RICETTA DEMATERIALIZZATA SPECIFICA DI INTEGRAZIONE CON SERVIZI DEL SAR LIGURE (SISTEMA DI ACCOGLIENZA REGIONALE LIGURE) D.M. 02 NOVEMBRE 2011

VERSIONE 05 DEL 01/03/2016

DATI DI CONTROLLO DEL DOCUMENTO

Oggetto:	Il presente documento descrive i requisiti riguardanti il prodotto "gateway del SAR (GW2SAR)"
Riferimenti a documenti aziendali Liguria Digitale:	DS98RGE-1000-001 "Standard di documentazione e codifica"
Riferimenti esterni:	(1) PROGETTO TESSERA SANITARIA "Collegamento Telematico in rete dei Medici" – Sistema TS Versione 9.0 del 08 marzo 2011 (2) DPCM 26 marzo 2008 attuativo del D.L. 296/2006 art 1 comma 810 lettera C, che dispone le modalità di trasmissione telematica dei dati delle prescrizioni da parte dei singoli medici del SSN e del SASN o da parte delle Regioni aderenti all'art 4 comma 1 al Ministero dell'economia e delle finanze (3) DM 2 novembre 2011 "De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'art.11, comma16 del decreto legge n°78 del 2010 " (4) Gestione del numero Ricetta Elettronica (NRE) – SistemaTS Versione 1 del 21/05/2012 (5) Web services per la trasmissione elettronica delle prescrizioni mediche dematerializzate (DM 2 novembre 2011) parte 1: prescrizione – versione del 11 maggio 2015 (6) Specifiche tecniche per la stampa del promemoria della ricetta dematerializzata – versione del 02 febbraio 2015 (7) Web services per la trasmissione elettronica delle prescrizioni mediche dematerializzate (DM 2 novembre 2011) parte 2: erogazione – versione del 11 maggio 2015 (8) Ricetta farmaceutica – Aggiornamento alla luce dell'art. 15, comma 11-bis del DL 95/2012 e successive modificazioni, riguardante la prescrizione per principio attivo del 25/10/2013

Moduli utilizzati:

Pagine variate:

Aggiornamento tecnico

Nuovi campi inserimento prescrizione (**request**):

- **numeroNota** (pag.18)
- **condErogabilita** (pag. 19)
- **approprPrescrittiva** (pag. 19)
- **patologia (**pag. 19)

Nuovi campi inserimento prescrizione (**response**):

- **progrPresc** (pag. 21)
- **codProdPrest** (pag. 21)
- **tipoAmbulatorio** (pag. 21)
- **flagPromemoria** (pag. 21)
- **pdfPromemoria** (pag. 21)

Nuovi campi visualizzazione/presa in carico (**response**):

- **numeroNota** (pag. 30)
- **condErogabilita** (pag. 30)
- **approprPrescrittiva** (pag. 30)
- **patologia** (pag. 31)
- **tipoAmbulatorio** (pag. 31)

Modifica della stampa di promemoria

- **campi 18 e 20** (pagg. 55-56-57)

Aggiornamento concettuale

Recepimento delle regole introdotte dal DM 9 dicembre 2015

Allegati

ALLEGATO 1: Elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale dm 22 luglio 1996 soggette a CONDIZIONI DI EROGABILITA' o INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

-

ALLEGATO 2 - GENETICA COLONNA "A": GENETICA MEDICA

ALLEGATO 2 - GENETICA COLONNA "B": CITOGENETICA

ALLEGATO 2 - GENETICA COLONNA"C" : ONCOEMATOLOGIA

ALLEGATO 2 - GENETICA COLONNA "D": IMMUNOGENETICA

ALLEGATO 2 - COLONNA "E": ANATOMIA PATOLOGICA

INDICE

Pag.

1. INTRODUZIONE 6
1.1. Premessa 6
1.2. Scopo 6
1.3. Area di applicazione 6
1.4. Abbreviazioni 7

2. INTRODUZIONE AL PROGETTO SAR (SISTEMA DI ACCOGLIENZA REGIONALE) 8
2.1. Il contesto di riferimento 8

3. MODALITÀ DI COLLOQUIO CON IL SAR 9
3.1. Processo di adesione al SAR: rilascio/revoca/cambio credenziali 9
3.2. Processo di adesione al SAR: rilascio del pincode e del certificato per la cifratura dei dati 10

4. I DATI 11
4.1. La struttura della ricetta: prescrizione 11
4.2. La struttura della ricetta: visualizzazione/presa in carico 21
4.3. La struttura della ricetta: chiusura erogazione 33
4.4. La gestione del Numero di Ricetta Elettronica (NRE) 42
4.5. Regole di composizione dell'NRE 42

5. IL MODELLO FUNZIONALE 43
5.1. Il SAR DPCM: prescrizione 43
5.2. Il SAR DM: prescrizione 44
5.3. Il SAR DPCM e il SAR DM: principali differenze 44
5.4. Il SAR DM: Caratteristiche generali 44
5.5. Il SAR DM: Attori e responsabilità 45
5.6. Scenari funzionali di attuazione del SAR DM 48
5.7. Tavola riassuntiva degli stati di processo 50
5.8. Modello di promemoria 53
5.8.1. Caratteristiche generali 53
5.8.2. Regole di compilazione dei campi della stampa 53
5.8.3. Area destinata alle prescrizioni 55

6. ARCHITETTURA DEL GATEWAY DEL SAR 62
6.1. Architettura del sistema 62
6.2. Principali caratteristiche dei servizi esposti dal GW 63
6.3. Cifratura dei dati inviati tramite i Web Services 65

7. UTILIZZO DEL GATEWAY 66
7.1. L'ambiente di test 66
7.2. L'ambiente di produzione 68

8. PRESCRIZIONE 69
8.1. Servizio per l'invio dei dati della ricetta per la generazione della ricetta dematerializzata 69
8.1.1. Formato del messaggio: il messaggio di request 69
8.1.2. Formato del messaggio: il messaggio di response 70
8.2. Servizio per l'annullamento della ricetta dematerializzata 71
8.2.1. Formato del messaggio: il messaggio di request 71
8.2.2. Formato del messaggio: il messaggio di response 71
8.3. Servizio di visualizzazione dei dati della ricetta dematerializzata 72
8.3.1. Formato del messaggio: il messaggio di request 72

8.3.2. Formato del messaggio: il messaggio di response 72

9. EROGAZIONE 73
9.1. Servizio di visualizzazione e presa in carico esclusiva della ricetta elettronica 73
9.1.1. Il caso specifico del soggetto prenotatore 74
9.1.2. Formato del messaggio: il messaggio di request 75
9.1.3. Formato del messaggio: il messaggio di response 75
9.2. Servizio di chiusura dell'erogato della ricetta elettronica 76
9.2.1. Formato del messaggio: il messaggio di request 79
9.2.2. Formato del messaggio: il messaggio di response 79
9.3. Servizio di sospensione della ricetta elettronica 80
9.3.1. Formato del messaggio: il messaggio di request 81
9.3.2. Formato del messaggio: il messaggio di response 81
9.4. Servizio di annullamento dell'erogato della ricetta elettronica 82
9.4.1. Formato del messaggio: il messaggio di request 83
9.4.2. Formato del messaggio: il messaggio di response 83

1. INTRODUZIONE

1.1. Premessa

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2 novembre 2011 (DM), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011, ai fini dell'attuazione di quanto previsto articolo 11, comma 16, ultimo periodo, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, per la de-materializzazione della ricetta elettronica dalla fase di prescrizione a quella di erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSN, definisce le modalità tecniche e i servizi resi disponibili dal SAC, ai fini dell'attuazione di quanto previsto articolo 11, comma 16, ultimo periodo, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, per la de-materializzazione della ricetta elettronica dalla fase di prescrizione a quella di erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSN.

Regione Liguria – a fronte della richiesta di adesione alle disposizioni di cui al comma 1 dell'art. 4 del DPCM 26/03/2008, (attuativo dell'art. 1, comma 810, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296) e di cui all'articolo 1, comma 16 del D.L. 78/2010, in materia di de-materializzazione della ricetta medica – si è dotata di un sistema regionale per la gestione della dematerializzazione dell'intero flusso prescrittivo (SAR dematerializzazione), secondo quanto disciplinato dell'art. 50 della L. 326/2003, dai relativi decreti attuativi, dal DPCM 26/3/2008 e dall'articolo 1, comma 16 del D.L. 78/2010.

1.2. Scopo

Il presente documento ha lo scopo di definire le modalità tecniche e i servizi resi disponibili dal SAR, ai fini dell'interazione dei soggetti prescrittori /erogatori liguri con il SAC per l'attuazione di quanto previsto dall'articolo 11, comma 16, ultimo periodo, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, per la de-materializzazione della ricetta elettronica dalla fase di prescrizione a quella di erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSN.

Scopo del presente documento è quindi quello di fornire le informazioni tecniche per la corretta integrazione da parte dei sistemi prescrittori/erogatori con il SAR.

I "software prescrittori" dovranno attenersi alle specifiche descritte in questo documento per la trasmissione informatica dei dati delle ricette di prescrizione specialistica e farmaceutica al SAR ai fini di conferimento al SAC. Dovranno inoltre attenersi alle specifiche descritte in questo documento anche i "software erogatori" ai fini della corretta erogazione della ricetta a prescindere dal tipo di conclusione del suo ciclo di vita.

Queste specifiche sono aderenti alle specifiche emesse da SOGEI, nelle versioni indicate nello specchietto sui riferimenti esterni, pertanto sono suscettibili di modifiche e/o integrazioni per sopravvenute necessità sia a livello nazionale (integrazione con il SAC) sia a livello Regionale.

1.3. Area di applicazione

Il presente documento è dedicato a tutti i soggetti che devono integrare propri sistemi applicativi con il SAR per il conferimento dei dati di prescrizione e a tutti i

soggetti che devono integrare propri sistemi applicativi con il SAR per la gestione dei dati di prescrizione ai fini dell'erogazione, ovvero:

- I produttori dei software gestionali di cartella clinica per i MMG e PLS
- I produttori dei software di gestione ambulatoriale presenti presso le strutture Ospedaliere e territoriali liguri
- In generale a tutti i produttori di software di prescrizione che devono assolvere all'obbligo di trasmissione del dato di prescrizione come previsto dal DM del 2 novembre 2011.
- I produttori dei software gestionali per l'erogazione della ricetta specialistica.

1.4. Abbreviazioni

Nel documento vengono utilizzate le seguenti abbreviazioni:

AO	Azienda/e Ospedaliere
ASL	Azienda/e Sanitaria Locale
ENI	Europeo Non Iscritto
HTTP(S)	HyperText Transfer Protocol (Secure)
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze
MIME	Multipurpose Internet Mail Extensions
MMG	Medici di Medicina Generale
NRE	Numero di Ricetta Elettronica
PLS	Pediatri di Libera Scelta
SAC	Sistema Accoglienza Centrale
SAR	Sistema Accoglienza Regionale
SIIR	Sistema Informativo Integrato Regionale
SOAP	Simple Object Access Protocol
SSL	SecureSocketLayer
SSN / SASN	Servizio Sanitario Nazionale / Servizio di Assistenza Sanitaria ai Naviganti
STP	Straniero Temporaneamente Presente
SWA	SOAP With Attachments
XML	eXtended Markup Language
XSD	XML Schema Definition
WSDL	Web Services Description Language

2. INTRODUZIONE AL PROGETTO SAR (SISTEMA DI ACCOGLIENZA REGIONALE)

Regione Liguria, si è costituita come SAR ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e sono a regime i servizi di gestione dei lotti, invio delle prescrizioni, assegnazione dell'NRE sia per i prescrittori convenzionati MMG/PLS sia per i prescrittori dipendenti.

Il progetto SAR, con lo scopo di adempiere agli obblighi previsti dal Decreto Ministeriale 02 novembre 2011 relativamente alla trasmissione al MEF (SAC) dei dati delle ricette de-materializzate prescritte dai medici del SSN / SASN e alla gestione degli stessi da parte dei soggetti erogatori, prevede la costituzione di un archivio regionale delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche de-materializzate.

Il progetto prevede anche la realizzazione di un meccanismo di collegamento telematico dei singoli medici prescrittori al SAR che provvede alla raccolta ed al successivo invio dei dati al SAC per conto dei medici operanti sul territorio. E' in corso di realizzazione un meccanismo per il collegamento dei soggetti prenotatori ed erogatori di prestazioni specialistiche che permetterà il recupero e la gestione dei dati della ricetta sino alla conclusione del ciclo di vita della stessa.

Il SAR DM, a regime, verrà alimentato dai prescrittori operanti sul territorio ligure ovvero:

- circa 1500 MMG/PLS convenzionati con SSN
- circa 3300 medici prescrittori dipendenti di SSN.

Valutando il livello delle prescrizioni effettuate negli ultimi anni, si possono ipotizzare i seguenti volumi annuali come parametri di riferimento per il dimensionamento delle architetture di progetto:

- 6.500.000 Prescrizioni di prestazioni ambulatoriali e specialistiche
- 15.500.000 Prescrizioni farmaceutiche

2.1. Il contesto di riferimento

Il progetto di dematerializzazione dell'impegnativa è una diretta conseguenza dell'attuazione del progetto di prescrizione elettronica e deve portare attraverso fasi successive di test e adeguamento dei sistemi coinvolti a un'effettiva semplificazione dei percorsi del paziente che passano da un superamento del supporto cartaceo attraverso l'adozione di meccanismi informatici diffusi.

Il processo previsto ripercorre quanto previsto dal DM 2 novembre 2011 ed è descritto più in dettaglio nel documento al capitolo 5. Il modello funzionale.

3. MODALITÀ DI COLLOQUIO CON IL SAR

L'accesso al SAR, tramite il Gateway, avverrà tramite web services dedicati al dialogo con i sistemi prescrittori

Ai web services si accede per le operazioni di invio delle ricette e di erogazione. L'accesso a questi servizi sarà consentito solo attraverso un processo di autenticazione e di autorizzazione del richiedente su canale SSL.

Per garantire l'accesso al Gateway da parte di un Sistema, è necessario che siano state assegnate allo stesso le credenziali di accesso.

Ogni Sistema integrato sarà in possesso di una coppia di credenziali **(username e password**) e di un **pincode** identificativo, che sarà opportunamente cifrato ed inserito all'interno di ogni messaggio indirizzato al SAR.

La cifratura del pincode, così come la cifratura dell'identificativo del paziente nella ricetta (codice fiscale, codice STP, ENI ecc) verrà effettuata dal modulo client del web service implementato nel software che colloquia con il SAR.

Questa cifratura avverrà mediante l'impiego di un **certificato** che assieme alle credenziali ed al pincode sarà consegnato all'atto della sottoscrizione ai servizi del SAR.

Con "Sistema" in questo contesto si identificano:

Il/i sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione , utilizzati da più medici dipendenti e operatori di una medesima struttura.

il sistema di prescrizione utilizzato dai MMG e dai PLS all'interno del proprio studio medico

Nel primo caso le credenziali ed il pincode sono assegnate alla struttura, nel secondo caso le credenziali ed il pincode sono assegnati al medico MMG o PLS, e quindi utilizzate dal sistema prescrittore di studio.

3.1. Processo di adesione al SAR: rilascio/revoca/cambio credenziali

Il processo di adesione al SAR da parte di un medico prescrittore o di una intera struttura di prescrizione/erogazione prevede la definizione ed il rilascio di credenziali per l'autenticazione ai servizi esposti.

Queste sono le credenziali che permetteranno a tutti gli operatori sanitari di accedere ai servizi erogati dalla Regione Liguria o dagli Enti ad essa collegati attraverso il Sistema SIIR (Sistema Informativo Integrato Regionale), sulla base di opportune autorizzazioni concesse al singolo operatore. Ovviamente è compito dei Sistemi di prescrizione/erogazione adottare tutte le necessarie misure atte a garantire l'inviolabilità di tali credenziali fornite.

I processi tecnico/organizzativi di rilascio e di gestione delle credenziali seguiranno pertanto quelli già definiti nell'ambito del SIIR (Sistema Informativo Integrato Regionale).

Gli operatori che non dispongono già di credenziali di accesso ai Servizi del SIIR dovranno farne opportuna richiesta.

Nel caso specifico, per tutti gli operatori sanitari, il processo di rilascio delle credenziali di autenticazione e di autorizzazione è gestito delle singole Aziende di competenza dell'operatore stesso o dal CST di Regione Liguria.

Le informazioni indispensabili per ottenere un set di credenziali sono:

il cognome

il nome

il Codice Fiscale

un indirizzo di posta elettronica personale

Con queste informazioni viene "costruita" una identità digitale nel SIIR, e verrà fornito al richiedente una coppia username e password.

Il Sistema Regionale prevede, attraverso il Sistema del Portale Unificato di Regione Liguria (Liguria In Rete), la possibilità per l'utente di gestire le proprie credenziali attraverso una serie di servizi applicativi di identity management (cambio password, dimenticata password ecc).

Se è già stato effettuato un processo di adesione in conseguenza al progetto di conferimento dei dati della ricetta rossa (ex DPCM 2008), tali credenziali sono valide anche per il progetto di ricetta dematerializzata.

3.2. Processo di adesione al SAR: rilascio del pincode e del certificato per la cifratura dei dati

Contestualmente al rilascio delle credenziali nominative, verrà consegnato anche il Pincode identificativo univoco.

Il certificato per la cifratura del Pincode e del codice fiscale dell'assistito verrà consegnato all'avvio del progetto.

Se è già stato effettuato un processo di adesione in conseguenza al progetto di conferimento dei dati della ricetta rossa (ex DPCM 2008), tale pincode resta valido anche per il progetto di ricetta dematerializzata.

4. I DATI

4.1. La struttura della ricetta: prescrizione

La ricetta viene conferita attraverso il messaggio di invio (invioPrescrittoRichiesta) al servizio di ricezione del prescritto.

Il messaggio ha una struttura che viene descritta nella tabella seguente:

Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
pinCode	Codice PIN in possesso del soggetto erogatore che ha richiesto i dati. Tale campo deve essere inserito criptato tramite l'utilizzo del certificato …...	Elemento obbligatorio
cfMedico1	Codice fiscale del medico a cui si deve attribuire la ricetta. Nella corrispondenza con la ricetta cartacea, tale codice fiscale indica il medico proprietario di un ricettario.	Elemento obbligatorio
cfMedico2	Codice fiscale del medico che compila la ricetta dematerializzata e che corrisponde al soggetto che appone la firma sulla ricetta cartacea. Tale dato è quello che viene stampato in calce al promemoria. Il dato è necessario se il soggetto che compila la ricetta sta sostituendo un altro medico. Rapportato alla ricetta cartacea il caso è simile al timbro e alla firma che un medico sostituente appone sul ricettario che appartiene al medico sostituito (indicato incfMedico1). Il dato quindi deve essere impostato solo se il medico che compila la ricetta è diverso dal medico di cui si è impostato il pincode oppure, se il medico che compila la ricetta è diverso da quello comunicato in cfMedico1.	Elemento facoltativo
codRegione	Codice Regione / Provincia Autonoma del medico prescrittore di cui si invia la ricetta	Elemento obbligatorio impostato a "070"
codASLAo	Codice ASL del medico prescrittore di cui si invia la ricetta	Elemento obbligatorio
codStruttura	Codice della struttura dove opera il medico. Tale dato non è definito come obbligatorio, in quanto è strettamente collegato alla decisione regionale di attribuire, in fase di censimento dei propri medici, il codice struttura dove un prescrittore opera con una certa specializzazione. Quindi:-se la regione ha definito tale dato per i propri medici, il codice	Elemento facoltativo

	struttura deve essere inserito obbligatoriamente;-se la regione non ha definito tale dato per i propri medici, il codice struttura deve essere obbligatoriamente lasciato vuoto.	
codSpecializzazione	Specializzazione del medico prescrittore di cui si invia la ricetta. **A** SPECIALISTA AMBULATORIALE (EX SUMAI) **B** MEDICO CONSULENTE **C** SPECIALISTA DI STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA **D** DIPENDENTE DEI SERVIZI TERRITORIALI ASL **F** MEDICO DI MEDICINA GENERALE **G** GUARDIA MEDICA **H** OSPEDALIERO **I** MEDICO INAIL **P** PEDIATRA DI LIBERA SCELTA **T** GUARDIA MEDICA TURISTICA **U** MEDICO DI AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA **X** ALTRO (TIROCINANTI, SPECIALIZZANDI, ETC.) **Z** ALTRA SPECIALIZZAZIONE	Elemento obbligatorio
Testata1	Campo destinato a informazioni aggiuntive	Elemento facoltativo
Testata2	Campo riservato alle Regioni, nel quale possono inserire informazioni di loro interesse, non controllate dal SAC. Deve essere rispettata la lunghezza del campo e l'utilizzo dei caratteri ammessi. Regione Liguria ha destinato il campo per l'indicazione del software di prescrizione che ha inviato la transazione: **chiedere a Liguria Digitale l'attribuzione dell'identificativo**.	Elemento facoltativo **Da popolare**
nre	L'elemento contiene il Numero di ricetta elettronica (NRE), di cui si riportano le regole di composizione nell'apposito capitolo, composto da: codice regione (3 byte) +codice raggruppamento (2 byte) da 0A a9Z +tipo lotto (1 byte) +codice del lotto assegnato dal SAC (max 7byte) +progressivo all'interno del lotto (min 2byte) **l'NRE lo assegna il SAC**	Elemento facoltativo
tipoRic	Tipologia della ricetta compilata. Il campo Codice assistito è compilato o meno in funzione del Tipo Ricetta. Valori ammessi: EE = Assicurati extra-europei in temporaneo soggiorno UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale	Elemento facoltativo

	ND = Assistiti SASN con visita domiciliare NE = Assistiti da istituzioni europee NX = Assistiti SASN extraeuropei ST = Stranieri in temporaneo soggiorno	
codiceAss	Codice Fiscale/STP/ENI/altro che rappresenta l'assistito per cui viene compilata la ricetta. Il campo non va compilato per i soggetti stranieri, per i quali esiste l'apposita sezione. Il Codice assistito deve essere coerente con quanto indicato nel campo TipoRicetta. Tale campo, se valorizzato, deve essere inserito criptato tramite l'utilizzo del certificato	Elemento facoltativo
cognNome	Cognome e nome dell'assistito o sue iniziali ove prescritto dalla legge	Elemento facoltativo
indirizzo	indirizzo dell'assistito ove prescritto dalla legge	Elemento facoltativo
oscuramDati	Su richiesta dell'assistito i dati relativi al suo "Cognome e Nome" e all'"Indirizzo"possono essere oscurati e non resi visibili all'erogatore. Valori ammessi: • "null"= dati visibili all'erogatore; • 1= dati oscurati all'erogatore e visibili solo su richiesta	Elemento facoltativo
numTessSasn	Numero tessera assistenza SASN, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN come nella matrice dei ricettari cartacei	Elemento facoltativo
socNavigaz	Società di navigazione, da compilarsi in maniera obbligatoria solo per assistiti SASN, come nella matrice dei ricettari cartacei	Elemento facoltativo
tipoPrescrizione	Valori ammessi in maniera esclusiva: • F:farmaceutica, • P: specialistica.	Elemento obbligatorio
ricettaInterna	Il campo, se impostato, indica che la ricetta per prestazioni specialistiche prescritta internamente ad una struttura pubblica deve essere erogata all'interno della stessa struttura. Valori ammessi: • "null"= la ricetta non è sottoposta a vincoli di erogazione in una determinata struttura, • 1= la ricetta deve essere erogata nella stessa struttura di prescrizione.	Elemento facoltativo
codEsenzione	Codice esenzione riportato in ricetta	Elemento facoltativo

nonEsente	Campo che indica se l'assistito è esente oppure no. Valori ammessi: • "null"= ricetta per assistito esente, • 1= ricetta per assistito non esente.	Elemento facoltativo
reddito	Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no. Valori ammessi: • "null"= ricetta per assistito non esente per reddito • 1= ricetta per assistito esente per reddito	Elemento facoltativo
codDiagnosi	Codice diagnosi o del sospetto diagnostico secondo la codifica ICD9-CM. Regole di compilazione dei campi codDiagnosi e descrizioneDiagnosi per ricette specialistiche: ciascuno dei due campi può essere compilato in **alternativa** all'altro, oppure possono essere compilati **entrambi**. Quindi si può avere: - solo codDiagnosi compilato - solo descrDiagnosi compilato - codDiagnosi e descrDiagnosi compilati entrambi. Per tutte le prescrizioni specialistiche la compilazione di almeno uno dei due campi è obbligatoria.	Elemento facoltativo per ricette farmaceutiche; elemento obbligatorio per ricette specialistiche
descrizioneDiagnosi	Descrizione della diagnosi o del sospetto diagnostico in testo libero. Regole di compilazione dei campi codDiagnosi e descrizioneDiagnosi per ricette specialistiche: ciascuno dei due campi può essere compilato in **alternativa** all'altro, oppure possono essere compilati **entrambi**. Quindi si può avere: - solo codDiagnosi compilato - solo descrDiagnosi compilato - codDiagnosi e descrDiagnosi compilati entrambi. Per tutte le prescrizioni specialistiche la compilazione di almeno uno dei due campi è obbligatoria.	Elemento facoltativo per ricette farmaceutiche; elemento obbligatorio per ricette specialistiche
dataCompilazione	Data compilazione della ricetta da parte del medico nel formato aaaa-mm-gg HH:MM:SS	Elemento obbligatorio
tipoVisita	Tipologia della visita. Valori ammessi: • A = ambulatoriale • D = domiciliare	Elemento obbligatorio
dispReg	Disposizioni regionali specifiche	Elemento facoltativo
provAssistito	Provincia di residenza dell'assistito. Il campo deve essere compilato congiuntamente a AslAssistito.	Elemento facoltativo

aslAssistito	Asl di residenza dell'assistito Il campo deve essere compilato congiuntamente a ProvAssistito.	Elemento facoltativo
indicazionePrescr	Tipologia della prescrizione. Valori ammessi: • "null"= campo non impostato • S= Suggerita, • H= Ricovero	Elemento facoltativo
altro	Il campo "Altro", come da ricetta cartacea, a disposizione per usi futuri. Valore ammesso: "null"= campo non impostato A=Altro	Elemento facoltativo
classePriorita	Classe di priorità della prescrizione. Valori ammessi: **null** = campo non impostato **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" N.B.: nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti nella ricetta. La classe priorità è obbligatoria se almeno una delle prestazioni della ricetta fa parte della lista delle prestazioni del PNGLA.	Elemento obbligatorio unicamente per le prestazioni del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA); elemento facoltativo per tutte le altre prestazioni
statoEstero	Stato del soggetto assicurato da istituzioni estere	Elemento facoltativo
istituzCompetente	Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzioni estere	Elemento facoltativo
numIdentPers	Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzioni estere	Elemento facoltativo
numIdentTess	Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere	Elemento facoltativo
dataNascitaEstero	Data di nascita del soggetto assicurato da istituzioni estere nel formato aaaa-mm-gg	Elemento facoltativo
dataScadTessera	Data scadenza della tessera del soggetto assicurato da istituzioni estere	Elemento facoltativo
Dettaglio di ogni prescrizione inserita		

codProdPrest	Il campo può contenere: • Codice prodotto farmaceutico (AIC) nel caso di prescrizione di farmaco con nome commerciale; • Codice prestazione specialistica secondo il tariffario della regione del medico prescrittore. Si veda apposita nota di seguito per la spiegazione ((*) Impostazione dei codici nomenclatore, catalogo e relative descrizioni per le prestazioni specialistiche)	Elemento facoltativo per le ricette farmaceutiche; **elemento obbligatorio per le ricette specialistiche**
codiceNomenclatoreRegionale	Il campo, da utilizzarsi unicamente per prescrizioni specialistiche, deve contenere il codice **CUR** del **Catalogo Regionale** della prestazione prescritta. Si veda apposita nota di seguito per la spiegazione ((*) Impostazione dei codici nomenclatore, catalogo e relative descrizioni per le prestazioni specialistiche)	Elemento obbligatorio
descrProdPrest	Descrizione testuale: - della prescrizione farmaceutica come da Prontuario terapeutico - della prestazione specialistica Si veda apposita nota di seguito per la spiegazione ((***) Impostazione dei codici nomenclatore, catalogo e relative descrizioni per le prestazioni specialistiche) Il contenuto di tale campo è ciò che verrà visualizzato dall'erogatore.	Elemento obbligatorio
codGruppoEquival	Il campo deve contenere il codice del gruppo di equivalenza secondo la codificaAIFA, nel caso di prescrizione farmaceutica con principio attivo. Il campo deve essere sempre associato al campo **descrGruppoEquival** e deve essere stampato sul promemoria	Elemento facoltativo
descrGruppoEquival	Descrizione testuale del gruppo di equivalenza secondo la dizione AIFA. Il campo deve contenere la descrizione associata a codice gruppo equivalenza secondo la codifica AIFA. Il contenuto del campo è ciò che verrà visualizzato in seguito dall'erogatore. Il campo deve essere sempre associato al campo **codGruppoEquival** e deve essere	Elemento facoltativo

	stampato sul promemoria	
testoLibero	Campo che indica, se impostato, che il codice prestazione specialistica non èstato reperito nel tariffario regionale e quindi si deve tenere conto solamente della descrizione inserita in descrizione testo libero (descrTestoLiberoNote). Tale situazione deve essere considerata una eccezione e può essere inibita su specifica indicazione regionale. Vale solo per prestazioni specialistiche e non per prescrizioni farmaceutiche Valori ammessi: null = campo non utilizzato 1 = descrizione prescrizione in testo libero in assenza di codice prestazione specialistica	Elemento facoltativo
descrTestoLiberoNote	Il campo, nel caso in cui testo Libero=1 rappresenta la descrizione in testo libero da inserire solo per prestazioni specialistiche nel caso in cui il codice del tariffario regionale non sia stato reperito. Tale situazione deve essere considerata una eccezione e può essere inibita su specifica indicazione regionale. Vale solo per prestazioni specialistiche e non per prescrizioni farmaceutiche. Il campo, nel caso in cui testoLibero =null, può essere utilizzato per scrivere una nota esplicativa di ciò che è stato prescritto per prestazioni specialistiche.	Elemento facoltativo
nonSost	Il campo, è da utilizzarsi solo per prestazioni farmaceutiche. Se impostato indica che il prodotto, per cui è stato indicato il codice AIC, non può essere sostituito con altro prodotto. Valori ammessi: null = campo non utilizzato1 = il prodotto farmaceutico indicato tramite codice AIC non può essere sostituito	Elemento facoltativo

motivazNote	Il campo, nel caso in cui nonSost=1,fornisce la motivazione di non sostituibilità di un farmaco per cui è stato indicato il codice AIC incodProdPrest. Il campo, nel caso in cui nonSost=null, può essere utilizzato per scrivere un commento in testo libero o una nota esplicativa di ciò che è stato prescritto, ed è valevole solo per prescrizioni farmaceutiche	Elemento facoltativo
codMotivazione	Il campo contiene i codici di motivazione di non sostituibilità di un farmaco: fare riferimento alle linee guida art. 15, comma11-bis del DL 95/2012, pubblicate nel portale www.sistemats.it. Deve essere compilato se nonSost vale 1	Elemento facoltativo
notaProd	Nota AIFA (solo per prescrizioni farmaceutiche)	Elemento facoltativo
Quantita	Quantità di confezioni o di prestazioni specialistiche prescritte.	Elemento obbligatorio
prescrizione1	Destinato ad informazioni aggiuntive	Elemento facoltativo
prescrizione2	Destinato ad informazioni aggiuntive	Elemento facoltativo
tipoAccesso	Il campo, da utilizzarsi unicamente per prescrizioni specialistiche del PNGLA, indica se la prestazione richiesta si riferisce: - ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) -ad un accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, , controllo, follow up). Valori ammessi: 1= primo accesso 0= altra tipologia di accesso	Elemento obbligatorio unicamente per ricette specialistiche ove presenti le prestazioni del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA); elemento facoltativo per tutte le altre prestazioni
numeroNota	Numero progressivo identificativo della condizione come previsto nel DM 9 dic 2015 per uno specifico codice prestazione. Il numero nota è sempre presente per le prestazioni del	Elemento obbligatorio unicamente per le prescrizioni

	DM 9 dic 2015. Cfr nota (**)	specialistiche trattate dal DM 9 dic 2015.
condErogabilita	Condizione di erogabilità come prevista nel DM 9 dic 2015 per uno specifico codice prestazione. La condizione di erogabilità può essere presente oppure no per una determinata prestazione. Cfr nota (**)	Elemento obbligatorio, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 9 dic 2015.
approprPrescrittiva	Indicazione di appropriatezza prescrittiva come prevista nel DM 9 dic 2015 per uno specifico codice prestazione. L'indicazione di appropriatezza prescrittiva può essere presente oppure no per una determinata prestazione. Cfr nota (**)	Elemento obbligatorio, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 9 dic 2015.
patologia	Codice patologia come previsto nel DM 9 dic 2015 per uno specifico codice prestazione. Il codice di patologia può essere presente oppure no per una determinata prestazione. Cfr nota (**)	Elemento obbligatorio, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 9 dic 2015.

Nota(*): Impostazione dei codici nomenclatore, catalogo e relative descrizioni per le prestazioni specialistiche.

Ai fini dell'impostazione dei codici e delle descrizioni delle prestazioni specialistiche prescritte dal medico, viene illustrato come valorizzare i relativi campi:

- codProdPrest: deve obbligatoriamente contenere il codice della prestazione secondo il nomenclatore regionale delle prestazioni (codice D.M. regionale)

- codiceNomenclatoreRegionale: deve contenere il codice CUR della prestazione secondo il catalogo regionale unico delle prestazioni. Tale codice del catalogo deve avere corrispondenza con quello del nomenclatore regionale inserito in codProdPrest

- descrProdPrest: deve obbligatoriamente contenere la descrizione testuale più particolareggiata possibile della prestazione, in modo che sia inequivocabile per la struttura cosa erogare: per tale motivo la descrizione con cui valorizzare tale campo è la descrizione sanitaria del catalogo regionale delle prestazioni.

Si specifica che il campo descrTestoLiberoNote può essere utilizzato per ulteriori note testuali a testo libero che il medico voglia inserire come maggiore specificazione di ciò che ha prescritto. E' possibile inserire la stampa delle note sul promemoria.

Nota(**): **DM 9 dic 2015 del Ministero della Salute:**

il DM 9 dic 2015 introduce criteri di appropriatezza prescrittiva in base ai quali il medico, a fronte di determinati codici prestazione, deve inserire le seguenti informazioni in fase di prescrizione della ricetta (InvioPrescrittoRichiesta):

Numero nota (numeroNota), ossia numero progressivo identificativo della casistica prevista dal DM 9 dic 2015 per un determinato codice prestazione,

condizione di erogabilità prevista (condErogabilita), da indicarsi come da DM 9 dic 2015,

appropriatezza prescrittiva (approprPrescrittiva), da indicarsi come da DM 9 dic 2015,

patologia (patologia) collegata alla prestazione, da indicarsi con un codice.

Per ogni richiesta, il sistema risponde con un messaggio di tipo InvioPrescrittoRicevuta, contenente l'esito della trasmissione.

Formato dell'elemento InvioPrescrittoRicevuta in caso di corretta ricezione:

Nome campo	Descrizione
Nre	NRE in caso di inserimento andato a buon fine, sia nel caso in cui la ricetta già lo contenga sia nel caso in cui venga assegnato dal SAC.
codAutenticazione	Codice di autenticazione assegnato dal SAC che certifica che una ricetta dematerializzata è stata inserita correttamente nel sistema e quindi può essere stampato il promemoria (o soluzioni alternative)
data Inserimento	Data inserimento negli archivi del SAC.
codEsitoInserimento	Codice dell'esito dell'inserimento Valori possibili: 0000 = inserimento andato a buon fine senza presenza di segnalazioni, 0001 = inserimento andato a buon fine ma con presenza di segnalazioni 9999 = inserimento non avvenuto
Ripetizione di ErroreRicetta	
codEsito	Codice esito
esito	Descrizione esito
progrPresc	Progressivo prescrizione. Valori: 0= il codice esito vale per tutta la ricetta >0= indica la prescrizione a cui si fa riferimento, secondo l'ordine in cui era stata inviata
tipoErrore	Indica la gravità dell'errore E=errore scartante, che non fa inserire la ricetta negli archivi del SAC W=warning, ossia avviso di dato non corretto, ma che non causa scarto
Ripetizione di Comunicazione (*)	
codice	Codice comunicazione di servizio
messaggio	Testo comunicazione di servizio
Ripetizione di campi del DM 9 dic 2015 cfr nota (***): i seguenti campi vengono valorizzati unicamente per le prestazioni previste da DM 9 dic 2015 in cui è valorizzata l'indicazione della tipologia di ambulatorio dove erogare la prestazione. La ripetizione di campi non viene valorizzata per i casi in cui le prestazioni: - pur facendo parte del DM 9 dic 2015 non hanno associata la tipologia di ambulatorio, oppure - non fanno parte del DM 9 dic 2015.	
progrPresc	Progressivo prescrizione.

	Indica la prescrizione a cui si fa riferimento, secondo l'ordine in cui era stata inviata
codProdPrest	Codice prestazione specialistica secondo il tariffario della regione del medico prescrittore
tipoAmbulatorio	Indica la tipologia di ambulatori presso i quali è erogabile la prestazione. Tale campo non viene dichiarato dal medico, ma viene restituito dal SAC se previsto dal numero nota del DM 9 dic 2015 utilizzato nella prescrizione.
flagPromemoria	Valori: 0=il SAC ha prodotto il pdf del promemoria della ricetta, che si trova nel tag pdfPromemoria 1= il SAC non ha prodotto il pdf del promemoria della ricetta
pdfPromemoria	byte array del promemoria della ricetta dematerializzata in formato PDF

Nota (***): Il SAC, nel caso in cui il DM 9 dic 2015 preveda una precisa tipologia di ambulatorio nel quale la prestazione debba essere erogata, fornisce l'informazione come output nel campo tipoAmbulatorio di InvioPrescrittoRicevuta: la tipologia di ambulatorio viene fornita unicamente per le prestazioni del DM 9 dic 2015 ove è previsto; la ripetizione dei campi non è impostata in tutti gli altri casi.

Es: la prescrizione contiene in InvioPrescrittoRichiesta

Prestazione A, non facente parte del DM 9 dic 2015

Prestazione B, facente parte del DM 9 dic 2015, in cui la tipologia di ambulatorio non è indicata

Prestazione C, facente parte del DM 9 dic 2015, in cui la tipologia di ambulatorio è "R".

In InvioPrescrittoRicevuta viene restituito solamente il dato relativo alla prestazione C, il cui campo tipoAmbulatorio è impostato ad R.

4.2. La struttura della ricetta: visualizzazione/presa in carico

Il messaggio di invio per la visualizzazione/presa in carico della ricetta rimane invariato rispetto a quanto previsto (VisualizzaErogatoRichiesta).

Varia invece il messaggio di accettazione di visualizzazione della ricetta (VisualizzaErogatoRicevuta).

Il messaggio ha una struttura che viene descritta nella tabella seguente:

Nome campo	Descrizione	Note
	Dati della ricetta inserita dal medico prescrittore (dati comuni a tutta la ricetta	Per conoscere la lista dei dati che vengono restituiti, consultare il tracciato dei dati inviati dal medico prescrittore.

		Per “dati comuni a tutta la ricetta” si intendono i dati riferiti a tutta la ricetta prescritta e non quelli delle singole prescrizioni/prestazioni specialistiche in essa contenute, che sono riportati più avanti in questo tracciato con la dizione “dati di dettaglio delle prescrizioni”. NB Cognome e nome del medico: il campo testata1 contiene il cognome e nome del medico prescrittore, da mostrare a video all’erogatore. Tali dati sono anche riportati sul promemoria cartaceo. Le informazioni sono precedute da: COGNOME_MEDICO= NOME_MEDICO= separate da un “;”. Es: COGNOME_MEDICO=ROSSI ;NOME_MEDICO=MARIO
statoProcesso	STATO DEL PROCESSO della ricetta: 3 = ricetta da erogare 4 = ricetta annullata dal prescrittore 5 = ricetta in corso di erogazione 6 = sospesa 7= Singola prescrizione erogata 8 = Ricetta erogata 9 = Ricetta farmaceutica nuovamente erogata a seguito di annullamento	
chiusuraForzata	Campo di output per l’erogatore impostato nelle visualizzazioni successive alla prima, che indica se la ricetta è stata chiusa con erogazione parziale dei farmaci.	Valori: 1: chiusura forzata
prescrizioneFruita	Dichiarazione di effettiva fruizione della prestazione specialistica	Corrisponde alla firma che viene apposta dall’assistito sul retro della ricetta cartacea al momento della fruizione delle prestazioni specialistiche. Valori: 1:

		prescrizione fruita
tipoErogazioneSpec	Tipologia di erogazione di ricette specialistiche	Impostato dall'erogatore solo per ricette di specialistica. Valori ammessi: A="Accesso Diretto", P="Pronto Soccorso", D="Ricetta specialistica interna"
Ticket	Ammontare della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria per l'erogazione farmaceutica	Impostato dall'erogatore solo per ricette farmaceutiche.
quotaFissa	Ammontare della quota fissa che l'assistito deve pagare per le prestazioni specialistiche secondo normativa nazionale e regionale	Impostato dall'erogatore solo per ricette di specialistica.
Franchigia	Ammontare della franchigia che l'assistito deve pagare per le prestazioni specialistiche	Impostato dall'erogatore solo per ricette di specialistica.
galDirChiamAltro	Ammontare del prezzo del galenico, del diritto di chiamata spettante alla farmacia in servizio notturno per la spedizione di ricette con carattere di urgenza e per prestazioni di assistenza specialistica	
dataSpedizione	Data di spedizione (ossia di erogazione) della ricetta	
dispRic1	Campo per futuro utilizzo	Elemento facoltativo

dispRic2	Campo per futuro utilizzo	Elemento facoltativo
dispRic3	Campo riservato alle Regioni, nel quale possono inserire informazioni di loro interesse, non controllate dal SAC. Deve essere rispettata la lunghezza del campo e l'utilizzo dei caratteri ammessi.	Elemento facoltativo
Per ogni prescrizione ripetizione di DettaglioPrescrizioneVisualErogato		
statoPresc	Stato in cui si trova la singola prescrizione di una ricetta	Indica se la singola prescrizione/prestazione specialistica è stata erogata oppure no Valori Prescrizione da erogare=1 Prescrizione erogata=2 Prescrizione non erogata (per volontà dell'assistito) facente parte di una ricetta le cui altre prestazioni sono state erogate e che risulta quindi chiusa totalmente=3
	Dati della ricetta inserita dal medico prescrittore (dati di dettaglio delle prescrizioni)	Per conoscere la lista dei dati che vengono restituiti, consultare il tracciato dei dati inviati dal medico prescrittore. Per "dati di dettaglio delle prescrizioni" si intendono i dati riferiti ad ognuna delle singole prescrizioni/prestazioni specialistiche della ricetta e non quelli della parte comune che sono riportati in questo tracciato con la dizione "dati comuni a tutta la ricetta".

codProdPrestErog	Codice AIC del farmaco effettivamente erogato Oppure Codice della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore regionale	
descrProdPrestErog	Descrizione AIC del farmaco effettivamente erogato Oppure Descrizione della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore regionale / catalogo regionale	
flagErog	Il flag assume diversi valori, ed è riferito a ciò che è stato inserito nel campo codProdPrestErog.	Valori: A = il codice inserito nel campo si riferisce ad un codice AIC, riferito allo stesso farmaco prescritto dal medico, ma che il farmacista ritiene più aggiornato come codice. S = il codice AIC inserito nel campo rappresenta una sostituzione di farmaco, prevista per legge, rispetto a quanto indicato dal medico prescrittore. Se è impostato tale valore, deve essere impostata pure la motivazione della sostituzione tramite il campo motivazSostProd. V = il codice prestazione inserito nel campo è stato variato dall'erogatore specialistico rispetto a quanto prescritto dal medico
motivazSostProd	Valore indicante se il prodotto farmaceutico è stato sostituito ovvero se il farmaco di riferimento non è reperibile. Se il campo è valorizzato, deve essere presente anche il valore "S" in flagErog	Valori: fare riferimento alle linee guida art. 15, comma 11-bis del DL 95/2012, pubblicate nel portale www.sistemats.it

Targa	Numero identificativo univoco della singola confezione presente sulla fustella	Campo di 10 caratteri
codBranca	Codice della branca specialistica della prestazione, come da nomenclatore regionale	
tipoErogazioneFarm	Tipologia di erogazione dei farmaci.	Valori ammessi: 0 = “erogazione convenzionata” C="Distribuzione per conto", D="Distribuzione diretta", A="Assistenza integrativa domiciliare ", I="Assistenza integrativa"
Prezzo	Prezzo al pubblico del prodotto farmaceutico o Tariffa della prestazione specialistica	
ticketConfezione	Ammontare della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria per l’erogazione farmaceutica	Solo per erogazione farmaceutica, con valori riferiti alla singola confezione
diffGenerico	Differenza di prezzo tra prodotto di marca e generico	Solo per la farmaceutica.
quantitaErogata	Quantità effettivamente erogata	Il valore indica: -per l’erogazione farmaceutica l’ effettivo numero di confezioni dispensate (vale sempre 1, in quanto ogni riga indica un solo prodotto erogato) -per l’erogazione specialistica l’effettivo numero di prestazioni erogate (attenzione: per

		le prestazioni cicliche, inserite dal medico come numero di cicli da n sedute, è indicato l'effettivo numero di sedute erogate)
dataIniErog	Data inizio erogazione	Per le ricette con prescrizioni farmaceutiche tale data equivale alla data spedizione (erogazione) della singola confezione. Per le ricette con prestazioni specialistiche equivale alla data di inizio erogazione (sia di prestazioni cicliche che non cicliche).
dataFineErog	Data fine erogazione	Per le ricette con prescrizioni farmaceutiche coincide con la data di inizio erogazione dataIniErog Per le ricette con prestazioni specialistiche equivale alla data di fine erogazione (sia di prestazioni cicliche che non cicliche).
prezzoRimborso	Prezzo rimborso al laboratorio	Solo per prestazioni specialistiche
onereProd	Onere di distribuzione del prodotto farmaceutico erogato in DPC	Elemento obbligatorio (se assente è indicato 0). Solo per prestazioni farmaceutiche
scontoSSN	Sconto riconosciuto al SSN	Elemento obbligatorio (se assente è indicato 0). Solo per prestazioni farmaceutiche

extraScontoIndustria	sconto obbligatorio dello 0,6% sul prezzo al pubblico lordo con IVA a carico dell'industria produttrice, per i medicinali erogati in regime SSN	Elemento obbligatorio (se assente è indicato 0). Solo per prestazioni farmaceutiche
extraScontoPayback	È lo sconto che il SSN nel procedere alla corresponsione di quanto dovuto alle farmacie trattiene per un importo corrispondente allo 0,6% del prezzo al pubblico comprensivo dell'IVA	Elemento obbligatorio (se assente è indicato 0). Solo per prestazioni farmaceutiche
extraScontoDL3105 2010	Sconto introdotto nel DL 31.05.2010	Elemento obbligatorio (se assente è indicato 0). Solo per prestazioni farmaceutiche
codPresidio	Presidio di erogazione della prestazione	Solo per prestazioni specialistiche
codReparto	Codice del reparto di erogazione della prestazione	
dispFust1	Campo per futuro utilizzo	Elemento facoltativo.
dispFust2	Campo per futuro utilizzo	Elemento facoltativo.
dispFust3	Campo riservato alle Regioni, nel quale possono inserire informazioni di loro interesse, non controllate dal SAC. Deve essere rispettata la lunghezza del campo e l'utilizzo dei caratteri ammessi.	Elemento facoltativo.

codiceNomenclatoreRegionale	Il campo è di output per l'erogatore ed è impostato dal medico prescrittore unicamente per prescrizioni specialistiche; contiene il codice del catalogo regionale della prestazione prescritta.	Elemento facoltativo
tipoAccesso	Il campo è di output per l'erogatore ed è impostato dal prescrittore, unicamente per prescrizioni specialistiche del PNGLA, indica se la prestazione richiesta si riferisce: - ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico), -ad un accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, , controllo, follow up). Valori ammessi: 1= primo accesso, 0= altra tipologia di accesso	
codNomenclNaz	Il campo è di output per l'erogatore ed è impostato dal Sistema TS; è valorizzato unicamente per prescrizioni specialistiche e può contenere: -il valore del codice prestazione secondo il nomenclatore nazionale (nel caso di quelle prestazioni prescritte secondo il nomenclatore regionale che trovano corrispondenza nel nomenclatore nazionale; il campo viene valorizzato sia nel caso in cui il codice prestazione secondo il tariffario nazionale sia uguale o sia diverso da quello secondo il tariffario regionale) oppure -il valore "NONCODIF" (nel caso di quelle prestazioni regionali che non trovano corrispondenza nel nomenclatore nazionale, in quanto "Non Codificate", come sono ad esempio prestazioni ospedaliere passate al regime ambulatoriale (esempio: cataratta), prestazioni riconducibili a prestazioni del nomenclatore nazionale, nuovi LEA nazionali o prestazioni introdotte per	Elemento facoltativo

	adeguamento della tecnologia ma che sono riconosciute in altre regioni e possono essere erogate ad assistiti residenti anche in altre regioni) Oppure -il valore "LAR" (nel casi di prestazioni relative a livelli aggiuntivi regionali)	
codiceNomenclatoreRegionaleErog	Il campo, valorizzato unicamente per prescrizioni specialistiche, contiene il codice del catalogo regionale della prestazione erogata.	Elemento facoltativo
garanziaTempiMax	Il campo, presente unicamente per prescrizioni specialistiche, è valorizzato con: 1: utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa 0: utente che non rientra nella categoria precedente	Elemento facoltativo; obbligatorio per le prestazioni del PNGLA
dataPrenotazione	Il campo, presente unicamente per prescrizioni specialistiche, è valorizzato con la data nel formato aaaammgg. Come da definizione del PNGLA la data è riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.	Elemento facoltativo; obbligatorio per le prestazioni del PNGLA
numeroNota	Numero progressivo identificativo della condizione come previsto nel DM 9 dic 2015 per uno specifico codice prestazione. Il numero nota è sempre presente per le prestazioni del DM 9 dic 2015.	Elemento facoltativo. E' impostato unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 9 dic 2015.
condErogabilita	Condizione di erogabilità come prevista nel DM 9 dic 2015 per uno specifico codice prestazione. La condizione di erogabilità può essere presente oppure no per una determinata prestazione. Viene restituita una stringa composta da: -lettera dell'alfabeto o altro identificatore come da DM 9 dic 2015 -separatore "-" -descrizione della condizione come da DM 9 dic 2015	Elemento facoltativo E'impostato, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 9 dic 2015.
approprPrescrittiva	Indicazione di appropriatezza prescrittiva come prevista nel DM 9 dic 2015 per uno specifico codice prestazione. L'indicazione di appropriatezza prescrittiva può essere presente oppure no per una	Elemento facoltativo E'impostato, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 9 dic 2015.

	determinata prestazione. Viene restituita una stringa composta da: -lettera dell'alfabeto come da DM 9 dic 2015 -separatore "-" -descrizione della condizione come da DM 9 dic 2015	
patologia	Codice patologia come previsto nel DM 9 dic 2015 per uno specifico codice prestazione. Il codice di patologia può essere presente oppure no per una determinata prestazione. Viene restituita una stringa composta da: -codice patologia come da DM 9 dic 2015 -separatore "-" -descrizione della patologia come da DM 9 dic 2015	Elemento facoltativo E'impostato, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 9 dic 2015.
tipoAmbulatorio	Indica la tipologia di ambulatori presso i quali è erogabile la prestazione.	Elemento facoltativo E'impostato, ove previsto, unicamente per le prescrizioni specialistiche trattate dal DM 9 dic 2015.
codAutenticazioneMedico	Codice di autenticazione fornito al medico prescrittore che certifica l'avvenuta transazione sul SAC	
codAutenticazioneErogatore	Codice di autenticazione fornito all'erogatore che certifica l'avvenuta transazione sul SAC	

codEsitoVisualizzazione	Codice esito dell'operazione di visualizzazione	Codice dell'esito dell'inserimento Valori possibili: 0000 = visualizzazione andata a buon fine senza presenza di segnalazioni 0001 = visualizzazione andata a buon fine ma con presenza di segnalazioni 9999 = visualizzazione non avvenuta
Ripetizione di ErroreRicetta		
codEsito	Codice esito	Per i valori si faccia riferimento al documento specifico di SOGEI
Esito	Descrizione esito	Per i valori si faccia riferimento al documento specifico di SOGEI
progrPresc	Progressivo prescrizione. Valori: 0= il codice esito vale per tutta la ricetta >0= indica la prescrizione a cui si fa riferimento, secondo l'ordine in cui era stata inviata	
tipoErrore	Indica la gravità dell'errore	BLOCCANTE=errore scartante, che non fa inserire la ricetta negli archivi del SAC AVVISO=warning, ossia avviso di dato non corretto, ma che non causa scarto
Ripetizione di Comunicazione		
codice	Codice dell'eventuale messaggio di servizio	

messaggio	Testo dell'eventuale messaggio di servizio	
codEseNaz	Il campo è di output per l'erogatore ed impostato dal Sistema TS; è valorizzato solo se è stato inserito un codice esenzione nella prescrizione; può contenere: -il valore riconosciuto a livello nazionale del codice esenzione regionale, (nel caso di quelle esenzioni con codifica regionale che hanno corrispondenza con la codifica nazionale; il campo viene sempre valorizzato sia nel caso in cui il codice erogazione regionale sia uguale o diverso da quello nazionale) -il valore "LAR" (nel casi di esenzioni relative a livelli aggiuntivi regionali che non hanno corrispondenza con valori nazionali) N.B.: nel caso il prescrittore abbia utilizzato un codice esenzione "composto" (ad es. patologia + reddito), in tale campo codEseNaz vengono restituiti i singoli codici riconosciuti a livello nazionale separati tra loro dal carattere pipe (|) ad es. il codice "123XYZ" viene restituito come 123|XYZ	Elemento facoltativo

4.3. La struttura della ricetta: chiusura erogazione

La ricetta viene erogata attraverso il messaggio di invio (invioErogatoRichiesta) al servizio di ricezione dell'erogato.

Il messaggio ha una struttura che viene descritta nella tabella seguente:

Nome campo	Descrizione	Caratteristiche
pinCode	Codice PIN in possesso del soggetto erogatore che ha richiesto i dati. Tale campo deve essere inserito criptato tramite l'utilizzo del certificato mefpp.cer	Elemento obbligatorio

codiceRegioneErogatore	Codice della regione della struttura erogatrice	Elemento obbligatorio
codiceAslErogatore	Codice della ASL della struttura erogatrice	Elemento obbligatorio
codiceSsaErogatore	Codice identificativo della struttura erogatrice secondo la codifica con cui sono state assegnate le credenziali di accesso al Sistema TS.	Elemento obbligatorio
pwd	Identificativo dell'utente che ha effettuato l'operazione. Il dato ha senso di essere impostato dai SAR che comunicano con il SAC attraverso il proprio identificativo regionale e non con quello dei singoli attori, che vengono riconosciuti solo a livello locale.	Elemento facoltativo
nre	Numero Ricetta Elettronica	Elemento obbligatorio
cfAssistito	Codice fiscale dell'assistito. Se l'assistito è provvisto di Tessera Sanitaria l'elemento è OBBLIGATORIO per la ricerca della prescrizione. Se l'assistito è un soggetto privo di Tessera Sanitaria (ad es. straniero europeo o extraeuropeo) il campo deve essere lasciato vuoto in quanto il soggetto non possiede un codice fiscale. Tale campo deve essere inserito criptato tramite l'utilizzo del certificato mefpp.cer.	Elemento obbligatorio
tipoOperazione	Tipologia di operazione che l'erogatore vuole compiere sulla ricetta dematerializzata. Valori: 1 = erogazione totale della ricetta 2 = erogazione singola prescrizione della ricetta. Il valore 2 deve essere abbinato al valore 6 descritto di seguito. 3 = erogazione parziale della ricetta a	Elemento obbligatorio

	causa dell'erogazione di una sola parte delle prescrizioni /prestazioni specialistiche in essa contenute, dovuta ad una volontà dell'assistito di non ricevere tutto il prescritto. 4 = valore non utilizzato 5 = valore non utilizzato 6 = chiusura dell'erogazione singola della ricetta. Il valore 6 deve essere abbinato al valore 2 descritto in precedenza.	
prescrizioneFruita	Dichiarazione di effettiva erogazione della prestazione specialistica e di conseguente fruizione da parte dell'assistito. Corrisponde alla firma che viene apposta in tali casi sul retro della ricetta cartacea. Valori: 1: le prescrizioni di cui si inviano i dati sono state fruite dall'assistito	Elemento obbligatorio solo in caso di prestazioni specialistiche
tipoErogazioneSpec	Tipologia di erogazione di prestazioni specialistiche Valori ammessi: null=nessun valore tra quelli successivi A="Accesso Diretto", P="Pronto Soccorso", D="Ricetta specialistica interna"	Elemento facoltativo
ticket	Ammontare della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria per l'erogazione farmaceutica	Elemento obbligatorio solo per ricette farmaceutiche (se assente indicare 0)
quotaFissa	Ammontare della quota fissa che l'assistito deve pagare per le prestazioni specialistiche secondo normativa nazionale e regionale	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0)
galDirChiamAltro	Ammontare del prezzo del galenico, del diritto di chiamata spettante alla farmacia in servizio notturno per la spedizione di ricette con carattere di urgenza e importo per prestazioni di assistenza specialistica	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0)
reddito	Campo che indica se l'assistito è esente per reddito oppure no. Corrisponde al campo "R" (REDDITO) della ricetta cartacea, che con nuove regole sui codici esenzione non viene più compilato. Valori ammessi: "null"= ricetta per assistito non esente per reddito; 1= ricetta per assistito	Elemento facoltativo

	esente per reddito	
dataSpedizione	Data di spedizione (ossia erogazione) della ricetta	Elemento obbligatorio
dispRic1	Campo per futuro utilizzo	Elemento facoltativo
dispRic2	Campo per futuro utilizzo	Elemento facoltativo
dispRic3	Campo riservato alle Regioni, nel quale possono inserire informazioni di loro interesse, non controllate dal SAC. Deve essere rispettata la lunghezza del campo e l'utilizzo dei caratteri ammessi.	Elemento facoltativo
Dettaglio di ogni prescrizione erogata		
codProdPrest	Codice AIC oppure codice prestazione specialistica come indicato nel prescritto (1)	Elemento facoltativo, ma obbligatorio se inserito in fase di prescrizione
codGruppoEquival	Codice del gruppo di equivalenza per la prescrizione con principio attivo come indicato nel prescritto (1)	Elemento facoltativo, ma obbligatorio se inserito in fase di prescrizione
descrTestoLiberoNote	Descrizione in testo libero da inserire solo per prestazioni specialistiche (1)	Elemento facoltativo, ma obbligatorio se inserito in fase di prescrizione

codProdPrestErog	Codice AIC del farmaco effettivamente erogato Oppure Codice della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore regionale	Elemento obbligatorio
descrProdPrestErog	Descrizione AIC del farmaco effettivamente erogato Oppure Descrizione della prestazione specialistica effettivamente erogata, come da nomenclatore regionale	Elemento obbligatorio
flagErog	Il flag assume diversi valori, ed è riferito a ciò che è stato inserito nel campo codProdPrestErog. A = il codice inserito nel campo si riferisce ad un codice AIC, riferito allo stesso farmaco prescritto dal medico, ma che il farmacista ritiene più aggiornato come codice. S = il codice AIC inserito nel campo rappresenta una sostituzione di farmaco, prevista per legge, rispetto a quanto indicato dal medico prescrittore. Se è impostato tale valore, deve essere impostata pure la motivazione della sostituzione tramite il campo motivazSostProd. V = il codice prestazione inserito nel campo è stato variato dall'erogatore specialistico rispetto a quanto prescritto dal medico, con un'altra prestazione appartenente alla stessa branca	Elemento facoltativo
motivazSostProd	Valore indicante se il prodotto farmaceutico è stato sostituito ovvero se il farmaco di riferimento non è reperibile. Se il campo è valorizzato, deve essere presente anche il valore "S" in flagErog	Elemento facoltativo fare riferimento alle linee guida art. 15, comma 11-bis del DL 95/2012, pubblicate in www.sistemats.it
targa	Numero identificativo univoco della singola confezione farmaceutica.	Elemento obbligatorio solo in caso di prescrizioni farmaceutiche. ATTENZIONE: il codice targatura deve essere sempre indicato di lunghezza pari a 10 caratteri. Nel caso in cui esso venga rilevato otticamente dal codice a barre, il decimo carattere (check-digit) è

		già presente e calcolato; nel caso in cui esso venga rilevato manualmente a seguito di lettura dal bollino, è di soli 9 caratteri (privo di checkdigit) ed a tal proposito il decimo carattere deve essere impostato con la lettera "A" (maiuscola).
DichTargaDoppia	OBSOLETO: Tale campo, a seguito di controlli on line sui codici targatura doppi non viene utilizzato, né preso in considerazione anche nel caso venisse compilato	OBSOLETO
codBranca	Codice della branca specialistica della prestazione, come da nomenclatore regionale	Elemento facoltativo, ma obbligatorio solo in caso di prestazioni specialistiche
tipoErogazioneFarm	Tipologia di erogazione farmaceutica Valori ammessi: 0 ="Erogazione convenzionata" C="Distribuzione per conto", D="Distribuzione diretta", A="Assistenza integrativa domiciliare ", I="Assistenza integrativa"	Elemento facoltativo
prezzo	-prezzo al pubblico del prodotto farmaceutico oppure -Tariffa della prestazione specialistica applicata al cittadino al lordo dello sconto	Elemento obbligatorio
ticketConfezione	Ammontare della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria per l'erogazione farmaceutica	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0) Solo per erogazione farmaceutica, con valori riferiti alla singola confezione
diffGenerico	Differenza di prezzo tra prodotto di marca e generico	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0). Solo per la farmaceutica.

quantitaErogata	Quantità effettivamente erogata	Elemento obbligatorio. Il valore indica: -per l'erogazione farmaceutica l'effettivo numero di confezioni dispensate -per l'erogazione specialistica l'effettivo numero di prestazioni erogate (attenzione: per le prestazioni cicliche, inserite dal medico come numero di cicli da n sedute, indicare l'effettivo numero di sedute erogate)
dataIniErog	Data inizio erogazione	Elemento obbligatorio. Per le ricette con prescrizioni farmaceutiche tale data equivale alla data spedizione (erogazione) della singola confezione. Per le ricette con prestazioni specialistiche equivale alla data di inizio erogazione.
dataFineErog	Data fine erogazione	Elemento obbligatorio. Per le ricette con prescrizioni farmaceutiche coincide sempre con data inizio erogazione. Per le ricette con prestazioni specialistiche equivale alla data
prezzoRimborso	Prezzo rimborso al laboratorio	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0). Solo per prestazioni specialistiche
onereProd	Onere di distribuzione del prodotto farmaceutico erogato in DPC	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0). Solo per prestazioni farmaceutiche

scontoSSN	Sconto riconosciuto al SSN	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0). Solo per prestazioni farmaceutiche
extraScontoIndustria	sconto obbligatorio dello 0,6% sul prezzo al pubblico lordo con IVA a carico dell'industria produttrice, per i medicinali erogati in regime SSN	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0). Solo per prestazioni farmaceutiche
extraScontoPayback	È lo sconto che il SSN nel procedere alla corresponsione di quanto dovuto alle farmacie trattiene per un importo corrispondente allo 0,6% del prezzo al pubblico comprensivo dell'IVA	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0). Solo per prestazioni farmaceutiche
extraScontoDL31052010	Sconto introdotto nel DL 31.05.2010	Elemento obbligatorio (se assente indicare 0). Solo per prestazioni farmaceutiche
codPresidio	Codice del presidio di erogazione della prestazione	Elemento facoltativo. Solo per prestazioni specialistiche
codReparto	Codice del reparto di erogazione della prestazione	Elemento facoltativo. Solo per prestazioni specialistiche
dispFust1	Campo per futuro utilizzo	Elemento facoltativo.
dispFust2	Campo per futuro utilizzo	Elemento facoltativo.
dispFust3	Campo riservato alle Regioni, nel quale possono inserire informazioni di loro interesse, non controllate dal SAC. Deve essere rispettata la lunghezza del campo e l'utilizzo dei caratteri	Elemento facoltativo.

	ammessi.	
codiceNomenclatoreRegionale	Il campo deve contenere il codice del catalogo regionale della prestazione come indicato nel prescritto nel campo **codiceNomenclatoreRegionale** (1)	Elemento facoltativo
codiceNomenclatoreRegionaleErog	Il campo, valorizzato unicamente per prescrizioni specialistiche, contiene il codice del catalogo regionale della prestazione erogata.	Elemento facoltativo
garanziaTempiMax	Il campo, presente unicamente per prescrizioni specialistiche, deve essere valorizzato con: 1: utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa 0: utente che non rientra nella categoria precedente	Elemento facoltativo; obbligatorio per le prestazioni del PNGLA
dataPrenotazione	Il campo, presente unicamente per prescrizioni specialistiche, è valorizzato con la data nel formato aaaa-mm-gg HH:MM:SS Come da definizione del PNGLA la data è riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.	Elemento facoltativo; obbligatorio per le prestazioni del PNGLA

(1): i campi indicati nella nota devono essere trasmessi al SAC, anche tramite SAR, esattamente con gli stessi valori con cui sono stati inseriti in fase di prescrizione, in quanto hanno funzione di identificativo delle prescrizioni / prestazioni specialistiche inserite dal medico su cui inserire i dati dell'erogazione. Unicamente nei casi in cui le singole Regioni hanno fornito al SAC una tabella di corrispondenza tra vecchio e nuovo codice di nomenclatori regionali, possono essere applicati controlli uguaglianza.

Nel caso in fase di prescrizione il tag CodiceNomenclatoreRegionale non sia stato impostato (null) anche in fase di erogazione andrà impostato null: in pratica occorre popolare il tag ESATTAMENTE il valore contenuto nella response del servizio per la presa in carico/visualizzazione "VisualizzaErogato": se e' vuoto bisogna mandare il campo vuoto, se e' valorizzato va mandato quel valore preciso.

4.4. La gestione del Numero di Ricetta Elettronica (NRE)

Il numero di ricetta elettronica (NRE) non è assegnato dal sistema prescrittore .

Viene automaticamente assegnato dal Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) al momento della registrazione della ricetta.

Il Sistema di Accoglienza Centrale, quando il SAR gli invia una ricetta dematerializzata (DM 2.11.2011), assegna un NRE e un attributo a tale numero elettronico.

Tale attributo viene definito "codice di autenticazione" e rappresenta un identificativo con il quale il Sistema di Accoglienza Centrale certifica che un numero elettronico NRE è realmente valido e può essere comunicato all'assistito a fronte di una ricetta dematerializzata.

Fino a quando il SAC, tramite il SAR, non restituisce al medico tale codice di autenticazione, la ricetta dematerializzata non può considerarsi valida e quindi non può essere rilasciato all'assistito un promemoria (cartaceo o sotto forme alternative).

Il codice di autenticazione deve essere sempre riportato su qualsiasi documento consegnato all'assistito, ma non può essere utilizzato per effettuare ricerche di ricette dematerializzate: l'unica modalità di interrogazione infatti, come da DM 2.11.2011, continua a essere NRE e codice fiscale dell'assistito.

Il codice di autenticazione può essere rilasciato unicamente dal Sistema di Accoglienza Centrale e quindi restituito al prescrittore tramite il SAR.

Il Sistema di Accoglienza Centrale invece, per un Numero di Ricetta Elettronico associato ad una ricetta cartacea stampata dal Poligrafico e trasmessa come da DPCM 26.3.2008, non assegna nessun codice di autenticazione, facendo comunque fede per l'intero processo il codice a barre del Poligrafico stampato sulla ricetta rossa

4.5. Regole di composizione dell'NRE

Il Numero di Ricetta Elettronica, abbreviato in NRE, è un numero assegnato dal Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) per identificare univocamente a livello nazionale una prescrizione elettronica.

Per completezza, si riporta di seguito la struttura dell'NRE, così come descritta nelle specifiche SOGEI :

AAA BB C DDDDDDD EE per un totale di 15 caratteri così suddivisi:

AAA = codice della Regione (ovvero 070 per Regione Liguria);

BB= codice raggruppamento lotto, ossia codice alfanumerico assegnato automaticamente dal SAC di un lotto di NRE;

C = identificativo del lotto di NRE,

DDDDDDD = codice del lotto (nella sua lunghezza massima);

EE = numero di protocollo singolo all'interno del lotto (nella sua lunghezza minima).

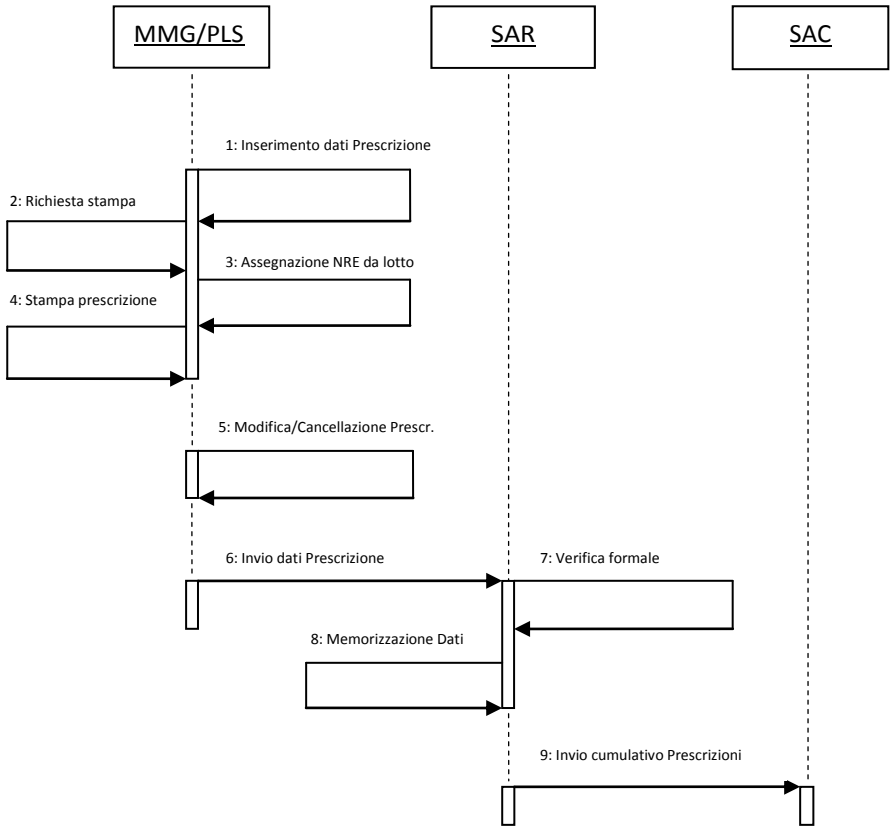
La lunghezza totale di un NRE è sempre di 15 byte.

5. IL MODELLO FUNZIONALE

5.1. Il SAR DPCM: prescrizione

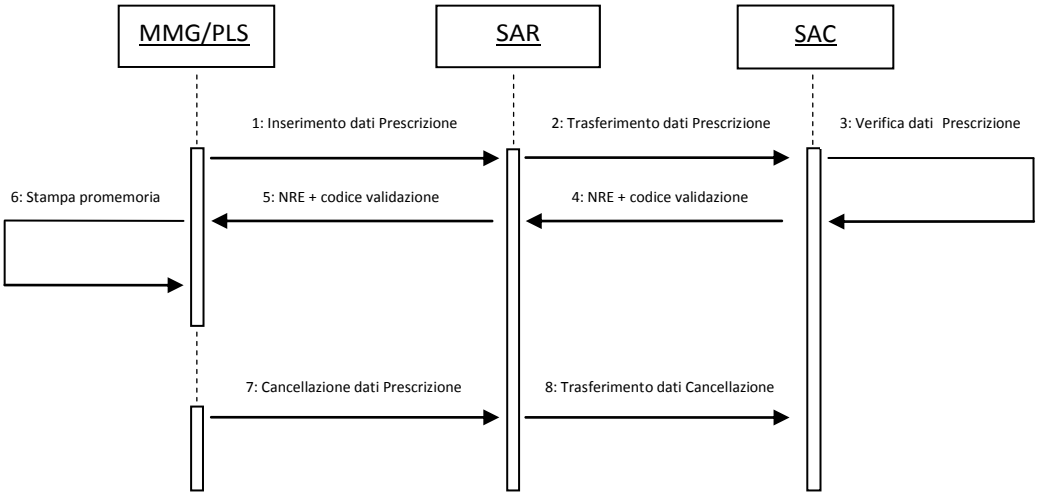
Regione Liguria, si è costituita come SAR ai sensi del DPCM 26/03/2008 e sono a regime i servizi di gestione dei lotti, invio delle prescrizioni, assegnazione dell'NRE per quanto riguarda MMG/PLS (per i quali sono stati adeguati i sistemi di cartella clinica); sono in corso di adeguamento i sistemi utilizzati dai medici Ospedalieri e Specialisti secondo i modelli riportati.

Il flusso principale delle funzionalità di colloquio fra il prescrittore, il SAR ed il SAC, sono presentati nel diagramma di sequenza sottoriportato



5.2. Il SAR DM: prescrizione

Il flusso principale delle funzionalità di colloquio fra il prescrittore, il SAR ed il SAC, sono presentati nel diagramma di sequenza sottoriportato



5.3. Il SAR DPCM e il SAR DM: principali differenze

DPCM

- Prescrizione asincrona
- NRE assegnato dal sistema di prescrizione o dal SAR
- Invio dei dati di prescrizione
- Stampa della ricetta svincolata dall'invio dei dati
- XML in messaggio *"soap with attachment"*
- Controlli sui dati in differita
- Dati prescrizioni regionali

DM

- Prescrizione sincrona
- NRE assegnato dal SAC
- Invio dei dati di prescrizione
- Stampa del promemoria della ricetta dopo la validazione del SAC
- Gestione dell'erogazione
- XML in messaggio "*soap"*
- Controlli sui dati in real time
- Dati prescrizioni nazionali

5.4. Il SAR DM: Caratteristiche generali

La soluzione ligure prevede che tutti i sistemi prescrittori (specialistica e farmaceutica) conferiscano le ricette dematerializzate al sistema centrale nazionale attraverso il SAR.

I sistemi erogatori (e di prenotazione) specialistica visualizzano, prendono in carico e comunicano l'erogato attraverso il SAR mentre le farmacie dialogano direttamente con il SAC.

Tra i motivi che rendono necessaria la scelta dell'utilizzo del SAR per la parte specialistica è necessario citare la salvaguardia degli investimenti già effettuati in questa direzione e il fatto che la realtà ligure tratta informazioni essenziali aggiuntive rispetto a quelle coinvolte nel dialogo con il sistema centrale nazionale.

Tali vincoli, invece, non sono presenti per la parte farmaceutica per la quale, quindi, anche ai fini di abbreviare i tempi della messa a regime della totale dematerializzazione, si ritiene opportuno prevedere un dialogo diretto con il SAC.

Regione Liguria si riserva, tuttavia, di considerare come transitoria la soluzione per le farmacie in vista di un eventuale successivo collegamento al SAR.

Dato l'attuale stato dell'arte in Liguria, quindi, la soluzione SAR/SAC proposta è quella che rende l'intero processo più semplice e, quindi, più veloce da rendere operativo.

Il processo ripercorre quanto previsto dal DM 2.11.2011

Il quadro generale prevede che:

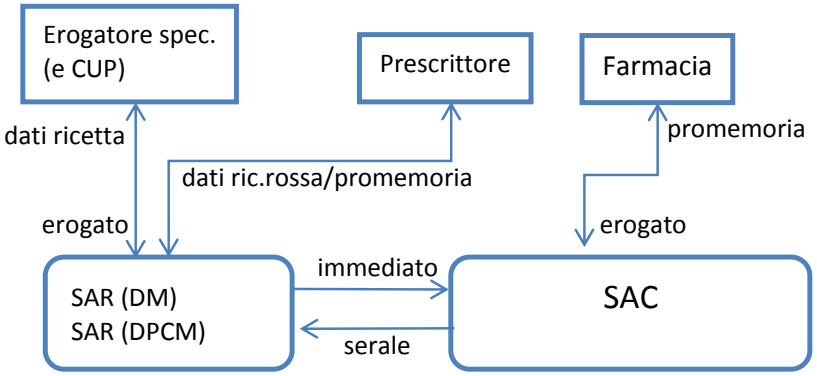
la prescrizione specialistica e farmaceutica venga inviata al SAR;

la presa in carico e l'erogazione per la parte specialistica (CUP ed erogatori di specialistica) viene mediata dal SAR, che comunica immediatamente al SAC le variazioni di stato "presa in carico" ed "erogata".

La presa in carico e l'erogazione farmaceutica vengono effettuate dalla farmacia direttamente nei confronti del SAC.

Il SAC comunica in differita al SAR le erogazioni delle ricette per farmaci

Il sistema SAR dispone, quindi, di tutte le prescrizioni (DM e DPCM). Il quadro è schematicamente rappresentato nel seguito:



5.5. Il SAR DM: Attori e responsabilità

Il Medico prescrittore:

invia al SAR i dati della ricetta elettronica **senza il numero di ricetta elettronica** (NRE), del codice fiscale dell'assistito titolare della prescrizione e dell'eventuale esenzione dalla compartecipazione dalla spesa sanitaria a fronte del verificarsi di **ogni evento di prescrizione,** ponendo la ricetta nello stato "da erogare"; i dati della ricetta saranno disponibili sul SAC, contestualmente, a causa del meccanismo di sincronia. Il SAR e quindi il prescrittore attendono il riscontro positivo da parte del SAC.

secondo quanto normato dall'art. 1, comma 4 del Decreto 2 novembre 2011, rilascia all'assistito, a regime, al momento della prescrizione, il promemoria cartaceo della ricetta elettronica. La stampa del promemoria viene consentita **solo a fronte del riscontro positivo da parte del SAC**. Si precisa, quindi, che nel colloquio sincrono

tra medico-SAR-SAC la stampa del promemoria potrà avvenire solo dopo la ricezione del codice autenticazione che può rilasciare solamente il SAC.

L'Erogatore di prestazione specialistica (incluso servizio Centro Unificato di Prenotazione - CUP):

secondo quanto normato dall'art 1, comma 6 del Decreto 2 novembre 2011, rileva dal promemoria il Numero di Ricetta Elettronica (NRE) e il codice fiscale dell'assistito al fine di poter prelevare i dati delle prestazioni da erogare comprensive dell'indicazione dell'eventuale esenzione dalla compartecipazione dalla spesa sanitaria;

se la ricetta elettronica risulta ancora "da erogare":

se la riserva in maniera esclusiva per non consentire l'accesso ad altri erogatori;

conclude l'erogazione (escluso il CUP) inviando i dati al SAR oppure, in caso di mancata erogazione (o di cancellazione della prenotazione per il CUP), provvede a sbloccare la ricetta;

se la ricetta elettronica risulta "erogata" oppure è già stata riservata in maniera esclusiva da un altro erogatore non procede all'erogazione (o alla prenotazione, nel caso CUP);

se si verifica l'indisponibilità dei dati del sistema SAR:

eroga la prestazione/prenotazione rilevando i medesimi dati dal promemoria reso disponibile dall'assistito,

trasmette le informazioni dell'erogazione della prestazione/prenotazione in maniera differita al SAR.

L'Erogatore di farmaci:

secondo quanto normato dall'art 1, comma 6 del Decreto 2 novembre 2011, rileva dal promemoria il Numero di Ricetta Elettronica (NRE) e il codice fiscale dell'assistito al fine di poter prelevare direttamente dal SAC i dati delle prestazioni da erogare comprensive dell'indicazione dell'eventuale esenzione dalla compartecipazione dalla spesa sanitaria;

se la ricetta elettronica risulta ancora "da erogare":

se la riserva in maniera esclusiva per non consentire l'accesso ad altri erogatori;

conclude l'erogazione inviando i dati al SAC oppure, in caso di mancata erogazione, provvede a sbloccare la ricetta;

se la ricetta elettronica risulta "erogata" oppure è già stata riservata in maniera esclusiva da un altro erogatore non procede all'erogazione;

se si verifica l'indisponibilità dei dati del sistema SAC:

eroga la prestazione rilevando i medesimi dati dal promemoria reso disponibile dall'assistito,

trasmette le informazioni dell'erogazione della prestazione in maniera differita al SAC.

Il SAR:

invia al SAC i dati delle prescrizioni, in modalità sincrona , contestualmente alla ricezione dal prescrittore e, a seguito del riscontro positivo da parte del SAC, il sistema prescrittore è autorizzato a stampare il promemoria;

notifica al SAC la presa in carico della prescrizione (accettazione o CUP)

invia al SAC i dati dell'erogazione delle prescrizioni contestualmente alla ricezione dall'erogatore;

Il SAC:

garantisce al SAR un flusso "batch" di ritorno entro pochi giorni (2 o 3) dell'erogato farmaceutico che deve contenere, in forma leggibile dal SAR, tutti i dati relativi all'erogato inviati durante la giornata al SAC dalle farmacie e che riguarda ricette farmaceutiche prescritte e/o erogate in Liguria;

garantisce al SAR un flusso informativo, immediato e asincrono, sulle prestazioni specialistiche prescritte in Liguria ma erogate fuori Liguria.

Da quanto sopra descritto si desume, quindi, che il medico prescrittore e l'erogatore di prestazione specialistica vedranno sempre e solo il SAR come interlocutore diretto, mentre l'erogatore di farmaci interagirà sempre e solo con il SAC. Il sistema regionale riceverà dal SAC le informazioni relative all'erogato farmaceutico ed a quello specialistico fuori Liguria.

5.6. Scenari funzionali di attuazione del SAR DM

I due principali scenari di attuazione del SAR DM si possono riassumere in:

Prescrizione (eventuale prenotazione) ed erogazione di una ricetta specialistica

Prescrizione ed erogazione di una ricetta farmaceutica

La tavola degli stati di processo che riassume entrambi gli scenari è mostrata nel paragrafo seguente.

Relativamente alla prescrizione ed erogazione specialistica è da osservare che i cambiamenti di stato (e le relative informazioni a corredo) effettuati da prescrittori ed erogatori liguri sono registrati sul SAR e sempre trasmessi immediatamenteal SAC.

Vale la pena esplicitare i vari scenari di "presa in carico" (stato 5) che si possono presentare a livello regionale ed extra-regionale e il relativo dialogo SAR-SAC:

Prescrizione	**Presa in carico**	**Dialogo SAR-SAC**
in Regione	in Regione	i dati della ricetta sono già stati trasmessi al SAC dal SAR (in fase di prescrizione): il SAR, quindi, li mette a disposizione della struttura sanitaria regionale che eroga la prestazione. Il SAR notifica immediatamente la richiesta al SAC (informazioni minime).
fuori Regione	in Regione	il SAR accede al SAC per sapere se la prestazione è disponibile e nel caso lo sia la prende in carico, notificando subito l'informazione al SAC.
in Regione	fuori Regione	il SAR riceve via flusso batch dal SAC tutte le informazioni di presa in carico ed erogazione

L'eventuale caso di prenotazione/erogazione su una struttura ligure di una ricetta ligure già precedentemente presa in carico o erogata fuori Liguria viene identificata dal SAR a seguito della comunicazione precedentemente ricevuta dal SAC nel momento in cui questa si è verificata.

Si ricorda che, come previsto nell'art.1 (comma 7) del DM 2/11/2012, in caso di indisponibilità dei dati (dal SAR o dal SAC) eroga la prestazione rilevando i medesimi dati dal promemoria reso disponibile dall'assistito. Ai fini della trasmissione telematica dei dati (comma 8, art. 50 citato in Sezione 2) la struttura di erogazione dei servizi sanitari ritira il predetto promemoria presentato dall'assistito.

Il ciclo di vita della ricetta dematerializzata farmaceutica, invece, avviene sul SAR per quanto riguarda la parte prescrittiva (il SAR invia immediatamente la ricetta al SAC) e sul SAC per quanto riguarda la presa in carico della ricetta e l'erogazione del farmaco.

Il prescrittore, quindi, dialoga sempre e solo con il SAR mentre la farmacia dialoga sempre e solo con il SAC. Il SAC, a sua volta, allinea il SAR in modo asincrono per la trasmissione di tutte le (nuove) informazioni relative all'erogazione.

Il flusso di ritorno SAC-SAR dell'erogato farmaceutico conterrà, in forma leggibile dal SAR, tutti i dati inviati al SAC dalle farmacie eroganti.

5.7. Tavola riassuntiva degli stati di processo

Lo STATO DEL PROCESSO indica il risultato dell'azione che un attore del processo in un determinato momento effettua su un oggetto.

Nel caso specifico:

il processo è quello che descrive il ciclo di vita della ricetta dematerializzata,

l'attore è il medico prescrittore, l'ASL/AO oppure l'erogatore,

l'oggetto è la ricetta dematerializzata.

Lo STATO DEL PROCESSO, nel caso specifico, è quindi il risultato dell'azione che in un momento del ciclo di vita della ricetta viene eseguita su di essa da uno degli attori di processo.

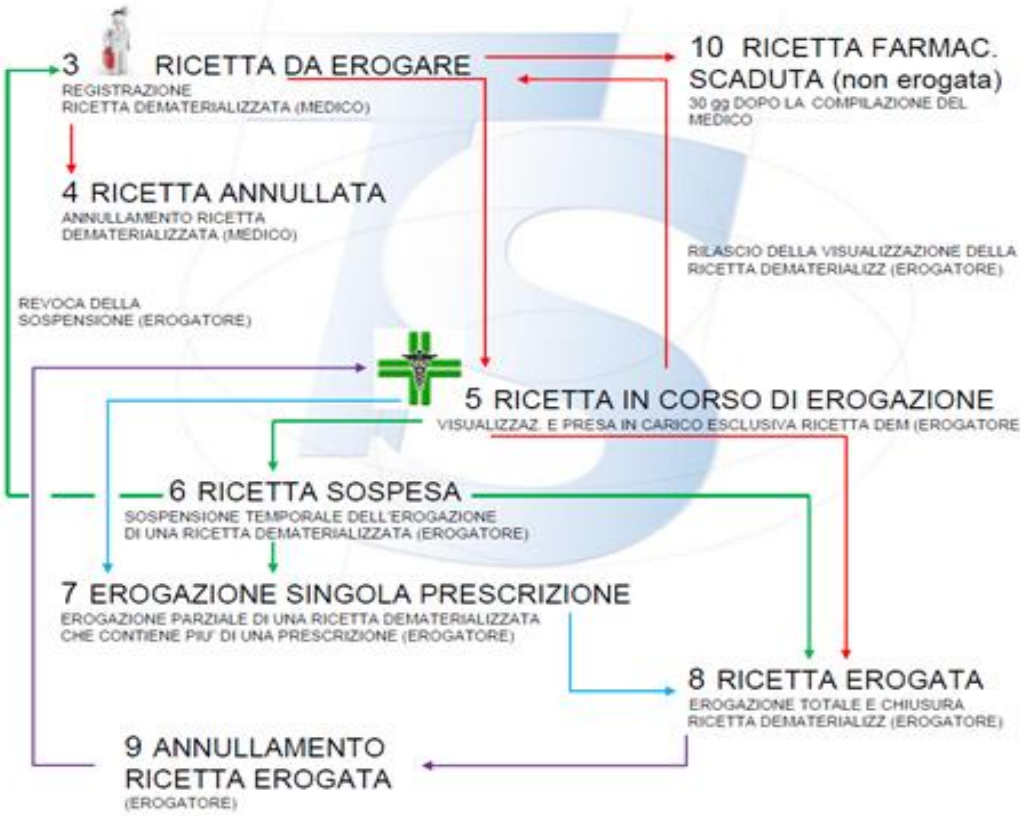
I valori dello STATO DI PROCESSO vengono registrati negli archivi del SAR e del SAC.

VALORE DELLO STATO DI PROCESSO	***DESCRIZIONE DELLO STATO DI PROCESSO***	***PREDECESSORE***	***DESCRIZIONE DELL'AZIONE CHE DETERMINA LO STATO DI PROCESSO***
1(*) *Questo stato di processo non sarà mai attuato siccome non si utilizzano i lotti NRE*	*Lotto richiesto senza associazione medico*	*nessuno*	*Richiesta di un lotto di NRE da parte del SAR, senza associazione con il cf di un medico*
2(*) *Questo stato di processo non sarà mai attuato siccome non si utilizzano i lotti NRE*	*Lotto richiesto con associazione medico*	*nessuno*	*Richiesta di un lotto di NRE da parte del SAR, con associazione con il cf di un medico*
3	*ricetta da erogare*	*nessuno*	*Inserimento della ricetta dematerializzata negli archivi del SAC, pronta per essere erogata.*
4	*Ricetta annullata dal prescrittore*	*3*	*Annullamento della ricetta dematerializzata*
5	*Ricetta in corso di erogazione*	*3*	*Visualizzazione della ricetta dematerializzata e presa in carico in maniera esclusiva da parte di un solo erogatore. L'azione di rilascio della ricetta dematerializzata in visualizzazione esclusiva, riporta lo stato della stessa al valore 3.*
6	*Ricetta sospesa*	*5*	*Sospensione dell'erogazione di una ricetta già visualizzata e presa in carico in maniera esclusiva da un erogatore.* *La sospensione indica che l'erogazione completa (stato 8)*

			avverrà in un periodo successivo alla presa incarico. *Il rilascio della sospensione porta la ricetta nello stato da erogare (stato 3).* *La sospensione ha senso per le ricette farmaceutiche di particolari prodotti da dispensare molto dopo la presa in carico della ricetta, meno per quelle specialistiche, che per propria natura possono essere erogate in un periodo di tempo anche lungo.*
7	*Singola prescrizione erogata*	*5,6*	*Erogazione di una singola prescrizione di una ricetta dematerializzata che ne contiene diverse.* *Se la ricetta viene erogata parzialmente, ha già incluso in sé il concetto di sospensione, che non bisogna quindi comunicare.* *L'erogazione dell'ultima prescrizione/prestazione specialistica, chiude la ricetta facendola passare allo stato di ricetta completamente erogata (stato 8).*
8	*Ricetta erogata*	*5,6,7*	*Erogazione di tutte le prescrizioni di una ricetta dematerializzata, in un unico momento, dopo una sospensione o alla fine dell'erogazione delle singole prescrizioni di una stessa ricetta dematerializzata.*
9	*Annullamento ricetta erogata*	*8*	*Annullamento della ricetta da parte dell'erogatore.* *La ricetta viene portata nuovamente nello stato di visualizzata e presa in carico esclusivamente, in modo che si possano inserire nuovamente i dati per concludere l'erogazione (stato 8) oppure rilasciare completamente la ricetta e porla di nuovo nello stato da erogare (stato3).* *NB: per il valore dello stato di processo 9 si consulti l'apposito paragrafo dell'annullamento delle ricette erogate, nel capitolo deicato ai servizi di*

			erogazione
10	*Ricetta farmaceutica scaduta (non erogata)*	*3*	*Mancata erogazione di una ricetta farmaceutica per scadenza del termine di spendibilità di 30 giorni escluso quello di emissione*

Nella figura seguente è mostrato il workflow dell'intero processo di prescrizione/erogazione



5.8. Modello di promemoria

5.8.1. Caratteristiche generali

Di seguito vengono indicate le specifiche tecniche per la stampa del promemoria che il medico prescrittore può rilasciare su richiesta dell'assistito al termine della registrazione di una ricetta dematerializzata ai sensi del DM 2 Novembre 2011.

Il promemoria deve avere formato pari alla metà di un foglio A4.

Per la compilazione del promemoria ci si attiene a quanto previsto dalle norme di compilazione della ricetta cartacea contenute nel comma 2, art. 50.

Nel promemoria che deve essere stampato:

− tutte le intestazioni indicate nel modello di seguito devono essere presenti;

− i campi non valorizzati dal medico in fase di prescrizione devono rimanere vuoti;

− unicamente la Nota Aifa (indicata nel modello come "NOTA"), se non valorizzata dal medico, deve contenere in stampa la stringa "---".

Il modello del promemoria esposto di seguito sostituisce quello pubblicato nell'allegato tecnico del DM 2 Novembre 2011.

5.8.2. Regole di compilazione dei campi della stampa

Di seguito si riportano le regole tecniche e le modalità di compilazione dei campi della ricetta:

lo spazio identificato dal numero **1** è destinato a contenere obbligatoriamente il **nome della Regione / Provincia Autonoma di emissione della ricetta elettronica dematerializzata**. Deve essere coerente con il codice regione presente nel Numero di Ricetta Elettronica stampato in ricetta, rappresentato dai primi tre caratteri dello stesso;

lo spazio identificato dal numero **2** deve contenere il **Numero di Ricetta Elettronica** (NRE) in formato codice a barre e in formato alfanumerico, in particolare:

lo standard da utilizzare per il codice a barre è il Code 39 (anche conosciuto come Alpha39, Code 3 of 9, Code 3/9, Type 39, USS Code 39, or USD-3);

l'altezza del codice deve essere di 8 mm;

il codice deve essere composto da due parti separate; la prima parte contiene i dati relativi al codice Regione/Provincia (3 cifre), e il codice di raggruppamento del lotto (2 cifre), mentre la seconda parte contiene i dati identificativi del lotto (1 cifra) e il codice del lotto+progressivo (9 cifre)

la parte alfanumerica sottostante il codice a barre deve riportare i valori delimitati da un asterisco "*" iniziale e finale.

lo spazio identificato dal numero **3**, deve contenere il **cognome e nome dell'assistito** o, in alternativa, le sue iniziali. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici, al loro posto nei campi contrassegnati in tale documento con 3,4,5,6,7,8 deve comparire la scritta "DATI DELL'ASSISTITO OSCURATI AI SENSI DELL'ARTICOLO 87 DEL DL 30 giugno 2003, n. 196";

lo spazio identificato dai numeri **4** e **5**, deve contenere **l'indirizzo dell'assistito e il numero civico della sua abitazione**. Se non riempito in fase di prescrizione deve

rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici cfr. campo 3o 3;

lo spazio identificato dal numero **6**, deve contenere il **CAP dove è ubicata l'abitazione dell'assistito**. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici cfr. campo 3;

lo spazio identificato dal numero **7**, deve contenere la **città ove è ubicata l'abitazione dell'assistito**. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici cfr. campo 3;

lo spazio identificato dal numero **8**, deve contenere la **provincia ove è ubicata l'abitazione dell'assistito**. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto. Se per scelta dell'assistito, il medico ha dovuto oscurare i dati anagrafici cfr. campo 3;

lo spazio identificato dal numero **9**, deve contenere il **codice fiscale dell'assistito** in formato codice a barre e in formato alfanumerico. Lo standard da utilizzare per il codice a barre è il Code 39 (anche conosciuto come Alpha39, Code 3 of 9, Code 3/9, Type 39, USS Code 39, or USD-3). L'altezza del codice deve essere di 8 mm. La parte alfanumerica sottostante il codice a barre deve riportare il codice fiscale delimitato da un asterisco "*" iniziale e finale. N.B. i due simboli "|" inseriti nel facsimile di promemoria riportato in questo documento in corrispondenza del campo 9 non devono essere stampati, servono solo per mostrare al lettore l'estensione dello spazio destinato al codice fiscale in forma di codice a barre.

lo spazio identificato dal numero **10**, deve contenere le **informazioni sull'esenzione** (da reddito o sanitarie):

se il medico ha compilato l'esenzione apponendo un codice in fase di compilazione ricetta, questo deve essere riportato in stampa;

se il medico ha biffato la casella che indica la non esenzione dell'assistito e ha compilato la ricetta non inserendo alcun codice esenzione, in stampa deve apparire la scritta "NON ESENTE".

lo spazio identificato dal numero **11**, deve contenere la **sigla della provincia di residenza dell'assistito**. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;

lo spazio identificato dal numero **12**, deve contenere il **codice della ASL di residenza dell'assistito**. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;

lo spazio identificato dal numero **13**, deve contenere le **disposizioni regionali**. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;

lo spazio identificato dal numero **14**, deve contenere la **tipologia di prescrizione**:

• per "S" deve apparire la scritta "SUGG"

• per "H" deve apparire la scritta "RICOV"

Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;

lo spazio identificato dal numero **15**, deve contenere **la biffatura del campo "Altro"**, apposta in fase di prescrizione. Se biffato in fase di prescrizione, deve apparire il simbolo "**X**". Se non biffato in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;

lo spazio identificato dal numero **16**, deve la **priorità della prescrizione**:

• per "U" deve apparire la scritta "Nel più breve tempo possibile; se differibile entro 72 ore";

• per “B” deve apparire la scritta “Entro 10 giorni”;

• per “D” deve apparire la scritta “Entro 30 (visite), entro 60 gg (visite strumentali);

• per “P” deve apparire la scritta “Senza priorità".

Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto

5.8.3. Area destinata alle prescrizioni

Nel Facsimile nr. 0 viene indicata l’area massima disponibile per le prescrizioni. Tale area deve essere suddivisa in tante righe quante sono le prescrizioni effettuate.

L’esempio Facsimile nr.1 riportato nel documento è riferito ad una ricetta che contiene un massimo di 9 ripetizioni di prestazioni specialistiche (8 prestazioni più 1 possibile prelievo venoso).

Nel caso in cui la ricetta presentasse un numero minore di prescrizioni, ad esempio una ricetta farmaceutica, possono essere utilizzate più righe per ogni prescrizione, come riportato nel facsimile n.2.

La regola generale è che per questa sezione non può essere superata la dimensione massima indicata nel Facsimile nr.0.

Le righe della tabella non utilizzate non devono essere stampate, lasciando in tal modo lo spazio bianco, ma deve essere considerata la grandezza generale della tabella delle prescrizioni, in modo tale che la stampa dei campi dal 21 in poi rimangano sempre nella stessa posizione, come se le prestazioni fossero tutte compilate.

lo spazio identificato dai numeri **17** e **18**, sono riferite al Facsimile nr.1,le righe contengono gli **elementi della prescrizione / prestazione** in particolare:

In posizione 17 indicare in sequenza

Per la prescrizione farmaceutica:

- il gruppo di equivalenza (codice e denominazione)
- il nome commerciale del prodotto (codice AIC e denominazione)

Per la prescrizione specialistica :

- il codice della prestazione specialistica secondo il nomenclatore regionale
- il codice della prestazione specialistica secondo il catalogo regionale; tale codice deve essere indicato tra parentesi tonde “( )”
- la denominazione della prestazione specialistica: tale denominazione deve essere quella presente nel catalogo regionale, in quanto è di maggior dettaglio esplicativo rispetto a quella presente nel nomenclatore regionale. Unicamente nel caso in cui non esistesse un codice catalogo regionale per una determinata prestazione specialistica, deve essere stampata la denominazione presente nel nomenclatore regionale.

Riepilogando la riga 17A deve essere stampata nel seguente modo:

codice nomenclatore (codice catalogo) – descrizione del catalogo Es: 123 (456) – prestazione abcde da catalogo regionale

In posizione 18 indicare nel seguente ordine di stampa, tenendo anche conto che alcuni dei seguenti valori potrebbero mancare:

Per la prescrizione specialistica:

- Prima informazione in ordine di stampa: l'eventuale tipologia di accesso: i valori da stampare nel promemoria coerentemente al documento PNGLA del Ministero della Salute sono:
  - ✓ "PRIMO ACCESSO" se nel campo del tracciato di prescrizione inviato dal medico è stato inserito il valore "1"
  - ✓ "ALTRA TIPOLOGIA DI ACCESSO" se nel campo del tracciato di prescrizione inviato dal medico è stato inserito il valore "0"
  - ✓ Non stampare nulla se il campo del tracciato di prescrizione inviato dal medico non è stato valorizzato

- Seconda informazione in ordine di stampa: L'eventuale tipologia di ambulatori presso i quali è erogabile la prestazione: nel caso in cui la tipologia di ambulatorio sia presente nel decreto a fronte della prestazione prescritta e venga restituita nella response dell'invio prescritto indicare la label: "AMBULATORIO EROGAZ:" e il valore indicato in tipoAmbulatorio. Non stampare nulla se il campo della response di invio prescritto non è valorizzato.

- Terza informazione in ordine di stampa: le eventuali note testuali del medico. Non stampare nulla se il campo del tracciato di prescrizione inviato dal medico non è stato valorizzato

Riepilogando la riga 18 può essere stampata nei seguenti modi:

caso 1: non contiene nessuna informazione (riga vuota);

caso 2: contiene tutte le informazioni, riportate secondo l'ordine di stampa previsto

(es: PRIMO ACCESSO-AMBULATORIO EROGAZ:H-Note del medico)

caso 3: contiene solo alcune informazioni, riportate secondo l'ordine di stampa previsto

(es: PRIMO ACCESSO-Note del medico)

(es: AMBULATORIO EROGAZ:H-Note del medico)

(es: Note del medico)

(es: PRIMO ACCESSO- AMBULATORIO EROGAZ:H)

Etc.

Per la prescrizione farmaceutica:

- nel caso in cui sia stata dichiarata la non sostituibilità del farmaco deve apparire la scritta "NON SOSTITUIBILE" e l'eventuale motivazione di non sostituibilità scritta o codificata
- le note inserite dal medico

lo spazio identificato dal numero 19, deve contenere il numero di confezioni farmaceutiche o il numero di prestazioni specialistiche riferite alla singola prescrizione / prestazione. Il campo non può essere vuoto;

lo spazio identificato dal numero 20

nel caso di ricette farmaceutiche, è destinato a contenere la nota AIFA associata al farmaco. Se il campo non è stato compilato in fase di prescrizione, quindi risulta vuoto, in stampa deve riportare la stringa "---", ad indicare che non può essere compilato;

nel caso di ricette specialistiche e solo per le prestazioni previste dal DM 9 dic 2015 del Ministero della Salute, è destinato a contenere le specifiche informazioni di appropriatezza prescrittiva, secondo tale schema:

- **riga superiore del campo:**
- numero nota
- spazio
- condizione di erogabilità oppure indicazione di appropriatezza prescrittiva, esprimibili tramite lettera dell'alfabeto
- **riga inferiore del campo:**
- codice patologia

Per le prestazioni non previste dal DM 9 DIC 2015 il campo deve riportare la stringa "---", ad indicare che non può essere compilato.

lo spazio identificato dal numero **21**, deve contenere il **quesito diagnostico** in forma testuale o codificata. Se non riempito in fase di prescrizione deve rimanere vuoto;

lo spazio identificato dal numero **22**, deve contenere il **numero totale di confezioni farmaceutiche o di prestazioni specialistiche**, coma somma delle singole quantità indicate nel campo 18. Il campo non può essere vuoto;

lo spazio identificato dal numero **23**, deve contenere il **tipo ricetta**. I soli valori possibili, come da comma 2 art.50, che possono essere impostati per tale campo sono:

assistiti del servizio sanitario nazionale, il campo non deve essere compilato dal medico nel proprio gestionale ma in stampa deve essere riportato "Assist. SSN";

assistiti ENI, il campo non deve essere compilato dal medico nel proprio gestionale e in stampa non deve essere riportata nessuna dizione;

naviganti: i valori da riportare in stampa sono NA, ND, NE, NX;

stranieri temporaneamente presenti: il valore da riportare in stampa è ST;

soggetti dell'Unione Europea: il valore da riportare in stampa è UE;

soggetti di altri paesi non dell'Unione Europea: il valore da riportare in stampa è EE.

Ulteriori altri valori che sono stati introdotti autonomamente dalle Regioni / Provincie Autonome e per cui è stata data indicazione ai medici di inserirli nel campo Tipo Ricetta, possono essere stampati, per dare continuità a quanto avviene nella ricetta cartacea rossa. L'impostazione di tali campi nel tracciato XML causa lo scarto della prescrizione, in quanto il valore non è ammesso;

lo spazio identificato dal numero **24**, deve contenere la **data di compilazione della ricetta** nel formato gg/mm/aaaa. Il campo non può essere vuoto;

lo spazio identificato dal numero **25**, deve contenere il **codice fiscale del medico prescrittore**. Il campo non può essere vuoto.

lo spazio identificato dal numero **26**, deve contenere il **codice di autenticazione** che unicamente il Sistema di Accoglienza Centrale assegna nel momento della corretta registrazione della ricetta. In assenza di tale campo il promemoria non è valido.

lo spazio identificato dal numero **27**, deve contenere il **cognome e il nome del medico prescrittore**, corrispondente al codice fiscale indicato nel campo 25. Il campo non può essere vuoto.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE — RICETTA ELETTRONICA – PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

1	2

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO: 3 | 9

INDIRIZZO: 4,5 CAP: 6 CITTA': 7 PROV: 8 |

ESENZIONE: 10 SIGLA PROVINCIA: 11 CODICE ASL: 12 DISPOSIZIONI REGIONALI: 13

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): 14 ALTRO: 15 PRIORITA'PRESCRIZIONE(U,B,D,P): 16

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
17 18	19	20

QUESITO DIAGNOSTICO: 21

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 22 TIPO RICETTA: 23 DATA: 24 CODICE FISCALE DEL MEDICO: 25

CODICE AUTENTICAZIONE: 26 COGNOME E NOME DEL MEDICO: 27

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

FACSIMILE nr. 0: PROMEMORIA CON L'INDICAZIONE DELLA MASSIMA ESTENSIONE DELL'AREA DELLE PRESCRIZIONI

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE — RICETTA ELETTRONICA – PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

1	2

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO: 3 | 9

INDIRIZZO: 4,5 CAP: 6 CITTA': 7 PROV:8 |

ESENZIONE: 10 SIGLA PROVINCIA: 11 CODICE ASL: 12 DISPOSIZIONI REGIONALI: 13

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): 14 ALTRO: 15 PRIORITA'PRESCRIZIONE(U,B,D,P): 16

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
17 18	19	20

QUESITO DIAGNOSTICO: 21

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 22 TIPO RICETTA: 23 DATA: 24 CODICE FISCALE DEL MEDICO: 25

CODICE AUTENTICAZIONE: 26 COGNOME E NOME DEL MEDICO: 27

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011v

FACSIMILE nr. 1: PROMEMORIA DI ESEMPIO PER LA STAMPA DI MASSIMO 9 PRESCRIZIONI

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE — RICETTA ELETTRONICA – PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

1	2

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO: 3 | 9

INDIRIZZO: 4,5 CAP: 6 CITTA': 7 PROV:8 |

ESENZIONE: 10 SIGLA PROVINCIA: 11 CODICE ASL: 12 DISPOSIZIONI REGIONALI: 13

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): 14 ALTRO: 15 PRIORITA'PRESCRIZIONE(U,B,D,P): 16

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
17 18	19	20

QUESITO DIAGNOSTICO: 21

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 22 TIPO RICETTA: 23 DATA: 24 CODICE FISCALE DEL MEDICO: 25

CODICE AUTENTICAZIONE: 26 COGNOME E NOME DEL MEDICO: 27

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

FACSIMILE nr2: PROMEMORIA DI ESEMPIO PER LA STAMPA DI MASSIMO 6 PRESCRIZIONI

6. ARCHITETTURA DEL GATEWAY DEL SAR

6.1. Architettura del sistema

L'architettura prevede sistemi applicativi ed apparati in grado di erogare le funzionalità descritte nei capitoli precedenti. L'architettura applicherà meccanismi di autenticazione, di autorizzazione e di tracciamento delle operazioni effettuate.

L'architettura può essere rappresentata da tre componenti:

l'infrastruttura e gli apparati di rete deputati al trasporto delle informazioni da/verso i Sistemi prescrittori

una infrastruttura di autenticazione ed autorizzazione deputata a verificare le credenziali ed i profili di accesso ai servizi

i server applicativi sui quali vengono eseguite le logiche dei servizi stessi

Scopo di questi componenti è quello di trasportare i dati delle ricette dai sistemi prescrittori all'archivio regionale del SAR e restituire informazioni relative alla corretta accoglienza nel SAR ed al successivo trasferimento al SAC.

L'accesso al Gateway del SAR da parte dei soggetti autorizzati, avverrà sia dalla rete pubblica (internet), sia attraverso la extranet della Regione Liguria.

Il punto di ingresso ai servizi, per tutti i soggetti che dialogano con il Gateway, è rappresentato dall'infrastruttura Regionale di Autenticazione e di Autorizzazione (IAM) del Sistema Regionale SIIR.

Questa infrastruttura si interpone fra i richiedenti ed i servizi applicativi erogati, applicando le regole di autenticazione e di autorizzazione necessarie (vedi capitolo successivo per i dettagli) sia per le richieste provenienti dalla rete pubblica sia per le richieste provenienti dalla rete extranet regionale.

Vi saranno diverse tipologie di fruitori dei servizi esposti dal Gateway:

sistemi applicativi di prescrizione Aziendali (ASL/AO)

software gestionali di studio medico o di cartella clinica.

In entrambi i casi sopradescritti i servizi saranno raggiungibili tramite URL dedicate esposte tramite protocollo HTTPS.

6.2. Principali caratteristiche dei servizi esposti dal GW

I Web Service esposti dal Gateway sono conformi alle specifiche del World Wide Web Consortium (W3C) per il protocollo XML, per SOAP e per WSDL per le architetture web e per la tecnologia Web Services.

La ragione principale della scelta di adottare lo standard dei Web Service è il "disaccoppiamento" che l'interfaccia standard esposta dal Web Service rende possibile fra il sistema utente ed il Web Service stesso: questo significa che modifiche ad una o all'altra delle applicazioni potranno essere attuate in maniera "trasparente" all'interfaccia tra i sistemi.

Oltre a questa ragione, realizzare l'integrazione esponendo dei Web Service porterà i vantaggi che sono direttamente derivabili dalle caratteristiche stesse dei Web Service ovvero:

- permettere l'interoperabilità tra diverse applicazioni software realizzate anche su diverse piattaforme hardware,
- utilizzare uno standard e dei protocolli "open": è da osservare in questo contesto che i protocolli ed il formato dei dati è in formato testuale, cosa che li rende di più facile comprensione ed utilizzo,
- il trasporto dei messaggi avviene su protocollo HTTP/HTTPS e pertanto i Web Service non necessitano, normalmente, che vengano effettuate modifiche alle regole di sicurezza utilizzate come filtro sui firewall,
- i Web Services possono inoltre essere facilmente utilizzati, in combinazione l'uno con l'altro (indipendentemente da chi li fornisce e da dove vengono resi disponibili) per formare servizi "integrati" e complessi,
- i Web Services consentono il riutilizzo di infrastrutture ed applicazioni già sviluppate e sono (relativamente) indipendenti da eventuali modifiche delle stesse.

La scelta di questo tipo di architettura porterà quindi a garantire i principali aspetti di qualità del software, con particolare attenzione rivolta agli aspetti di riusabilità e di scalabilità del Gateway; arrivando quindi ad ipotizzare la realizzazione di un vero e proprio "catalogo" di servizi del SAR con caratteristiche standard tali da renderli fruibili anche, in futuro, a piattaforme differenti.

I web services che vengono esposti dal Gateway sono:

Relativamente alle funzionalità di prescrizione

Servizio per l'invio dei dati della ricetta per la generazione della ricetta dematerializzata

Servizio per l'annullamento della ricetta dematerializzata

Servizio di visualizzazione dei dati della ricetta dematerializzata

Relativamente alle funzionalità di erogazione

Servizio di visualizzazione e presa in carico della ricetta elettronica

Servizio di comunicazione di chiusura dell'erogazione della ricetta elettronica

Servizio di sospensione dell'erogazione della ricetta elettronica

Servizio di annullamento della ricetta elettronica già erogata

Tutti i sopracitati servizi sono esposti nelle stesse modalità e con medesime caratteristiche degli analoghi servizi esposti dal SAC, precisando che, a differenza del SAC, il SAR non effettuerà controlli in merito al contenuto dei dati delle ricette, né sulla qualità degli stessi.

Il modello di colloquio a Web Service con il gateway sarà quindi basato su:

Il linguaggio XML per la rappresentazione dei dati (la ricetta)

Il protocollo SOAP per il formato dei messaggi

Il linguaggio WSDL per la definizione delle chiamate ai differenti servizi

Autenticazione "Basic" del servizio

Protocollo HTTPS

Cifratura di dati

6.3. Cifratura dei dati inviati tramite i Web Services

Il soggetto che effettuerà la prescrizione, e che quindi si interfaccerà con il Gateway per l'invio delle ricette al SAR, dovrà cifrare sia il proprio pincode sia i codici fiscali dei pazienti presenti nelle ricette prima di ogni invio.

La tecnica di crittografia è basata sull'impiego della chiave pubblica RSA, contenuta nel certificato X.509 che verrà fornito dal SAR al momento della sottoscrizione al servizio, applicando il padding PKCS#1 v.1.5.

Una volta cifrati il codice fiscale e il pincode devono essere codificati BASE64 (RFC 1521) prima di essere inseriti nel file XML delle ricette.

7. UTILIZZO DEL GATEWAY

7.1. L'ambiente di test

E' possibile invocare i servizi del Gateway in un ambiente di test approntato allo scopo.

L'ambiente di test sarà raggiungibile sulla rete pubblica all'URL

https://saldmtest.regione.liguria.it/.

La disponibilità di tale servizio sarà comunicata a valle contestualmente all'esposizione del servizio stesso.

Per accedere ai servizi in test occorre autenticarsi utilizzando credenziali di test che verranno appositamente fornite su richiesta in fase di approntamento del Sistema.

Queste credenziali saranno valide esclusivamente per l'ambiente di test.

I differenti servizi saranno quindi invocabili agli endpoint:

Prescrizione:

Servizio per l'invio dei dati della ricetta per la generazione della ricetta dematerializzata

https://saldmtest.regione.liguria.it/DemRicettaPrescrittoServicesWeb/services/demInvioPrescritto

Servizio per l'annullamento della ricetta dematerializzata

https://saldmtest.regione.liguria.it/DemRicettaPrescrittoServicesWeb/services/demAnnullaPrescritto

Servizio di visualizzazione dei dati della ricetta dematerializzata

https://saldmtest.regione.liguria.it/DemRicettaPrescrittoServicesWeb/services/demVisualizzaPrescritto

Erogazione:

Servizio di visualizzazione e presa in carico esclusiva della ricetta elettronica

https://saldmtest.regione.liguria.it/DemRicettaErogatoServicesWeb/services/demVisualizzaErogato

Servizio di chiusura dell'erogato della ricetta elettronica

https://saldmtest.regione.liguria.it/DemRicettaErogatoServicesWeb/services/demInvioErogato

Servizio di sospensione della ricetta elettronica

https://saldmtest.regione.liguria.it/DemRicettaErogatoServicesWeb/services/demSospendiErogato

Servizio di annullamento dell'erogazione della ricetta elettronica

https://saldmtest.regione.liguria.it/DemRicettaErogatoServicesWeb/services/demAnnullaErogato

7.2. L'ambiente di produzione

E' possibile invocare i servizi del Gateway in ambiente di produzione all'URL

https://saldm.regione.liguria.it/

Le credenziali da utilizzare sono quelle che vengono consegnate all'atto dell'adesione al SAL da parte del soggetto prescrittore, nelle modalità descritte nel capitolo 3.3.

I differenti servizi saranno quindi invocabili agli endpoint:

Prescrizione:

Servizio per l'invio dei dati della ricetta per la generazione della ricetta dematerializzata

https://saldm.regione.liguria.it/DemRicettaPrescrittoServicesWeb/services/demInvioPrescritto

Servizio per l'annullamento della ricetta dematerializzata

https://saldm.regione.liguria.it/DemRicettaPrescrittoServicesWeb/services/demAnnullaPrescritto

Servizio di visualizzazione dei dati della ricetta dematerializzata

https://saldm.regione.liguria.it/DemRicettaPrescrittoServicesWeb/services/demVisualizzaPrescritto

Erogazione:

Servizio di visualizzazione e presa in carico esclusiva della ricetta elettronica

https://saldm.regione.liguria.it/DemRicettaErogatoServicesWeb/services/demVisualizzaErogato

Servizio di chiusura dell'erogato della ricetta elettronica

https://saldm.regione.liguria.it/DemRicettaErogatoServicesWeb/services/demInvioErogato

Servizio di sospensione della ricetta elettronica

https://saldm.regione.liguria.it/DemRicettaErogatoServicesWeb/services/demSospendiErogato

Servizio di annullamento dell'erogazione della ricetta elettronica

https://saldm.regione.liguria.it/DemRicettaErogatoServicesWeb/services/demAnnullaErogato

8. PRESCRIZIONE

I paragrafi di questo capitolo descrivono le modalità di utilizzo dei servizi disponibili sul SAR DM relativamente al processo di prescrizione.

Gli utenti di questi servizi sono:

− ASL / Aziende Ospedaliere,

− Medici MMG/PLS

I servizi disponibili quelli dedicati alla gestione dei dati della ricetta dematerializzata da parte dei prescrittori, ovvero:

a. Servizio per l'invio dei dati della ricetta al SAC per la generazione della ricetta dematerializzata
b. Servizio per l'annullamento della ricetta dematerializzata
c. Servizio di visualizzazione dei dati della ricetta dematerializzata

8.1. Servizio per l'invio dei dati della ricetta per la generazione della ricetta dematerializzata

Il servizio consente di procedere all'invio elettronico dei dati della ricetta dematerializzata e può essere utilizzato dalla ASL/Azienda Ospedaliera oppure dal singolo medico.

Il medico prescrittore, invia elettronicamente i dati della ricetta dematerializzata a fronte del verificarsi di ogni evento prescrittivo.

All'atto dell'invio dei dati della ricetta il medico, può procedere alla stampa del promemoria ma unicamente dopo aver ricevuto il codice di autenticazione..

Il descrittore WSDL del servizio è demInvioPrescritto.wsdl documentato in Allegato A al presente documento.

8.1.1. Formato del messaggio: il messaggio di request

Il medico prescrittore, servendosi del proprio programma gestionale di cartella, all'atto della compilazione della ricetta dematerializzata crea un file secondo il tracciato riportato nel paragrafo 4.1. La, contenente i dati della ricetta.

L'NRE non è presente nel messaggio di invio dei dati della ricetta, esso viene assegnato dal SAC in fase di acquisizione e comunicato al medico tramite il SAR.

In fase di compilazione della ricetta dematerializzata, su richiesta dell'assistito, il suo cognome e nome e il suo indirizzo possono essere oscurati, in modo che non appaiano nel promemoria e non siano visibili all'erogatore nel momento in cui visualizza elettronicamente la ricetta. L'erogatore può, su richiesta nei casi previsti dalla legge, visualizzare tali dati.

L'azione eseguita con successo di invio dei dati della ricetta da parte del medico prescrittore imposta lo STATO DEL PROCESSO al valore 3 "ricetta da erogare".

La descrizione degli elementi costitutivi del messaggio di invio ricetta al SAR è definita dallo schema InvioPrescrittoRichiesta.xsd

8.1.2. Formato del messaggio: il messaggio di response

Per ogni richiesta, il sistema risponde con un messaggio di tipo InvioPrescrittoRicevuta, contenente l'esito della trasmissione.

Il formato dell'elemento InvioPrescrittoRicevuta in caso di corretta ricezione è definito nello schema InvioPrescrittoRicevuta.xsd

8.2. Servizio per l'annullamento della ricetta dematerializzata

Il servizio permette di annullare una ricetta dematerializzata registrata negli archivi del SAR e del SAC.

L'annullamento di una ricetta può essere richiesto dallo stesso medico che aveva inserito la ricetta,

L'annullamento della ricetta può avvenire solo se la stessa è ancora da erogare (STATO DEL PROCESSO = 3).

L'NRE di una ricetta annullata non può più essere utilizzato per prescrivere un'altra ricetta dematerializzata.

Non essendo possibile rettificare i dati di una ricetta dematerializzata già registrata, si deve procedere ad annullare la vecchia ricetta e a registrarne una nuova, provvista di un nuovo NRE.

L'azione eseguita con successo di annullamento ricetta da parte del medico prescrittore imposta lo STATO DEL PROCESSO al valore 4 "ricetta annullata dal prescrittore".

Il descrittore WSDL del servizio è demAnnullaPrescritto.wsdl documentato in Allegato B al presente documento.

8.2.1. Formato del messaggio: il messaggio di request

La descrizione degli elementi costitutivi del messaggio di annullamento ricetta è definita dallo schema AnnullaPrescrittoRichiesta.xsd

8.2.2. Formato del messaggio: il messaggio di response

Per ogni richiesta, il sistema risponde con un messaggio di tipo AnnullaPrescrittoRicevuta, contenente l'esito della trasmissione.

Il formato dell'elemento AnnullaPrescrittoRicevuta in caso di corretta ricezione è definito dallo schema AnnullaPrescrittoRicevuta.xsd

8.3. Servizio di visualizzazione dei dati della ricetta dematerializzata

Il servizio permette di visualizzare tutti i dati di una specifica ricetta dematerializzata registrata negli archivi del SAR e del SAC.

La visualizzazione di una specifica ricetta registrata è sempre possibile indipendentemente dallo stato di lavorazione in cui essa si trova.

Il descrittore WSDL del servizio è demVisualizzaPrescritto.wsdl documentato in Allegato C al presente documento.

8.3.1. Formato del messaggio: il messaggio di request

La descrizione degli elementi costitutivi del messaggio di visualizzazione ricetta è definita dallo schema VisualizzaPrescrittoRichiesta.xsd

8.3.2. Formato del messaggio: il messaggio di response

Per ogni richiesta, il sistema risponde con un messaggio di tipo VisualizzaPrescrittoRicevuta, contenente l'esito della trasmissione.

Il formato dell'elemento VisualizzaPrescrittoRicevuta in caso di corretta ricezione è definito dallo schema VisualizzaPrescrittoRicevuta.xsd

9. EROGAZIONE

L'erogazione di una ricetta dematerializzata si divide in due momenti:

1. Visualizzazione del contenuto della ricetta dematerializzata prescritta con contestuale presa in carico in maniera esclusiva della stessa,
2. Comunicazione di chiusura dell'erogazione a seguito di dispensazione di prestazioni specialistiche.

I servizi messi a disposizione dal SAR per l'erogazione della ricetta dematerializzata sono:

1. Servizio di visualizzazione e presa in carico esclusiva della ricetta elettronica
2. Servizio di chiusura dell'erogato della ricetta elettronica
3. Servizio di sospensione della ricetta elettronica
4. Servizio di annullamento dell'erogato della ricetta elettronica

9.1. Servizio di visualizzazione e presa in carico esclusiva della ricetta elettronica

Tramite questo servizio le strutture di erogazione:

visualizzano il contenuto di una ricetta inserita da un medico prescrittore,

la prendono in carico in maniera esclusiva rispetto a tutti gli altri erogatori:

Le due azioni di visualizzazione e presa in carico si realizzano contemporaneamente con un'unica chiamata al servizio dedicato.

A seguito di ciò, ogni altro erogatore che nello stesso momento provasse ad interrogare la stessa ricetta, avrebbe come risposta che la stessa è "in corso di erogazione".

Si veda nel sottoparagrafo seguente la situazione particolare per i sistemi prenotatori.

La struttura di erogazione dei servizi sanitari per visualizzare e prendere in carico una ricetta inserita elettronicamente dal medico prescrittore, comunica il Numero di Ricetta Elettronica (NRE) unitamente al codice fiscale dell'assistito per cui è stata compilata elettronicamente la ricetta, prelevandolo dalla Tessera Sanitaria.

Nel caso di assistiti del Servizio Sanitario Nazionale provvisti di Tessera Sanitaria, i dati per il recupero di una prescrizione sono entrambi presenti. Per i soggetti sprovvisti di codice fiscale, come gli stranieri, l'informazione del codice fiscale non può essere fornita e la prescrizione viene recuperata solo tramite l'NRE o tramite il numero di Poligrafico.

Si ricorda comunque che in entrambi i casi il recupero di una prescrizione dematerializzata controllerà i due valori contemporaneamente (condizione "and").

La presa in carico esclusiva è condizionata dal fatto che la ricetta sia ancora da erogare (STATO DEL PROCESSO = 3).

L'azione di visualizzazione esclusiva della ricetta da parte dell'erogatore avviene invocando il servizio con il tipo operazione 1 o 2 a seconda delle esigenze, dichiarando quale struttura sanitaria svolgerà l'erogazione, riservando in tal modo la ricetta in maniera esclusiva alla struttura specificata. La presa in carico eseguita con successo imposta lo STATO DEL PROCESSO = 5 "ricetta in corso di erogazione".

Nel caso in cui l'erogatore, dopo avere visualizzato elettronicamente la ricetta dematerializzata riservandosela esclusivamente, si accorga che l'erogazione non può essere da lui effettata, deve revocare tramite l'apposito tipo operazione (tipo operazione = 3) la ricetta che aveva visualizzato in maniera esclusiva, in modo che sia nuovamente disponibile agli altri erogatori: in tal caso la ricetta dematerializzata torna nello stato "ricetta da erogare" (STATO DEL PROCESSO = 3).

Nella situazione in cui la ricetta si trovi in corso di erogazione, ovvero nello STATO DEL PROCESSO = 5, solo l'erogatore che con la sua richiesta di visualizzazione e presa in carico esclusiva ha fatto sì che venisse impostato tale stato, può effettuare le operazioni possibili successivamente, valendo la regola che un unico erogatore tratta tutto il ciclo di erogazione.

Naturalmente una volta che un erogatore ha già preso in carico la ricetta, può comunque in seguito riutilizzare lo stesso servizio con lo scopo della sola visualizzazione dei dati (ossia la presa in carico avviene solo la prima volta che si utilizza il servizio).

Nel caso in cui l'erogatore sia impossibilitato a eseguire l'operazione di visualizzazione e presa in carico della ricetta in maniera informatica e successivamente a chiudere totalmente una erogazione, sia per malfunzionamenti del sistema oppure della sua apparecchiatura o ancora per altre cause indipendenti dalla sua volontà, deve erogare sulla base della ricetta presentata dall'assistito e deve trasmettere il prima possibile in maniera differita i dati dell'erogazione al ristabilirsi delle condizioni che glielo avevano impedito.

Il descrittore WSDL del servizio è demVisualizzaErogato.wsdl documentato in Allegato D al presente documento.

9.1.1. Il caso specifico del soggetto prenotatore

Per *prenotatore*, esemplificando i vari casi esistenti, si intende una struttura che nel momento del contatto con l'assistito è in grado di prenotare quanto prescritto nella ricetta di tipo specialistico presso diverse strutture di cui gestisce le agende.

In tal caso quanto spiegato prima, ossia effettuare in un'unica operazione la visualizzazione di una ricetta e la dichiarazione di quale struttura sanitaria svolgerà l'erogazione, non è più applicabile, in quanto ciò è valido solo per un erogatore che effettua tutte le operazioni per se stesso (ad esempio laboratorio o struttura indipendente dal punto di vista delle prenotazioni ed erogazioni).

Per tale motivo il prenotatore deve necessariamente:

dapprima avere la necessità di vedere il dato inserito dal medico prescrittore e prendere in carico esclusivamente la ricetta a livello di ASL/AO,

quindi prenotare quanto prescritto dal medico, lavorando sulle proprie agende

per ultimo comunicare al sistema il codice della struttura di erogazione prescelta tra quelle disponibili, di cui la ricetta diventerà di proprietà esclusiva.

Per tale motivo il prenotatore deve utilizzare in prima battuta il servizio impostando nella request del servizio il tipo operazione **5**(e **non 1 o 2**come nel caso precedente) indicando:

codiceRegioneErogatore: il dato è obbligatorio e va impostato al valore "070";

codiceAslErogatore: La ricetta viene presa in carico esclusivamente a livello di ASL/AO, **bloccandone l'accesso** a qualsiasi altra ASL/AO della regione;

codiceSsaErogatore: il dato non deve mai essere impostato in tale fase, perché ancora non conosciuto, ma lo sarà solo quando si arriva alla fase 3 sopra descritta, ossia successiva alla prenotazione. Quindi il dato va impostato sempre a 000000.

Solo quando il sistema prenotatore è in grado di comunicare al sistema il *codiceSsaErogatore*, effettuerà una nuova chiamata dello stesso servizio con il tipo operazione **1 o 2**, a seconda delle esigenze, impostando in questo caso sia il *codiceRegioneErogatore*, sia il *codiceAslErogatore*, sia il *codiceSsaErogatore* e riservando in tal modo la ricetta in maniera esclusiva alla struttura specificata, ponendola in STATO DI PROCESSO = 5 (ricetta in corso di erogazione).

Chiaramente, se alla prima chiamata con tipo operazione 5 non è possibile fare seguire la chiamata con tipo operazione 1 o 2 con l'indicazione del codice struttura di erogazione (ad esempio l'assistito rinuncia a tutte le proposte fattegli), la ricetta deve essere di nuovo resa visibile a tutti gli erogatori,impostando il tipo operazione 3 e di conseguenza lo STATO DI PROCESSO = 3.

9.1.2. Formato del messaggio: il messaggio di request

La descrizione degli elementi costitutivi del messaggio di visualizzazione e presa in carico è definita dallo schema VisualizzaErogatoRichiesta.xsd

9.1.3. Formato del messaggio: il messaggio di response

Per ogni richiesta, il sistema risponde con un messaggio di tipo VisualizzaErogatoRicevuta, contenente l'esito della trasmissione.

Il formato dell'elemento VisualizzaErogatoRicevuta in caso di corretta ricezione è definito dallo schema VisualizzaErogatoRicevuta.xsd

9.2. Servizio di chiusura dell'erogato della ricetta elettronica

Il servizio permette alle strutture di erogazione di trasmettere elettronicamente le informazioni inerenti alla chiusura dell'erogazione delle ricette dematerializzate registrate dai medici prescrittori, preventivamente visualizzate e prese da loro stesse in carico in maniera esclusiva(STATO DI PROCESSO=5).

La presa in carico di una ricetta e la chiusura parziale o totale dell'erogazione devono essere effettuate dallo stesso soggetto erogatore.

Di seguito viene riportato uno specchietto riepilogativo di come può essere trattata una ricetta dematerializzata già presa in carico da un erogatore (STATO DI PROCESSO=5):

AZIONI SULLA RICETTA GIA' PRESA IN CARICO	**TIPO OPERAZIONE**
EROGAZIONE TOTALE: tutte le prescrizioni / prestazioni specialistiche contenute in ricetta vengono erogate in un unico momento temporale e la ricetta deve considerarsi completamente erogata. Es: prescr 1: erogata il 01/01. prescr 2: erogata il 01/01→ ricetta completamente erogata	1
EROGAZIONE PARZIALE: solo parte delle prescrizioni / prestazioni specialistiche contenute in ricetta vengono erogate, ma la ricetta deve considerarsi completamente erogata. L'azione avviene in un unico momento temporale, solitamente per volontà dell'assistito che decide di non usufruire di tutto ciò che il medico ha prescritto. Es: prescr 1: erogata il 01/01. prescr 2: non erogata → ricetta completamente erogata	3
EROGAZIONE SINGOLA: le prescrizioni contenute nella ricetta vengono erogate singolarmente in momenti temporali diversi (giorni diversi o momenti diversi della stessa giornata). La ricetta si considera completamente erogata, a seguito di aposita comunicazione, quando tutte o parte di esse sono state erogate. <u>Tale caso è applicabile unicamente alle prescizioni farmaceutiche e non alle specialistiche</u>, che devono essere trasmesse solo al termine delle erogazioni Es: prescr 1: erogata il 01/01. prescr 2: erogata il 02/01. alle ore 10 prescr 3: erogata il 02/01. alle ore 19 → ricetta completamente erogata oppure prescr 1: erogata il 01/01. prescr 2: erogata il 02/01. prescr 3: non erogata → ricetta completamente erogata	2 (per le singole erogazioni) 6 (per i dati finali di chiusura erogazione)

Al termine di queste operazioni, ossia quando risulta completamente lavorata, la ricetta passa allo STATO DI PROCESSO 8 "ricetta erogata".

La ricetta dematerializzata, se non dovesse essere erogata contestualmente alla presa in carico in maniera esclusiva deve essere sospesa: l'argomento è trattato nell'apposito paragrafo, in quanto oggetto di un apposito servizio.

Per l'erogazione singola, ossia l'erogazione di ogni prescrizione / prestazione specialistica della stessa ricetta in momenti temporali diversi, i tipi di operazione da utilizzare in sequenza sono:

2 per le prescrizioni / prestazioni specialistiche presenti in ricetta che si vogliono erogare singolarmente. In un unico invio possono essere trasmessi i dati anche di più prescrizioni / prestazioni specialistiche: la ricetta passa allo STATO DI PROCESSO 7 "erogazione singola prescrizione"

6 per comunicare i dati finali comuni a tutta la ricetta per la chiusura completa della stessa, una volta comunicate le erogazioni singole: la ricetta passa allo STATO DI PROCESSO 8 "ricetta erogata".

ATTENZIONE: per poter utilizzare il tipo operazione 6, è necessario che almeno una delle prescrizioni / prestazioni specialistiche sia stata erogata in maniera singola (tipo operazione 2), ma non è necessario che lo siano state tutte. L'assistito infatti potrebbe decidere, dopo una erogazione singola, di non volere più erogate le altre prescrizioni / prestazioni specialistiche presenti in ricetta, che può quindi considerarsi completamente erogata grazie all'utilizzo del tipo operazione 6.

L'erogazione singola è obbligatoria per le ricette farmaceutiche i cui farmaci sono erogati in momenti temporali diversi (anche all'interno della stessa giornata), in quanto l'indicazione del codice targatura deve essere trasmesso contestualmente alla vendita della confezione.

Di seguito vengono indicati quali dati inviare a fronte dei due tipi operazione (attenersi strettamente a tale lista senza inviare altri dati anche se a zero):

TIPO OPERAZIONE	**DATI DA INVIARE**
2 (i dati devono essere ripetuti per ogni erogazione singola di una prescrizione / prestazione specialistica della ricetta)	PinCode CodiceRegioneErogatore CodiceAslErogatore CodiceSsaErogatore CfAssistito DataSpedizione (coincide con maxDataFineErog) TipoOperazione (vale 2) Pwd (opzionale) NRE + Tutti i dati della singola prescrizione (anche ripetuti per più di una di esse) secondo le regole esposte di seguito
6 (i dati devono essere inviati solo una volta quando le erogazioni singole si considerano concluse e si vuole chiudere anche la ricetta)	PinCode CodiceRegioneErogatore CodiceAslErogatore CodiceSsaErogatore CfAssistito DataSpedizione TipoOperazione (vale 6) Pwd (opzionale) NRE DispRic1 (opzionale) DispRic2 (opz) DispRic3 (opz) GalDirChiamAltro (>= 0) Ticket (>= 0)

Al momento dell'erogazione e, di conseguenza, dell'invio dei dati:

nel caso di farmaci, la struttura di erogazione trasmette, tra l'altro, il numero identificativo della confezione apposto sulla fustella del farmaco venduto (targa), di cui al Decreto del Ministro della salute 2 agosto 2001 e s.m.i, oltre ai dati contabili derivanti dalla vendita;

nel caso di prestazioni specialistiche, la struttura di erogazione trasmette, tra l'altro, il codice della prestazione erogata, oltre ai dati contabili derivanti dall'erogazione. Dichiara inoltre, tramite la valorizzazione di un apposito campo, che l'assistito attesta di avere fruito della prestazione specialistica.

Come già accennato nel paragrafo precedente, nel caso in cui l'erogatore sia impossibilitato a eseguire l'operazione di visualizzazione e presa in carico della ricetta in maniera informatica e successivamente a chiudere totalmente una erogazione, sia per malfunzionamenti del sistema oppure della sua apparecchiatura o ancora per altre cause indipendenti dalla sua volontà, deve erogare sulla base del promemoria presentato dall'assistito e deve trasmettere il prima possibile in maniera differita i dati dell'erogazione informaticamente al ristabilirsi delle condizioni che glielo avevano impedito.

Dovrà essere utilizzato il web service di cui si tratta in questo paragrafo, utilizzando uno dei tipi operazione:

4: erogazione totale della ricetta in maniera differita

5: erogazione totale della ricetta nonostante l'erogazione di una sola parte delle prescrizioni /prestazioni specialistiche in essa contenute in maniera differita

Il descrittore WSDL del servizio è demInvioErogato.wsdl documentato in Allegato E al presente documento.

9.2.1. Formato del messaggio: il messaggio di request

La descrizione degli elementi costitutivi del messaggio di invio comunicazione di chiusura erogazione è definita dallo schema InvioErogatoRichiesta.xsd

9.2.2. Formato del messaggio: il messaggio di response

Per ogni richiesta, il sistema risponde con un messaggio di tipo InvioErogatoRicevuta,, contenente l'esito della trasmissione.

Il formato dell'elemento InvioErogatoRicevuta in caso di corretta ricezione è definito dallo schema InvioErogatoRicevuta.xsd.

Nota: il campo *progrPresc* indica il progressivo di ogni singola prescrizione/prestazione specialistica presente in una ricetta dematerializzata, secondo l'ordine con cui ognuna è stata scritta nel file XML inviato in fase di chiusura erogazione.

Ha lo scopo di fornire all'inviante l'indicazione di quale riga consultare nel caso vengano rilevati errori o avvisi.

Si fa presente che il progressivo ha particolare valore per le prescrizioni farmaceutiche, in quanto una quantità di prodotto prescritto dal medico che sia maggiore di 1 (ad esempio 2 confezioni) deve essere necessariamente suddivisa in tante righe separate per permettere, in fase di erogazione, l'inserimento dello specifico codice di targatura presente in fustella a fronte di ogni confezione venduta.

Per le prestazioni specialistiche invece il progressivo viene impostato per ogni prestazione prescritta, indipendentemente dalla quantità.

9.3. Servizio di sospensione della ricetta elettronica

Il servizio permette alle strutture di erogazione dei servizi sanitari, di sospendere l'erogazione di una ricetta dematerializzata.

Tale operazione, che può avvenire solo dopo che la ricetta dematerializzata è stata presa in carico in maniera esclusiva da parte di una struttura di erogazione (STATO DI PROCESSO=5), serve a comunicare che la chiusura erogazione non avviene contestualmente alla presa in carico della ricetta: un esempio tipico è la mancanza di disponibilità dei farmaci, che devono essere ordinati.

Ad una ricetta sospesa (STATO DI PROCESSO=6) può seguire una erogazione totale o una erogazione parziale, ma anche più erogazioni singole (per le spiegazioni di tali termini si veda l'apposito specchietto nel capitolo precedente).

Si fa presente che se una ricetta con più prescrizioni viene erogata già inizialmente con una erogazione singola a cui ne seguiranno altre in momenti successivi, non c'è bisogno di una sospensione preventiva (che comunque non è inibita dal sistema), in quanto una erogazione singola include già in sé il concetto di sospensione, quindi di erogazione dilazionata nel tempo.

Riepilogando:

la ricetta verrà erogata ALMENO a partire dal giorno successivo alla presa in carico sospensione e successiva erogazione (totale, parziale, singola)

la ricetta verrà erogata non tutta nel giorno di presa in carico, ma la prima erogazione avviene nello stesso giorno della presa in carico → erogazioni singole, senza sospensione preventiva

Se dopo avere sospeso una ricetta dematerializzata l'erogazione totale o l'erogazione parziale non può comunque essere effettuata per svariati motivi, l'erogatore deve effettuare una revoca alla sospensione, riportando la ricetta allo STATO DI PROCESSO = 3 (ricetta da erogare).

La sospensione ha un valore aggiunto per le ricette dematerializzate contenenti prescrizioni farmaceutiche, non per quelle con prestazioni specialistiche: quest'ultime infatti, proprio per i tempi lunghi con cui possono essere erogate dovuti soprattutto ai tempi di attesa successivi alla prenotazione, devono essere chiuse solo al termine dell'erogazione delle prestazioni.

Per le ricette farmaceutiche invece l'erogazione dilazionata nel tempo si ha solo in casi specifici e ad ogni vendita deve essere comunicato il codice targatura.

Il descrittore WSDL del servizio è demSospendiErogato.wsdl documentato in Allegato F al presente documento.

9.3.1. Formato del messaggio: il messaggio di request

La descrizione degli elementi costitutivi del messaggio di invio comunicazione di chiusura erogazione è definita dallo schema SospendiErogatoRichiesta.xsd

9.3.2. Formato del messaggio: il messaggio di response

Per ogni richiesta, il sistema risponde con un messaggio di tipo SospendiErogatoRicevuta,, contenente l'esito della trasmissione.

Il formato dell'elemento SospendiErogatoRicevuta in caso di corretta ricezione è definito dallo schema SospendiErogatoRicevuta.xsd.

9.4. Servizio di annullamento dell'erogato della ricetta elettronica

Nel caso in cui l'erogatore si accorga di avere commesso errori nella trasmissione dei dati di una ricetta dematerializzata che è stata erogata (STATO DI PROCESSO=8), può comunicare al sistema che intende annullare quanto inserito e inviare nuovamente i dati corretti con gli appositi web services.

Il servizio di annullamento ha tre scopi grazie a diversi tipi operazione:

tipo operazione 1: riservato ai farmacisti (e quindi non applicato al SAL) - permette di comunicare al sistema che una targa di una confezione farmaceutica precedentemente trasmessa deve essere annullata e di inviarne successivamente una nuova con gli appositi web services; i farmacisti che oltre ad un cambio di targa dovessero comunicare anche variazione di altri dati dell'erogato possono utilizzare tale tipo operazione;

tipo operazione 2: per erogatori farmaceutici e specialistici - permette di comunicare al sistema che qualsiasi altro dato al di fuori della targa precedentemente trasmesso deve essere annullato e comunicato successivamente con gli appositi web services

tipo operazione 3: per erogatori farmaceutici e specialistici - permette di comunicare al sistema che la ricetta non solo deve esser annullata, ma deve anche essere revocata dalla proprietà esclusiva dell'erogatore che l'aveva erogata completamente. In tal modo torna ad essere disponibile a tutti gli erogatori del settore.

Quindi a seguito di un annullamento, la ricetta dematerializzata già erogata viene storicizzata, mentre con lo stesso NRE la ricetta:

torna allo STATO DI PROCESSO=5, se si usa il codAnnullamento 1 oppure 2, che NON REVOCA la presa in carico da parte dell'erogatore,

torna allo STATO DI PROCESSO=3, se si usa il codAnnullamento 3, che REVOCA la presa in carico da parte dell'erogatore.

Nel caso di utilizzo dei valori di codAnnullamento 1 oppure 2, ossia senza revoca della presa in carico della ricetta che rimane di proprietà dello stesso erogatore che l'aveva erogata, la nuova erogazione avviene grazie all'utilizzo dell'apposito "Servizio per la comunicazione di chiusura dell'erogazione di una ricetta dematerializzata" e lo STATO DI PROCESSO che viene assegnato ad una erogazione successiva ad un annullamento è 9: il significato di 9 è lo stesso del valore 8 (ricetta erogata), ma serve a far capire immediatamente all'utilizzatore del servizio che esiste una storia pregressa della ricetta con lo stesso NRE.

Si fa notare che a seguito dell'utilizzo del codAnnullamento 1 oppure 2, ossiasenza revoca della presa in carico della ricetta, la data di erogazione dellaricetta impostata nella prima chiusura NON PUO' ESSERE MODIFICATA a seguito della variazione, ma solo confermata.

Lo scopo di tali motivazioni infatti è correggere dati inseriti e non quando è avvenuta l'erogazione.

Con l'utilizzo del codAnnullamento 3 invece, quindi con revoca della presa in carico della ricetta che torna allo STATO DI PROCESSO=3, la data di erogazione può essere modificata rispetto a quella della prima chiusura e deve essere coerente con la nuova data di presa in carico.

La ricetta nuovamente erogata a seguito di un annullamento (STATO DI PROCESSO=9) può essere visualizzata con il consueto servizio "Servizio di visualizzazione e presa in carico esclusiva della ricetta dematerializzata".

Il descrittore WSDL del servizio è demAnnullaErogato.wsdl documentato in Allegato G al presente documento.

9.4.1. Formato del messaggio: il messaggio di request

La descrizione degli elementi costitutivi del messaggio di invio comunicazione di chiusura erogazione è definita dallo schema AnnullaErogatoRichiesta.xsd

9.4.2. Formato del messaggio: il messaggio di response

Per ogni richiesta, il sistema risponde con un messaggio di tipo AnnullaErogatoRicevuta,, contenente l'esito della trasmissione.

Il formato dell'elemento AnnullaErogatoRicevutain caso di corretta ricezione è definito dallo schema AnnullaErogatoRicevuta.xsd.