;
- In caso di operatori economici ausiliari aventi sede, residenza o domicilio nei paesi inseriti nelle c.d. "black list"**
- 6) dichiarazione dell'ausiliaria del possesso dell'autorizzazione in corso di validità rilasciata ai sensi del d.m. 14 dicembre 2010 del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi (art. 37 del d.l. 78/2010, conv. in l. 122/2010) oppure dichiarazione dell'ausiliaria di aver presentato domanda di autorizzazione ai sensi dell'art. 1 comma 3 del d.m. 14.12.2010 con allegata copia dell'istanza di autorizzazione inviata al Ministero.

#### **In caso di ricorso al subappalto si richiede la compilazione della sezione D**

Il concorrente, pena l'impossibilità di ricorrere al subappalto, indica l'elenco delle prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale dell'importo complessivo del contratto nonché, ai sensi dell'art. 105, comma 6 del Codice, la denominazione dei tre subappaltatori proposti.

Il concorrente, per ciascun subappaltatore, allega:

- 1) DGUE, a firma del subappaltatore, contenente le informazioni di cui alla parte II, sezioni A e B, alla parte III, sezioni A, C e D, e alla parte VI;
- 2) PASSOE del subappaltatore.

#### **Parte III – Motivi di esclusione**

Il concorrente dichiara di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 6 del presente disciplinare (Sez. A-B-C-D).

Ciascun soggetto che compila il DGUE **allega una dichiarazione integrativa** in ordine al possesso dei requisiti di cui all'art. 80, comma 5 lett. f-bis e f-ter del Codice – cfr. punto 15.3.1 n. 1 del presente Disciplinare.

#### **Parte IV – Criteri di selezione**

Il concorrente dichiara di possedere tutti i requisiti richiesti dai criteri di selezione barrando direttamente la sezione «**a**» ovvero compilando quanto segue:

- a) la sezione A per dichiarare il possesso del requisito relativo all'idoneità professionale di cui al paragrafo 7.1 del presente disciplinare;
- b) la sezione B per dichiarare il possesso del requisito relativo alla capacità economico-finanziaria di cui al paragrafo 7.2 del presente disciplinare;
- c) la sezione C per dichiarare il possesso del requisito relativo alla capacità professionale e tecnica di cui al paragrafo 7.3 del presente disciplinare;

#### **Parte VI – Dichiarazioni finali**

Il concorrente rende tutte le informazioni richieste mediante la compilazione delle parti pertinenti.

#### **Il DGUE deve essere presentato:**

- nel caso di raggruppamenti temporanei, consorzi ordinari, GEIE, da tutti gli operatori economici che partecipano alla procedura in forma congiunta;
- nel caso di aggregazioni di imprese di rete da ognuna delle imprese retiste, se l'intera rete partecipa, ovvero dall'organo comune e dalle singole imprese retiste indicate;

- nel caso di consorzi cooperativi, di consorzi artigiani e di consorzi stabili, dal consorzio e dai consorziati per conto dei quali il consorzio concorre;

In caso di incorporazione, fusione societaria o cessione d'azienda, le dichiarazioni di cui all'art. 80, commi 1, 2 e 5, lett. l) del Codice, devono riferirsi anche ai soggetti di cui all'art. 80 comma 3 del Codice che hanno operato presso la società incorporata, fusasi o che ha ceduto l'azienda nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara.

**In aderenza a quanto stabilito all'art. 85, comma 1 del D. Lgs. n. 50/2016 e nel comunicato del Ministero delle Infrastrutture del 30.3.2018, il DGUE deve essere trasmesso in formato elettronico, compilato secondo le modalità ivi indicate, su supporto informatico all'interno della busta amministrativa.**

### 15.3 Dichiarazioni integrative e documentazione a corredo

#### 15.3.1 Dichiarazioni integrative

Ciascun concorrente rende le seguenti dichiarazioni, anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000, con le quali:

1. dichiara di non incorrere nelle cause di esclusione di cui all'art. 80, comma 5 lett. f-bis) e f-ter) del Codice;
2. dichiara i dati identificativi (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, comune di residenza etc.) dei soggetti di cui all'art. 80, comma 3 del Codice, ovvero indica la banca dati ufficiale o il pubblico registro da cui i medesimi possono essere ricavati in modo aggiornato alla data di presentazione dell'offerta;
3. dichiara remunerativa l'offerta economica presentata giacché per la sua formulazione ha preso atto e tenuto conto:
  - a) delle condizioni contrattuali e degli oneri compresi quelli eventuali relativi in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove devono essere svolti i servizi/fornitura;
  - b) di tutte le circostanze generali, particolari e locali, nessuna esclusa ed eccettuata, [in caso di pubblicazione dei prezzi di riferimento da parte dell'ANAC inserire: "ivi compresi i prezzi di riferimento pubblicati dall'ANAC"] che possono avere influito o influire sia sulla prestazione dei servizi/fornitura, sia sulla determinazione della propria offerta;
4. accetta, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nella documentazione gara;
5. accetta il patto di integrità adottato con deliberazione n. 444 del 16.4.2014 in attuazione dell'art. 1 comma 17 della legge n. 190/2012 reperibile sul sito internet dell'Azienda U.S.L. di Teramo [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) – homepage - sezione "Anticorruzione legge 190/12" – "patto d'integrità per appalti di servizi, forniture e lavori" – "patto di integrità Azienda USL di Teramo".
6. dichiara di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento adottato dalla stazione appaltante con deliberazione n. 101 del 28.1.2014 reperibile sul sito internet [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) - codice disciplinare e si impegna, in caso di aggiudicazione, ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, per quanto applicabile, il suddetto codice, pena la risoluzione del contratto;

#### Per gli operatori economici aventi sede, residenza o domicilio nei paesi inseriti nelle c.d. "black list"

7. dichiara di essere in possesso dell'autorizzazione in corso di validità rilasciata ai sensi del d.m. 14 dicembre 2010 del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi (art. 37 del d.l. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010) oppure dichiara di aver presentato domanda di autorizzazione ai sensi dell'art. 1 comma 3 del d.m. 14.12.2010 e allega copia conforme dell'istanza di autorizzazione inviata al Ministero;

#### Per gli operatori economici non residenti e privi di stabile organizzazione in Italia

8. si impegna ad uniformarsi, in caso di aggiudicazione, alla disciplina di cui agli articoli 17, comma 2, e 53, comma 3 del d.p.r. 633/1972 e a comunicare alla stazione appaltante la nomina del proprio rappresentante fiscale, nelle forme di legge;
9. [se è previsto il sopralluogo obbligatorio] dichiara di aver preso visione dei luoghi oppure allega il certificato rilasciato dalla stazione appaltante attestante la presa visione dello stato dei luoghi in cui deve essere eseguita la prestazione;
10. indica i seguenti dati: domicilio fiscale .....; codice fiscale ....., partita IVA .....; indica l'indirizzo PEC oppure, solo in caso di concorrenti aventi sede in altri Stati membri, l'indirizzo di posta elettronica ..... ai fini delle comunicazioni di cui all'art. 76, comma 5 del Codice;
11. autorizza qualora un partecipante alla gara eserciti la facoltà di "accesso agli atti", la stazione appaltante a rilasciare copia di tutta la documentazione presentata per la partecipazione alla gara oppure non autorizza, qualora un partecipante alla gara eserciti la facoltà di "accesso agli atti", la stazione appaltante a rilasciare copia dell'offerta tecnica e delle spiegazioni che saranno eventualmente richieste in sede di verifica delle offerte anomale, in quanto coperte da segreto

tecnico/commerciale. Tale dichiarazione dovrà essere adeguatamente motivata e comprovata ai sensi dell'art. 53, comma 5, lett. a), del Codice circa la segretezza tecnica o commerciale delle informazioni contenute nella documentazione prodotta o nelle parti di essa sottratte all'accesso e fare espresso riferimento alla parte o alle parti degli elaborati per la quale o per le quali non sia consentito l'accesso.

A tal proposito si fa presente che una dichiarazione di opposizione generica o genericamente motivata equivarrà al pieno consenso all'accesso alla documentazione dell'offerta, da parte dei soggetti interessati.

Ugualmente, anche nell'ipotesi in cui tale dichiarazione non venga resa l'Amministrazione garantirà ai soggetti legittimati piena ed ampia accessibilità all'offerta.

E' fatto salvo ogni potere dell'Amministrazione in merito alla verifica ed alla valutazione circa la fondatezza dei motivi adottati ed in tal senso l'Amministrazione si riserva di chiedere, a sostegno ed a comprova della dichiarazione di opposizione, adeguata documentazione a supporto della segretezza tecnica o commerciale delle informazioni che si intende sottrarre all'accesso.

12. attesta di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente gara, nonché dell'esistenza dei diritti di cui all'articolo 7 del medesimo decreto legislativo.

**Per gli operatori economici ammessi al concordato preventivo con continuità aziendale di cui all'art. 186 bis del R.D. 16 marzo 1942, n. 267**

13. indica, ad integrazione di quanto indicato nella parte III, sez. C, lett. d) del DGUE, gli estremi del provvedimento di ammissione al concordato e del provvedimento di autorizzazione a partecipare alle gare rilasciati dal Tribunale nonché dichiara di non partecipare alla gara quale mandataria di un raggruppamento temporaneo di imprese e che le altre imprese aderenti al raggruppamento non sono assoggettate ad una procedura concorsuale ai sensi dell'art. 186 bis, comma 6 del R.D. 16 marzo 1942, n. 267.

**Le suddette dichiarazioni, di cui ai punti da 1 a 13, potranno essere rese compilando i modelli allegati denominati "dichiarazioni integrative" e "dichiarazione accesso agli atti".**

### 15.3.2 Documentazione a corredo

Il concorrente allega:

1. PASSOE di cui all'art. 2, comma 3 lett.b) della delibera ANAC n. 157/2016, relativo al concorrente; in aggiunta, nel caso in cui il concorrente ricorra all'avvalimento ai sensi dell'art. 49 del Codice, anche il PASSOE relativo all'ausiliaria; in caso di subappalto anche il PASSOE dell'impresa subappaltatrice;
2. documento attestante la garanzia provvisoria con allegata dichiarazione di impegno di un fideiussore di cui all'art. 93, comma 8 del Codice;
3. copia conforme della certificazione di cui all'art. 93, comma 7 del Codice che giustifica la riduzione dell'importo della cauzione, **per gli operatori economici che presentano la cauzione provvisoria in misura ridotta, ai sensi dell'art. 93, comma 7 del Codice;**
4. ricevuta di pagamento del contributo a favore dell'ANAC;
5. almeno n. 2 idonee dichiarazioni bancarie, rinviando a quanto specificato al paragrafo 7.2;

### 15.3.3 Documentazione e dichiarazioni ulteriori per i soggetti associati

Le dichiarazioni di cui al presente paragrafo sono sottoscritte secondo le modalità di cui al punto 15.1.

**Per i raggruppamenti temporanei già costituiti**

- copia autentica del mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla mandataria per atto pubblico o scrittura privata autenticata.
- dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'art. 48, co 4 del Codice, le parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici riuniti o consorziati.

**Per i consorzi ordinari o GEIE già costituiti**

- atto costitutivo e statuto del consorzio o GEIE, in copia autentica, con indicazione del soggetto designato quale capofila.
- dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'art. 48, co 4 del Codice, le parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici consorziati.

**Per i raggruppamenti temporanei o consorzi ordinari o GEIE non ancora costituiti**

- dichiarazione attestante:
  - a. l'operatore economico al quale, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato speciale con rappresentanza o funzioni di capogruppo;
  - b. l'impegno, in caso di aggiudicazione, ad uniformarsi alla disciplina vigente con riguardo ai raggruppamenti temporanei o consorzi o GEIE ai sensi dell'art. 48 comma 8 del Codice conferendo mandato collettivo speciale con rappresentanza all'impresa qualificata come mandataria che stipulerà il contratto in nome e per conto delle mandanti/consorziate;
  - c. dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'art. 48, co 4 del Codice, le parti del servizio/fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici riuniti o consorziati.

A tal fine si rinvia al modello specifico disponibile tra la documentazione di gara.

**Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e soggettività giuridica**

- copia autentica o copia conforme del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005, con indicazione dell'organo comune che agisce in rappresentanza della rete;
- dichiarazione, sottoscritta dal legale rappresentante dell'organo comune, che indichi per quali imprese la rete concorre;
- dichiarazione che indichi le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

**Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma è priva di soggettività giuridica**

- copia autentica del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005, recante il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla impresa mandataria; qualora il contratto di rete sia stato redatto con mera firma digitale non autenticata ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. 82/2005, il mandato nel contratto di rete non può ritenersi sufficiente e sarà obbligatorio conferire un nuovo mandato nella forma della scrittura privata autenticata, anche ai sensi dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005;
- dichiarazione che indichi le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

**Per le aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete: se la rete è dotata di un organo comune privo del potere di rappresentanza o se la rete è sprovvista di organo comune, ovvero, se l'organo comune è privo dei requisiti di qualificazione richiesti, partecipa nelle forme del RTI costituito o costituendo:**

- **in caso di RTI costituito:** copia autentica del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005 con allegato il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla mandataria, recante l'indicazione del soggetto designato quale mandatario e delle parti del servizio o della fornitura, ovvero della percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete; qualora il contratto di rete sia stato redatto con mera firma digitale non autenticata ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. 82/2005, il mandato deve avere la forma dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, anche ai sensi dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005;
- **in caso di RTI costituendo:** copia autentica del contratto di rete, redatto per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per atto firmato digitalmente a norma dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005, con allegate le dichiarazioni, rese da ciascun concorrente aderente al contratto di rete, attestanti:
  - a. a quale concorrente, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato speciale con rappresentanza o funzioni di capogruppo;

- b. l'impegno, in caso di aggiudicazione, ad uniformarsi alla disciplina vigente in materia di raggruppamenti temporanei;
- c. le parti del servizio o della fornitura, ovvero la percentuale in caso di servizio/forniture indivisibili, che saranno eseguite dai singoli operatori economici aggregati in rete.

Il mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza potrà essere conferito alla mandataria con scrittura privata.

Qualora il contratto di rete sia stato redatto con mera firma digitale non autenticata ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. 82/2005, il mandato dovrà avere la forma dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, anche ai sensi dell'art. 25 del d.lgs. 82/2005.

Le dichiarazioni di cui al presente paragrafo 15.3.3 potranno essere rese sotto forma di allegati alla domanda di partecipazione (cfr. "modello dichiarazioni rti/consorzi ordinari/geie non ancora costituiti").

## **Art. 16 - CONTENUTO DELLA BUSTA B – OFFERTA TECNICA**

La "Busta B - Offerta tecnica" contiene, a pena di esclusione la relazione tecnica del servizio offerto.

La relazione contiene una proposta tecnico-organizzativa che illustra, con riferimento ai criteri e sub-criteri di valutazione indicati nella tabella di cui al successivo punto 18.1, le modalità di svolgimento dei servizi articolate per punti secondo i criteri e sub-criteri di valutazione.

L'offerta tecnica deve rispettare le caratteristiche minime stabilite nel Progetto (capitolato speciale), **pena l'esclusione** dalla procedura di gara, nel rispetto del principio di equivalenza di cui all'art. 68 del Codice.

L'offerta tecnica deve essere sottoscritta dal legale rappresentante del concorrente o da un suo procuratore.

Nel caso di concorrenti associati, l'offerta dovrà essere sottoscritta con le modalità indicate per la sottoscrizione della domanda di cui al punto 15.1.

**Ogni riferimento nella documentazione tecnica e nella campionatura ad elementi in qualsiasi modo attinenti ai prezzi offerti o alla percentuale di ribasso offerta, sarà considerata causa di esclusione e ciò al fine di garantire la segretezza dell'offerta.**

## **ART. 17 - CONTENUTO DELLA BUSTA C – OFFERTA ECONOMICA**

La "Busta C – Offerta economica" contiene, **a pena di esclusione**, l'offerta economica predisposta preferibilmente secondo il "modello offerta" allegato al presente disciplinare di gara e contenere i seguenti elementi:

- a) ribasso percentuale sulla base d'appalto soggetta a ribasso espresso in cifre e con massimo due decimali dopo la virgola (nella ipotesi in cui nel modello offerta dovessero essere valorizzate ulteriori cifre decimali oltre alla seconda, la percentuale di ribasso sarà arrotondata per troncamento alla seconda cifra decimale).
- b) La base d'appalto soggetta a ribasso riferita all'importo massimo quadriennale dell'accordo quadro è di € 2.707.809,28 Iva esclusa.
- c) Importo complessivo della base d'appalto ribassata in cifre Iva esclusa, arrotondato per troncamento alla seconda cifra decimale, derivante dalla applicazione del ribasso percentuale offerto sulla base d'appalto;
- d) Quota percentuale d'incidenza, rispetto all'importo della base d'appalto ribassato, dei costi aziendali relativi alla salute ed alla sicurezza sui luoghi di lavoro di cui all'art. 95, comma 10 del Codice.  
Detti costi relativi alla sicurezza connessi con l'attività d'impresa dovranno risultare congrui rispetto all'entità e le caratteristiche delle prestazioni oggetto dell'appalto.
- e) Quota percentuale di incidenza dei costi della manodopera, ai sensi dell'art. 95, comma 10 del Codice.
- f) C.C.N.L. che sarà applicato ai lavoratori impiegati nell'appalto.

**Ai fini dell'applicazione del punteggio all'elemento di natura quantitativa prezzo, sarà preso come riferimento il ribasso percentuale di cui alla lettera a).**

L'offerta economica, **a pena di esclusione**, è sottoscritta con le modalità indicate per la sottoscrizione della domanda di cui ai paragrafi 15.1.

Sono inammissibili le offerte economiche che superino l'importo a base d'appalto.

**ISTRUZIONI IMPORTANTI PER LA COMPILAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA:** ai fini della corretta formulazione dell'offerta economica, si invitano gli operatori economici ad utilizzare l'apposito file excel denominato "**MODELLO**

**OFFERTA**” disponibile tra la documentazione di gara sul sito internet aziendale all’indirizzo [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) – “servizi online” – “bandi di gara”.

In detto file sarà sufficiente valorizzare l’importo unitario offerto per ricetta e l’importo unitario orario offerto per piano terapeutico con massimo cinque decimali dopo la virgola (a ribasso rispetto agli importi di 0,040 per ricetta e 0,35 per piano terapeutico) e, conseguentemente, sulla scorta delle formule preimpostate nel foglio di calcolo, sarà automaticamente generata la percentuale di ribasso offerta sulla base d’appalto soggetta a ribasso in cifre.

Eventuali errori di compilazione (ad esempio indicazione di prezzi superiori agli importi a base d’appalto) saranno opportunamente segnalati nel foglio di calcolo mediante evidenziazione in rosso della casella.

Nell’ ipotesi in cui nel modello offerta dovessero essere valorizzate ulteriori cifre decimali oltre alla seconda, la percentuale di ribasso sarà arrotondata per troncamento alla seconda cifra decimale.

## ART. 18 - CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE

L’appalto è aggiudicato in base al criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo, ai sensi dell’art. 95, comma 2 del Codice.

La valutazione dell’offerta tecnica e dell’offerta economica sarà effettuata in base ai seguenti punteggi:

	PUNTEGGIO MASSIMO
Offerta tecnica	70
Offerta economica	30
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>

### 18.1 Criteri di valutazione dell’offerta tecnica

Il punteggio dell’offerta tecnica è attribuito sulla base dei criteri di valutazione elencati nelle sottostanti tabelle con la relativa ripartizione dei punteggi.

Nella colonna identificata con la lettera D vengono indicati i “Punteggi discrezionali”, vale a dire i punteggi il cui coefficiente è attribuito in ragione dell’esercizio della discrezionalità spettante alla commissione giudicatrice.

Nella colonna identificata con la lettera Q vengono indicati i “Punteggi quantitativi”, vale a dire i punteggi il cui coefficiente è attribuito mediante applicazione di una formula matematica.

Nella colonna identificata dalla lettera T vengono indicati i “Punteggi tabellari”, vale a dire i punteggi fissi e predefiniti che saranno attribuiti o non attribuiti in ragione dell’offerta o mancata offerta di quanto specificamente richiesto.

#### Tabella dei criteri discrezionali (D), quantitativi (Q) e tabellari (T) di valutazione dell’offerta tecnica

N°	CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTI MAX	PUNTI D MAX	PUNTI Q MAX	PUNTI T MAX
1	<b>SOFTWARE E INFRASTRUTTURA IT</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>//</b>	<b>//</b>
1.1	Caratteristiche della connettività proposta	3	3	//	//
1.2	Caratteristiche del Data Center, con particolare riferimento alle soluzioni mirate a garantire il controllo degli accessi e la sicurezza informatica del sistema	5	5	//	//
1.3	Versatilità del sw utilizzato, adattabilità della procedura ad ulteriori/diverse esigenze dei singoli servizi farmaceutici	6	6	//	//
1.4	Soluzioni progettuali per la consultazione, visualizzazione ed interrogazione dei dati e delle immagini relativi alla elaborazione tecnico - contabile della farmaceutica convenzionata	7	7	//	//
1.5	Soluzioni finalizzate a limitare l’impatto sui sistemi informatici dei servizi farmaceutici territoriali	7	7	//	//

1.6	Modalità di assistenza ed aggiornamento del software	7	7	//	//
<b>2</b>	<b>GESTIONE DEL SERVIZIO OFFERTO</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>//</b>	<b>//</b>
2.1	Modalità operative per l'avvio del servizio con particolare riferimento alle metodiche di addestramento del personale dei vari servizi farmaceutici territoriali delle Aziende	6	6	//	//
2.2	Modalità attraverso cui sarà garantita una interfaccia operativa con i referenti dei vari servizi farmaceutici territoriali aziendali, finalizzata alla risoluzione delle problematiche connesse al servizio	7	7	//	//
2.3	Protocollo finalizzato a garantire continuità dell'assistenza all'utente in presenza di urgenze, attività critiche ed eventi imprevisti	7	7	//	//
<b>3</b>	<b>ELABORATI</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>//</b>	<b>//</b>
3.1	Organizzazione e descrizione della reportistica relativa alla farmaceutica convenzionata, con particolare attenzione all'adeguatezza, facilità di consultazione ed usabilità dei dati	6	6	//	//
3.2	Organizzazione e descrizione della reportistica relativa alla distribuzione diretta o per conto, con particolare attenzione all'adeguatezza, facilità di consultazione ed usabilità dei dati	6	6	//	//
3.3	Modalità di attuazione di procedure volte a realizzare elaborazioni extra su richiesta	3	3	//	//
	<b>Totale</b>	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>//</b>	<b>//</b>

## 18.2 Metodo di attribuzione del coefficiente per il calcolo del punteggio dell'offerta tecnica

A ciascuno degli elementi qualitativi cui è assegnato un punteggio discrezionale nella colonna "D" della tabella, è attribuito un coefficiente sulla base del metodo del confronto a coppie con matrice triangolare.

I coefficienti  $C_i$ , arrotondati per troncamento alla terza cifra decimale, verranno determinati:

- a. nel caso in cui le offerte da valutare siano pari o superiori a tre, mediante trasformazione in coefficienti variabili tra zero e uno della somma dei valori attribuiti dai singoli commissari mediante il confronto a coppie con matrice triangolare. In particolare per ogni elemento di natura qualitativa da valutare, ogni commissario esaminerà ognuna delle offerte presentate effettuando un confronto tra le tutte le coppie di offerte possibili. Per ogni elemento di valutazione, i risultati delle comparazioni saranno riportate, quindi, in una tabella triangolare costituita da tante caselle quante saranno le possibili combinazioni tra tutte le singole offerte considerate due a due. In ogni casella sarà indicata l'offerta preferita dal singolo Commissario e il relativo grado di preferenza che varia da 1 (parità), a 2 (preferenza minima), a 3 (preferenza piccola), a 4 (preferenza media), a 5 (preferenza grande) ed a 6 (preferenza massima). Per ogni concorrente si procederà, quindi, alla somma delle preferenze attribuite, per ciascun elemento di valutazione, dai commissari, determinando infine il coefficiente  $V_{(a)}$ , in applicazione della seguente formula:

$$C_i = SP_{OE} / SP_{PG}$$

Dove:

$C_i$  = Coefficiente da assegnare all'offerta in esame;

$SP_{OE}$  = Somma delle preferenze dell'offerta in esame;

$SP_{PG}$  = Somma della preferenza di valore più grande;

Al concorrente con la somma delle preferenze più elevata verrà, quindi, attribuito il coefficiente 1 e valori proporzionalmente minori agli altri concorrenti.



- b. nel caso in cui le offerte da valutare siano inferiori a tre, dalla media, arrotondata per troncamento alla terza cifra decimale, dei coefficienti provvisori, compresi tra 0 ed 1, attribuiti discrezionalmente dai singoli commissari in applicazione della seguente formula:

$$C_i = M_{OE} / M_{PG}$$

Dove:

$C_i$  = Coefficiente da assegnare all'offerta in esame;

$M_{OE}$  = Media dei coefficienti provvisori dell'offerta in esame;

$M_{PG}$  = Media dei coefficienti provvisori di valore più grande;

Al concorrente con la media dei coefficienti provvisori più elevata verrà, quindi, attribuito il coefficiente 1 e valori proporzionalmente minori agli altri concorrenti.

- c. in caso di una sola offerta, dalla media, arrotondata per troncamento alla terza cifra decimale, dei coefficienti provvisori, compresi tra 0 ed 1, attribuiti discrezionalmente da ciascun singolo commissario, senza procedere a riparametrare ad 1 la stessa:

$$C_i = M_o$$

Dove:

$C_i$  = Coefficiente da assegnare all'offerta in esame;

$M_o$  = Media dei coefficienti provvisori dell'offerta;

**Nei soli casi sub a. e b.**, se nessuna offerta ottiene come punteggio, per ogni singolo elemento suddiviso in più sub-elementi, il valore massimo del peso dell'elemento medesimo previsto dal bando, verrà effettuata la riparametrizzazione dei punteggi, assegnando il peso totale dell'elemento scomposto all'offerta che ha ottenuto la migliore somma dei punteggi dei sub-elementi che lo compongono e alle altre offerte un punteggio proporzionale (riparametrizzazione semplice).

Inoltre, se in tal modo, nessuna offerta ottiene come punteggio, per gli elementi di natura qualitativa, il valore massimo della somma dei pesi previsti dal bando (70), verrà effettuata la riparametrizzazione dei punteggi assegnando il peso totale previsto per gli elementi di natura qualitativa (70), all'offerta che ha ottenuto la migliore somma dei punteggi dei criteri che la compongono e alle altre offerte un punteggio proporzionale (riparametrizzazione assoluta – vedi art. 18.4).

Le operazioni relative alla valutazione degli elementi di natura qualitativa saranno svolte dalla Commissione in una o più sedute riservate, sulla base delle informazioni fornite dai concorrenti nell'offerta tecnica.

**Per la presente procedura di appalto viene fissata una soglia minima di punteggio pari a 14 punti per il Criterio 1 "Software e infrastruttura it": la Commissione procederà, all'esito della valutazione dello stesso e delle operazioni di riparametrizzazione semplice, a tradurre, relativamente a tale criterio, i coefficienti  $C_i$ , come precedentemente determinati, in punteggi definitivi, al fine di consentire alla Stazione Appaltante di adottare tempestivamente apposito atto deliberativo per l'esclusione dalle successive fasi della procedura delle offerte che non avranno raggiunto la soglia minima di punteggio.**

### 18.3 Metodo di attribuzione del coefficiente per il calcolo del punteggio dell'offerta economica

Quanto all'offerta economica, è attribuito all'elemento economico un coefficiente, variabile da zero ad uno, calcolato tramite la formula "bilinare", secondo quanto appreso:

$$C_i \quad (\text{per } A_i \leq A_{\text{soglia}}) = X \cdot A_i / A_{\text{soglia}}$$

$$C_i \quad (\text{per } A_i > A_{\text{soglia}}) = X + (1,00 - X) \cdot [(A_i - A_{\text{soglia}}) / (A_{\text{max}} - A_{\text{soglia}})]$$

Dove:

$C_i$  = coefficiente attribuito al concorrente iesimo;

$A_i$  = valore dell'offerta (ribasso) del concorrente iesimo;

$A_{\text{soglia}}$  = media aritmetica dei valori delle offerte (ribasso sul prezzo) dei concorrenti;

$X$  = 0,90;

$A_{max}$  = valore dell'offerta (ribasso) più conveniente;

A tal proposito si precisa che, ai fini dell'applicazione della formula di cui sopra, sarà presa in considerazione la percentuale di ribasso offerta alla voce RIBASSO PERCENTUALE OFFERTO SULLA BASE D'APPALTO SOGGETTA A RIBASSO riportata sul "modello offerta".

Tale percentuale di ribasso dovrà essere espressa con massimo due decimali dopo la virgola.

#### 18.4 Metodo per il calcolo dei punteggi

La commissione, terminata l'attribuzione dei coefficienti agli elementi qualitativi e quantitativi, procederà, in relazione a ciascuna offerta, all'attribuzione dei punteggi per ogni singolo criterio secondo il metodo aggregativo compensatore.

Il punteggio è dato dalla seguente formula:

$$P = \sum_n [ P_i * C_i ]$$

dove

P = punteggio totale dell'offerta in esame;

$\sum_n$  = sommatoria.

n = numero totale degli elementi di valutazione (tecnici ed economici);

$P_i$  = punteggio elemento di valutazione i-esimo

$C_i$  = coefficiente elemento di valutazione i-esimo;

**Riparametrazione:** Al fine di non alterare i pesi stabiliti tra i vari criteri, se nel punteggio tecnico complessivo nessun concorrente ottiene il punteggio massimo, il punteggio ottenuto viene riparametrato attribuendo il massimo dei punti previsti (70) al concorrente la cui offerta ha ottenuto il miglior punteggio tecnico ed alle altre offerte un punteggio proporzionale.

#### Art. 19 - SVOLGIMENTO OPERAZIONI DI GARA: APERTURA DELLA BUSTA A – VERIFICA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

La prima seduta pubblica avrà luogo il **giorno ....., alle ore ..... presso ...** e vi potranno partecipare i legali rappresentanti/procuratori delle imprese interessate oppure persone munite di specifica delega. In assenza di tali titoli, la partecipazione è ammessa come semplice uditore.

Tale seduta pubblica, se necessario, sarà aggiornata ad altra ora o a giorni successivi, nel luogo, nella data e negli orari che saranno comunicati ai concorrenti a mezzo PEC almeno cinque giorni prima della data fissata.

Parimenti le successive sedute pubbliche saranno comunicate ai concorrenti a mezzo PEC almeno cinque giorni prima della data fissata.

Il RUP procederà, nella prima seduta pubblica, a verificare il tempestivo deposito e l'integrità dei plichi inviati dai concorrenti e, una volta aperti, a controllare la completezza della documentazione amministrativa presentata.

Successivamente il RUP procederà a:

- verificare la conformità della documentazione amministrativa a quanto richiesto nel presente disciplinare;
- attivare la procedura di soccorso istruttorio di cui al precedente art. 14;
- redigere apposito verbale relativo alle attività svolte;
- adottare il provvedimento che determina le esclusioni e le ammissioni dalla procedura di gara, provvedendo altresì agli adempimenti di cui all'art. 29, comma 1, del Codice. Detto provvedimento sarà pubblicato sul profilo di committente della stazione appaltante nella sezione "Amministrazione trasparente" al seguente indirizzo: [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) – amministrazione trasparente – bandi di gara e contratti – "Esclusioni/ammissioni ex art. 29 D. Lgs. n. 50/2016 (U.O.C. Acquisizione beni e servizi)".

La stazione appaltante, al fine di tutelare il principio di segretezza delle offerte, adotta le seguenti modalità di conservazione dei plichi: conservazione in stanza chiusa con chiave di sicurezza o in armadio chiuso con chiave di sicurezza.



Sempre al fine di tutelare il principio di segretezza delle offerte, adotta le seguenti modalità di trasferimento dei plichi dal RUP alla Commissione giudicatrice: consegna dei plichi direttamente al Presidente della Commissione eventualmente anche tramite consegna della chiave della stanza o dell'armadio.

Ai sensi dell'art. 85, comma 5, primo periodo del Codice, la stazione appaltante si riserva di chiedere agli offerenti, in qualsiasi momento nel corso della procedura, di presentare tutti i documenti complementari o parte di essi, qualora questo sia necessario per assicurare il corretto svolgimento della procedura.

La stazione appaltante procede alla suddetta verifica in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (DGUE e altre dichiarazioni integrative), rese dai concorrenti in merito al possesso dei requisiti generali e speciali.

Tale verifica avverrà, ai sensi degli artt. 81 e 216, comma 13 del Codice, attraverso l'utilizzo del sistema AVCpass, reso disponibile dall'ANAC, con le modalità di cui alla delibera n. 157/2016.

## **Art. 20 - COMMISSIONE GIUDICATRICE**

La commissione giudicatrice è nominata, ai sensi dell'art. 216, comma 12 del Codice, dopo la scadenza del termine per la presentazione delle offerte ed è composta da un numero dispari pari a n. tre membri, esperti nello specifico settore cui si riferisce l'oggetto del contratto. In capo ai commissari non devono sussistere cause ostative alla nomina ai sensi dell'art. 77, comma 9, del Codice. A tal fine i medesimi rilasciano apposita dichiarazione alla stazione appaltante.

La commissione giudicatrice è responsabile della valutazione delle offerte tecniche ed economiche dei concorrenti e fornisce ausilio al RUP nella valutazione della congruità delle offerte tecniche.

La stazione appaltante pubblica, sul profilo di committente, nella sezione "amministrazione trasparente" ([www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it) – amministrazione trasparente – bandi di gara e contratti – "Composizione e curricula commissioni giudicatrici ex art. 29 D. Lgs 50/2016 (UOC Acquisizione Beni e Servizi)", la composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei componenti, ai sensi dell'art. 29, comma 1 del Codice.

## **Art. 21 - APERTURA DELLE BUSTE B E C – VALUTAZIONE DELLE OFFERTE TECNICHE ED ECONOMICHE**

Una volta effettuato il controllo della documentazione amministrativa, il RUP procederà a consegnare gli atti alla commissione giudicatrice.

La commissione giudicatrice, in seduta pubblica, procederà all'apertura della busta contenente l'offerta tecnica ed alla verifica della presenza dei documenti richiesti dal presente disciplinare.

In una o più sedute riservate la commissione procederà all'esame ed alla valutazione delle offerte tecniche e all'assegnazione dei relativi punteggi applicando i criteri e le formule indicati nel bando e nel presente disciplinare.

La commissione procederà alla riparametrazione dei punteggi secondo quanto indicato al precedente punto 18.4.

Successivamente, in seduta pubblica, la commissione darà lettura dei punteggi attribuiti alle singole offerte tecniche, darà atto delle eventuali esclusioni dalla gara dei concorrenti.

Nella medesima seduta, o in una seduta pubblica successiva, la commissione procederà all'apertura della busta contenente l'offerta economica e quindi alla relativa valutazione, che potrà avvenire anche in successiva seduta riservata, secondo i criteri e le modalità descritte al punto 0.

La stazione appaltante procederà dunque all'individuazione dell'unico parametro numerico finale per la formulazione della graduatoria, ai sensi dell'art. 95, comma 9 del Codice.

Nel caso in cui le offerte di due o più concorrenti ottengano lo stesso punteggio complessivo, ma punteggi differenti per il prezzo e per tutti gli altri elementi di valutazione, sarà collocato primo in graduatoria il concorrente che ha ottenuto il miglior punteggio sul prezzo.

Nel caso in cui le offerte di due o più concorrenti ottengano lo stesso punteggio complessivo e gli stessi punteggi parziali per il prezzo e per l'offerta tecnica, si procederà mediante sorteggio in seduta pubblica.

All'esito delle operazioni di cui sopra, la commissione, in seduta pubblica, redige la graduatoria e procede ai sensi di quanto previsto al punto 0.

Qualora individui offerte che superano la soglia di anomalia di cui all'art. 97, comma 3 del Codice, e in ogni altro caso in cui, in base a elementi specifici, l'offerta appaia anormalmente bassa, la commissione, chiude la seduta pubblica dando comunicazione al RUP, che procederà secondo quanto indicato al successivo punto 0.

In qualsiasi fase delle operazioni di valutazione delle offerte tecniche ed economiche, la commissione provvede a comunicare, tempestivamente al RUP - che procederà, sempre, ai sensi dell'art. 76, comma 5, lett. b) del Codice - i casi di **esclusione** da disporre per:

- mancata separazione dell'offerta economica dall'offerta tecnica, ovvero l'inserimento di elementi concernenti il prezzo in documenti contenuti nelle buste A e B;

- presentazione di offerte parziali, plurime, condizionate, alternative nonché irregolari, ai sensi dell'art. 59, comma 3, lett. a) del Codice, in quanto non rispettano i documenti di gara, ivi comprese le specifiche tecniche;
- presentazione di offerte inammissibili, ai sensi dell'art. 59, comma 4 lett. a) e c) del Codice, in quanto la commissione giudicatrice ha ritenuto sussistenti gli estremi per informativa alla Procura della Repubblica per reati di corruzione o fenomeni collusivi o ha verificato essere in aumento rispetto all'importo a base di gara.

## **Art. 22 - VERIFICA DI ANOMALIA DELLE OFFERTE**

Al ricorrere dei presupposti di cui all'art. 97, comma 3, del Codice, e in ogni altro caso in cui, in base a elementi specifici, l'offerta appaia anormalmente bassa, il RUP, avvalendosi, se ritenuto necessario, della commissione, valuta la congruità, serietà, sostenibilità e realizzabilità delle offerte che appaiono anormalmente basse.

Si procede a verificare la prima migliore offerta anormalmente bassa. Qualora tale offerta risulti anomala, si procede con le stesse modalità nei confronti delle successive offerte, fino ad individuare la migliore offerta ritenuta non anomala. È facoltà della stazione appaltante procedere contemporaneamente alla verifica di congruità di tutte le offerte anormalmente basse.

Il RUP richiede per iscritto al concorrente la presentazione, per iscritto, delle spiegazioni, se del caso indicando le componenti specifiche dell'offerta ritenute anomale.

A tal fine, assegna un termine non inferiore a quindici giorni dal ricevimento della richiesta.

Il RUP, con il supporto della commissione se ritenuto necessario, esamina in seduta riservata le spiegazioni fornite dall'offerente e, ove le ritenga non sufficienti ad escludere l'anomalia, può chiedere, anche mediante audizione orale, ulteriori chiarimenti, assegnando un termine massimo per il riscontro.

Il RUP esclude, ai sensi degli articoli 59, comma 3 lett. c) e 97, commi 5 e 6 del Codice, le offerte che, in base all'esame degli elementi forniti con le spiegazioni risultino, nel complesso, inaffidabili e procede ai sensi del seguente articolo 23.

## **ART. 23 - AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO E STIPULA DEL CONTRATTO**

All'esito delle operazioni di cui sopra, la commissione – o il RUP, qualora vi sia stata verifica di congruità delle offerte anomale – formulerà la proposta di aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato la migliore offerta, chiudendo le operazioni di gara e trasmettendo al RUP tutti gli atti e documenti della gara ai fini dei successivi adempimenti.

Qualora nessuna offerta risulti conveniente o idonea in relazione all'oggetto del contratto, la stazione appaltante si riserva la facoltà di non procedere all'aggiudicazione ai sensi dell'art. 95, comma 12 del Codice.

La verifica dei requisiti generali e speciali avverrà, ai sensi dell'art. 85, comma 5 Codice, sull'offerente cui la stazione appaltante ha deciso di aggiudicare l'appalto.

Prima dell'aggiudicazione, la stazione appaltante, ai sensi dell'art. 85 comma 5 del Codice, richiede al concorrente cui ha deciso di aggiudicare l'appalto di presentare i documenti di cui all'art. 86 del Codice, ai fini della prova dell'assenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 (ad eccezione, con riferimento ai subappaltatori, del comma 4) e del rispetto dei criteri di selezione di cui all'art. 83 del medesimo Codice. Tale verifica avverrà attraverso l'utilizzo del sistema AVCpass.

Ai sensi dell'art. 95, comma 10, la stazione appaltante prima dell'aggiudicazione procede, laddove non effettuata in sede di verifica di congruità dell'offerta, alla valutazione di merito circa il rispetto di quanto previsto dall'art. 97, comma 5, lett. d) del Codice.

La stazione appaltante, previa verifica ed approvazione della proposta di aggiudicazione ai sensi degli artt. 32, comma 5 e 33, comma 1 del Codice, aggiudica l'appalto.

L'aggiudicazione diventa efficace, ai sensi dell'art. 32, comma 7 del Codice, all'esito positivo della verifica del possesso dei requisiti prescritti.

In caso di esito negativo delle verifiche, la stazione appaltante procederà alla revoca dell'aggiudicazione, alla segnalazione all'ANAC nonché all'incameramento della garanzia provvisoria. La stazione appaltante aggiudicherà, quindi, al secondo graduato procedendo altresì, alle verifiche nei termini sopra indicati.

Nell'ipotesi in cui l'appalto non possa essere aggiudicato neppure a favore del concorrente collocato al secondo posto nella graduatoria, l'appalto verrà aggiudicato, nei termini sopra detti, scorrendo la graduatoria.

La stipulazione del contratto è subordinata al positivo esito delle procedure previste dalla normativa vigente in materia di lotta alla mafia, fatto salvo quanto previsto dall'art. 88 comma 4-bis e 89 e dall'art. 92 comma 3 del d.lgs. 159/2011.

Ai sensi dell'art. 93, commi 6 e 9 del Codice, la garanzia provvisoria verrà svincolata, all'aggiudicatario, automaticamente al momento della stipula del contratto; ai concorrenti non aggiudicatari verrà svincolata con la comunicazione dell'avvenuta aggiudicazione.

Trascorsi i termini previsti dall'art. 92, commi 2 e 3 d.lgs. 159/2011 dalla consultazione della Banca dati, la stazione appaltante procede alla stipula del contratto anche in assenza di dell'informativa antimafia, salvo il successivo recesso dal contratto laddove siano successivamente accertati elementi relativi a tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 92, comma 4 del d.lgs. 159/2011.

Il contratto, ai sensi dell'art. 32, comma 9 del Codice, non potrà essere stipulato prima di 35 giorni dall'invio dell'ultima delle comunicazioni del provvedimento di aggiudicazione.

La stipula avrà luogo entro 60 giorni dall'intervenuta efficacia dell'aggiudicazione ai sensi dell'art. 32, comma 8 del Codice, salvo il differimento espressamente concordato con l'aggiudicatario.

All'atto della stipulazione del contratto, l'aggiudicatario deve presentare la garanzia definitiva da calcolare sull'importo contrattuale, secondo le misure e le modalità previste dall'art. 103 del Codice.

Il contratto sarà stipulato in modalità elettronica, mediante scrittura privata.

Il contratto è soggetto agli obblighi in tema di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla l. 13 agosto 2010, n. 136.

Nei casi di cui all'art. 110 comma 1 del Codice la stazione appaltante interpella progressivamente i soggetti che hanno partecipato alla procedura di gara, risultanti dalla relativa graduatoria, al fine di stipulare un nuovo contratto per l'affidamento dell'esecuzione o del completamento del servizio/fornitura.

**Le spese relative alla pubblicazione** del bando e dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento, ai sensi dell'art. 216, comma 11 del Codice e del d.m. 2 dicembre 2016 (GU 25.1.2017 n. 20), sono a carico dell'aggiudicatario e dovranno essere rimborsate alla stazione appaltante entro il termine di sessanta giorni dall'aggiudicazione.

L'importo presunto delle spese di pubblicazione è pari a circa € 4.000,00.

La stazione appaltante comunicherà all'aggiudicatario l'importo effettivo delle suddette spese, nonché le relative modalità di pagamento.

**Sono a carico dell'aggiudicatario anche tutte le spese** contrattuali, gli oneri fiscali quali imposte e tasse - ivi comprese quelle di registro ove dovute - relative alla stipulazione del contratto.

Ai sensi dell'art. 105, comma 2, del Codice l'affidatario comunica, per ogni sub-contratto che non costituisce subappalto, l'importo e l'oggetto del medesimo, nonché il nome del sub-contraente, prima dell'inizio della prestazione.

L'affidatario deposita, prima o contestualmente alla sottoscrizione del contratto di appalto, i contratti continuativi di cooperazione, servizio e/o fornitura di cui all'art. 105, comma 3, lett. c bis) del Codice.

#### **Art. 24 - CLAUSOLA SOCIALE E ALTRE CONDIZIONI PARTICOLARI DI ESECUZIONE**

Al fine di promuovere la stabilità occupazionale nel rispetto dei principi dell'Unione Europea, e ferma restando la necessaria armonizzazione con l'organizzazione dell'operatore economico subentrante e con le esigenze tecnico-organizzative e di manodopera previste nel nuovo contratto, l'aggiudicatario del contratto di appalto è tenuto ad assorbire prioritariamente nel proprio organico il personale già operante alle dipendenze dell'aggiudicatario uscente, come previsto dall'articolo 50 del Codice, garantendo l'applicazione dei CCNL di settore, di cui all'art. 51 del d.lgs. 15 giugno 2015, n. 81.

A tal fine, l'elenco del personale attualmente impiegato è riportato nell'art. 11 del capitolato speciale d'appalto.

#### **Art. 25 - DEFINIZIONE DELLE CONTROVERSIE**

Per le controversie derivanti dal contratto è competente il Foro di Teramo, rimanendo espressamente esclusa la compromissione in arbitri.

#### **Art. 26 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, esclusivamente nell'ambito della gara regolata dal presente disciplinare di gara.

SCHEMA CONTRATTO PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI RILEVAZIONE ED ELABORAZIONE DEI DATI CONTENUTI NELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE A CARICO DEL S.S.N. PER LE AZIENDE UU.SS.LL. DELLA REGIONE ABRUZZO. CIG 7653097F6B

Azienda Unità Sanitaria Locale Teramo con sede in Teramo, Circonvallazione Ragusa, 1 - C.F. 00115590671 – in persona del Legale Rappresentante Direttore Generale \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ (in seguito per brevità “AUSL” o “committente”) -----

E

Ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) – P.I. \_\_\_\_\_, in persona del \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ (in seguito per brevità “ditta” o “fornitore”) -----

PREMESSO CHE

con deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, l’AUSL ha affidato, ai sensi dell’art. 32 comma 5 del D. Lgs. n. 50/2016, la procedura aperta a lotto unico, per l’affidamento del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le aziende UU.SS.LL. della regione Abruzzo, alle condizioni tecniche ed economiche scaturite dalle offerte formulate in sede di gara. ---

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Articolo 1 - Elementi del contratto

La premessa e tutti i documenti con relativi allegati richiamati nel presente contratto, sono parte integrante e sostanziale del contratto stesso, ancorché non materialmente allegati. -----



In particolare, costituiscono elementi del contratto: 1) la deliberazione n. \_\_\_\_\_ del

/ / \_\_\_\_\_ e i relativi allegati ivi inclusi gli atti e i documenti richiamati nel citato

provvedimento ancorché non materialmente ad essi allegati, in particolare l'offerta

economiche della ditta: \_\_\_\_\_ ;

2) il Codice aziendale di comportamento adottato con deliberazione n. 101 del

28.01.2014 che la ditta, dopo averne preso visione sul sito [www.aslteramo.it](http://www.aslteramo.it), dichiara

espressamente di accettare; 3) le garanzie definitive rese ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_ del

Capitolato Speciale d'Appalto, di seguito elencate:

fideiussione bancaria n. \_\_\_\_\_ rilasciata da

\_\_\_\_\_ filiale di \_\_\_\_\_ ; -----

### Articolo 2 - Oggetto

Il presente contratto definisce la disciplina normativa e contrattuale dell'appalto per

per l'affidamento del servizio di rilevazione ed elaborazione dei dati contenuti nelle

prescrizioni farmaceutiche a carico del S.S.N. per le aziende UU.SS.LL. della regione

"Abruzzo", da espletarsi secondo quanto previsto nella documentazione come sopra

richiamata, e comunque nel rispetto delle normative vigenti in materia dell'attività og-

getto dell'appalto. -----

### Articolo 3 - Durata

La durata del presente contratto è fissata in anni quattro con decorrenza dal

/ / \_\_\_\_\_. Il contratto verrà pertanto a scadenza in data / / \_\_\_\_\_ . -----

Alla scadenza è prevista l'opzione di proroga tecnica ai sensi dell'art. 106, comma 11,

del D. Lgs. n. 50/2016, alle medesime o più favorevoli condizioni contrattuali ed eco-

nomiche, per un periodo di mesi 6 (sei) ovvero per il tempo strettamente necessario

per l'espletamento di una nuova procedura. -----

### Articolo 4 - Valore

Il valore del presente contratto, riferito alla sua durata di anni quattro comprensivo di proroga tecnica semestrale ai sensi dell'art. 106, comma 11, del D. Lgs. n. 50/2016 e di opzione di estensione di un quinto ai sensi dell'art. 106, comma 12, del D. Lgs. n. 50/2016, è quantificato in complessivi € \_\_\_\_\_ oltre I.V.A. di legge, così suddiviso:

secondo l'offerta economica della ditta presentata in sede di gara e recepita nella deliberazione di aggiudicazione n. \_\_\_\_\_ del / / \_\_\_\_\_.

### Articolo 5 - Condizioni della fornitura

La ditta, nell'assumere le obbligazioni tutte derivanti dal presente contratto, con espresso rinvio riguardo agli elementi di cui all'art. 1 che ne costituiscono parte integrante e sostanziale, dichiara di: \_\_\_\_\_

1. avere piena consapevolezza dell'attività esercitata dalla committente e delle normative vigenti in materia; \_\_\_\_\_
2. possedere le competenze, le capacità, l'organizzazione, i mezzi, il personale e le risorse comunque necessarie a soddisfare tutte le esigenze della committente e ad eseguire tutte le prestazioni richieste, nel rispetto della normativa vigente. \_\_\_\_\_

La fornitura dovrà essere prestata con le modalità e alle condizioni stabilite nel presente contratto così come composto negli elementi di cui all'art. 1. \_\_\_\_\_

Il fornitore si obbliga ad osservare, nella esecuzione delle prestazioni contrattuali, tutte le prescrizioni tecniche e di sicurezza in vigore, nonché quelle che dovessero essere successivamente emanate. \_\_\_\_\_

### Articolo 6 - Corrispettivi

La ditta si obbliga all'esecuzione del servizio e delle attività oggetto del presente contratto ai patti e condizioni di cui agli atti di gara, nonché alle condizioni economiche scaturenti dall'offerta formulata in sede di gara, per un importo complessivo di euro \_\_\_\_\_

236



.....IVA esclusa,

### Articolo 7 - Fatturazione e pagamenti

La ditta emetterà le fatture secondo le prescrizioni di cui all'art. \_\_\_\_\_ del Capitolato

Speciale d'Appalto. -----

Ai fini della fatturazione elettronica di cui al D.M. n. 55 del 3.4.2013 e relativi allegati,

si fa presente che: 1) il Codice Univoco Ufficio è UFPL0H; 2) occorre riportare il nu-

mero di prenotazione di spesa nel campo "numero d'ordine" del tracciato xml ovvero il

tag <IdDocumento> del nodo o sezione <DatiOrdineAcquisto> con la seguente strin-

ga: P-anno-prenotazione-sub (Esempio: P-2015-125-5). Si evidenzia che la presenza

delle suddette informazioni consentirà il caricamento automatico della fattura nel si-

stema contabile e gestionale della AUSL e, quindi, una riduzione dei tempi di liquida-

zione. -----

Il pagamento delle fatture avverrà a 60 giorni, ai sensi del D. Lgs. n. 231/2002 e

s.m.i.-----

### Articolo 8 - Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

Il codice CIG relativi al presente contratto è il seguente:

La ditta assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della

legge 136/2010 e s.m. ed i. e si impegnano a dare immediata comunicazione alla

AUSL e alla Prefettura – Ufficio territoriale del Governo della Provincia di Teramo del-

la notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltato-

re/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria. -----

La ditta si impegna, altresì, a comunicare all'AUSL ogni eventuale modifica relativa ai

dati dei conti correnti dedicati e delle generalità dei soggetti autorizzati ad operare sul

conto, nei termini di cui all'art. 3 comma 7 della l. 136/2010 e s. m. ed i.-----

### Articolo 9 - Garanzie

237

A garanzia dell'esatto adempimento delle prestazioni derivanti dall'esecuzione del presente contratto la ditta ha prodotto le garanzie definitive di seguito elencate:

fidejussione bancaria n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ filiale di \_\_\_\_\_, per un importo di € \_\_\_\_\_

#### Articolo 10 - Risoluzione del contratto e Penalità

L'Azienda USL si riserva di dichiarare risolto il contratto quando, nel caso di inadempimento degli obblighi contrattuali, la ditta affidataria della fornitura non vi abbia ottemperato nei termini convenuti. -----

In caso di risoluzione, la cauzione definitiva verrà incamerata a titolo di penale e di indennizzo, salvo risarcimento di danni maggiori. -----

#### Articolo 11 - Controlli

Tutte le attività di controllo sulla regolare esecuzione delle prestazioni, nessuna esclusa, spettano al Direttore dell'esecuzione del contratto e suoi assistenti, che sono stati individuati con la deliberazione n. \_\_\_\_\_ del / / \_\_\_\_\_ nelle persone del

che svolgono tutte le attività a loro demandate dalla normativa vigente, nonché tutte le attività che si rendano opportune per assicurare il perseguimento dei compiti assegnati.-----

#### Articolo 12 - Obbligo di riservatezza

La ditta ha l'obbligo di mantenere riservati i dati e le informazioni di cui vengano in possesso con l'obbligo di non divulgarli in alcun modo e in qualsiasi forma e di non farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo. Si impegna, altresì, a rispettare quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018, e ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.4.2016). La ditta potrà citare i termini essenziali del presente contrat-

238

to, nei casi in cui fosse condizione necessaria per la partecipazione a gare d'appalto.

### Articolo 13 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, sarà competente in via esclusiva il Foro di Teramo, con esclusione di tutti gli altri fori alternativi. -----

### Articolo 14 - Rinvio

Per quanto non espressamente previsto nel presente contratto e in tutti gli altri atti facenti parte del contratto, si farà rinvio a tutte le normative (comunitarie, nazionali e regionali) vigenti nell'ordinamento giuridico, nessuna esclusa. -----

Le clausole del presente contratto sono da intendersi sostituite, modificate o abrogate automaticamente per effetto di norme aventi carattere cogente contenute in leggi o regolamenti che entreranno in vigore successivamente. -----

### Articolo 15 - Modalità di sottoscrizione del contratto

Il presente contratto, firmato in modalità elettronica, viene stipulato conformemente a quanto disposto dall'art. 32, comma 14, del D. Lgs. n. 50/2016.-----

Il presente contratto viene letto dalle parti contraenti che, riconoscendolo conforme alla loro volontà, lo sottoscrivono con modalità di firma digitale ai sensi dell'art.1, comma 1, lettera s) del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD). -----

Il presente contratto si compone complessivamente di n. X (xxxx) facciate. -----

**Letto confermato e sottoscritto**

per la AUSL - il Direttore Generale (firmato digitalmente)

per la Ditta - il Legale Rappresentante (firmato digitalmente)

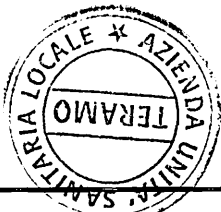
239



Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno 12 OTT. 2018 con prot. n. 3546/18 all'Albo informatico della ASL per rimanervi 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile"



Firma \_\_\_\_\_  
L'addetto alla pubblicazione informatica

La trasmissione al Collegio Sindacale è assolta mediante pubblicazione sull'Albo Aziendale.

Per l'esecuzione (E) ovvero per opportuna conoscenza (C) trasmessa a:

Coordinamenti/Dipartimenti e Distretti		Unità Operative		Staff	
Coordinamento di Staff	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Acquisizione Beni e Servizi	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOC Affari Generali	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Amministrativo	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOC Controllo di gestione	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Fisco Tecnico Informatico	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Gestione del Personale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOC Formazione Aggiornamento e Qualità	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Coordinamento Responsabili dei PP.OO.	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOC Medicina Legale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Sistemi Informativi Aziendali	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Emergenza e Accettazione	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Amm.va PP.OO.	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Cardio-Vascolare	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Presidio Ospedaliero di Teramo	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOSD Liste di attesa e CUP	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Discipline Mediche	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Presidio Ospedaliero di Atri	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	<b>altre Funzioni di Staff</b>	
Dipartimento Discipline Chirurgiche	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Presidio Ospedaliero di Giulianova	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Gestione del Rischio	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento dei Servizi	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Presidio Ospedaliero di Sant'Omero	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Relazioni Sindacali	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Tecnologie Pesanti	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Servizio Farmaceutico territoriale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Ufficio Infermieristico	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento di Salute Mentale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Farmacia Ospedaliera di	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Organismo indipendente di valutazione	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento di Prevenzione	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direttore Esecuzione Contratto	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Ufficio Procedimenti Disciplinari	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Materno-Infantile	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Comitato Unico di Garanzia	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Distretto di	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C