



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015  
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi  
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta

**Dr. Joseph Polimeni**

Il Sub Commissario ad Acta

**Dr. Claudio D'Amario**

**DECRETO n. 18 del 09/03/2017**

**Oggetto:** DCA n. 156 del 21.11.2016, ad oggetto: *PACC 14.75.1 "Iniezioni intravitreali per terapia antiangiogenetica". Approvazione. Rettifiche ed integrazioni.*

**PREMESSO**

- a) che la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b) che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*;
- c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- e) che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

**VISTI**

- a) gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015;



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015  
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi  
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta

**Dr. Joseph Polimeni**

Il Sub Commissario ad Acta

**Dr. Claudio D'Amario**

- b) i commi nn. 569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*" con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che "*La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento*";
- c) la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R della Campania e con il quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;

VISTO il decreto commissariale n. 156 del 21.11.2016 ad oggetto: *PACC 14.75.1 "Iniezioni intravitreali per terapia antiangiogenetica". Approvazione;*

PRESO ATTO delle richieste di chiarimento pervenute;

VISTA l'istruttoria prodotta dagli Uffici Regionali;

CONSIDERATO che:

- a) occorre integrare l'elenco delle patologie collegate al PACC 14.75.1 e dei farmaci utilizzabili;
- b) chiarire quali sono le indagini diagnostiche previste, le modalità di accesso, i flussi informativi specifici e la rendicontazione del farmaco tramite File F;

RITENUTO necessario provvedere a rettificare ed integrare il decreto commissariale n. 156 del 21.11.2016, come segue:

- a) di approvare gli allegati **n. 1** - PACC 14751 "*Iniezioni intravitreali di sostanze terapeutiche*", che sostituisce l'allegato al decreto commissariale n. 156 del 21.11.2016 –, e **n. 2** "*Specifiche tecniche*",
- b) di chiarire che:
  - i. il costo del farmaco, qualora non incluso nella tariffa, non potrà essere superiore al prezzo corrente di acquisto vigente sulla Piattaforma SO.RE.SA. S.p.A. relativa agli acquisti centralizzati per la Campania, comprensivo di IVA;
  - ii. il rimborso del farmaci tramite File F è al 100% del costo del farmaco effettivamente sostenuto (ovvero, al netto delle rinegoziazioni a cui sono sottoposti i farmaci a monitoraggio AIFA), sia per le strutture pubbliche che per i privati accreditati, i quali dovranno rendicontare la spesa alla Regione e alla propria ASL di competenza territoriale;
  - iii. per i farmaci per i quali è previsto il monitoraggio AIFA dei farmaci oftalmici, l'accesso al File F ed il conseguente rimborso, sono vincolati al rispetto delle procedure AIFA da parte dell'erogatore sia pubblico che privato accreditato;
  - iv. I medici oculisti che eseguono i PACC per la Terapia Intravitreale sono da considerare esclusivamente per tali attività anche "Prescrittori" e pertanto gli stessi dovranno richiedere alla Regione Campania, attraverso le Direzioni delle strutture di appartenenza



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015  
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi  
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta

**Dr. Joseph Polimeni**

Il Sub Commissario ad Acta

**Dr. Claudio D'Amario**

- l'abilitazione all'utilizzo della piattaforma web per l'inserimento dei dati dei farmaci soggetti a monitoraggio nei Registri AIFA;
- v. le indagini diagnostiche da considerare nel PACC, sono esclusivamente quelle incluse nei LEA finalizzate all'iniezione intravitreale;
  - vi. Il PACC terapeutico può comprendere diversi accessi, a seconda del Programma Assistenziale specifico per il singolo paziente. La prescrizione si riferisce ad un periodo temporale della durata massima di 12 mesi, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche riportate nella scheda tecnica del farmaco utilizzato. Il numero di accessi massimo è di 10 per PACC;
  - vii. il processo prescrittivo / erogativo deve essere rilevato in conformità alle specifiche di cui all'allegato 2, nonché attraverso la piattaforma SANIARP;
- c) di modificare il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio di cui al Decreto Commissariale n. 32 del 27.03.2013, pubblicato sul BURC del 2/4/2013, integrandolo con i codici, le prestazioni e le tariffe dei Pacchetti come riportati negli allegati al presente decreto;
  - d) di integrare il Catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale approvato con DGRC 431/2015 con i codici, le prestazioni e la tariffa del PACC riportati negli Allegati al presente decreto, da utilizzare obbligatoriamente a partire dal 1° aprile 2017;
  - e) di stabilire che la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale definisca i criteri di appropriatezza delle prestazioni in oggetto ed i relativi criteri e modalità di monitoraggio;
  - f) di incaricare il Referente art. 50 L.326/2003 della Regione Campania la trasmissione del presente atto alla Sogei, al fine di renderlo operativo nelle ricette dematerializzate e nel Sistema TS, e alla So.Re.Sa. SpA per effettuare i necessari adeguamenti attraverso i web service come richiesto dalla Sogei;

## DECRETA

Per le quanto espresso in narrativa che si intende integralmente approvato,

1.di **RETTIFICARE** ed **INTEGRARE** il DCA n. 156 del 21.11.2016, come segue:

2.di **APPROVARE** gli allegati **n. 1** - PACC 14751 "*Iniezioni intravitreali di sostanze terapeutiche*", che sostituisce l'allegato al decreto commissariale n. 156 del 21.11.2016 -, e **n. 2** "*Specifiche tecniche*", costituenti parti integrali e sostanziali del presente provvedimento;

3.di **CHIARIRE** che:

- i. il costo del farmaco, qualora non incluso nella tariffa, non potrà essere superiore al prezzo corrente di acquisto vigente sulla Piattaforma SO.RE.SA. S.p.A. relativa agli acquisti centralizzati per la Campania, comprensivo di IVA;
- ii. il rimborso del farmaci tramite File F è al 100% del costo del farmaco effettivamente sostenuto (ovvero, al netto delle rinegoziazioni a cui sono sottoposti i farmaci a monitoraggio AIFA), sia per le strutture pubbliche che per i privati accreditati, i quali dovranno rendicontare la spesa alla propria ASL di competenza territoriale;



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015  
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi  
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta

**Dr. Joseph Polimeni**

Il Sub Commissario ad Acta

**Dr. Claudio D'Amario**

- iii. per i farmaci per i quali è previsto il monitoraggio AIFA dei farmaci oftalmici, l'accesso al File F ed il conseguente rimborso, sono vincolati al rispetto delle procedure AIFA da parte dell'erogatore sia pubblico che privato accreditato;
- iv. I medici oculisti che eseguono i PACC per la Terapia Intravitreale sono da considerare esclusivamente per tali attività anche "Prescrittori" e pertanto gli stessi dovranno richiedere alla Regione Campania, attraverso le Direzioni delle strutture di appartenenza l'abilitazione all'utilizzo della piattaforma web per l'inserimento dei dati dei farmaci soggetti a monitoraggio nei Registri AIFA;
- v. le indagine diagnostiche da considerare nel PACC, sono esclusivamente quelle incluse nei LEA finalizzate all'iniezione intravitreale;
- vi. Il PACC terapeutico può comprendere diversi accessi, a seconda del Programma Assistenziale specifico per il singolo paziente. La prescrizione si riferisce ad un periodo temporale della durata massima di 12 mesi, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche riportate nella scheda tecnica del farmaco utilizzato. Il numero di accessi massimo è di 10 per PACC.
- vii. il processo prescrittivo / erogativo deve essere rilevato in conformità alle specifiche di cui all'allegato 2, nonché attraverso la piattaforma SANIARP;

4.di **MODIFICARE** il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio di cui al Decreto Commissariale n. 32 del 27.03.2013, pubblicato sul BURC n. del 2/4/2013, integrandolo con i codici, le prestazioni e le tariffe dei Pacchetti come riportati negli allegati al presente decreto;

5.di **INTEGRARE** il Catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale approvato con DGRC 431/2015 con i codici, le prestazioni e la tariffa del PACC riportati negli Allegati al presente decreto, da utilizzare obbligatoriamente a partire dal 1° aprile 2017;

6.di **STABILIRE** che la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale definisca i criteri di appropriatezza della prestazione in oggetto ed i relativi criteri e modalità di monitoraggio,

7.di **INCARICARE** il Referente art. 50 L.326/2003 della Regione Campania di trasmettere il presente atto alla Sogei, al fine di renderlo operativo nelle ricette dematerializzate e nel Sistema TS, e la So.Re.Sa. SpA di effettuare i necessari adeguamenti attraverso i web service come richiesto dalla Sogei;

8.di **TRASMETTERE** il presente decreto alle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS Fondazione Pascale, al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, all'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e Socio Sanitario, a So.Re.Sa. S.p.A., al BURC per la pubblicazione.

Il Sub Commissario ad acta  
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta  
Dott. Joseph Polimeni

## ALLEGATO n. 1

**PACC Iniezioni intravitreali di sostanze terapeutiche**

Le patologie afferenti hanno la seguente codifica:

- 362.50 degenerazione maculare (senile) della retina non specificata;
- 362.52 degenerazione maculare essudative della retina;
- 362.07 edema maculare diabetico;
- 365.63 glaucoma associato ad affezioni vascolari;
- 362.35 occlusione della vena centrale della retina;
- 362.36 occlusione venosa tributaria della retina;
- 362.37 ingorgo venoso della retina;
- 362.54 foro maculare;
- 364.00 iridocicliti acute;
- 364.10 iridocicliti croniche non specificate;
- 364.11 iridocicliti croniche specificate.

Il DRG interessato è il 42 < *interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina iride e cristallino* >, con tariffe pari a € 1.641 per ricovero ordinario, ed € 1.522 per ricoveri con durata di degenza 0 – 1 giorno e day hospital.

Di frequente si riscontra anche il DRG 36 < *interventi sulla retina* >, consecutivo all'uso della procedura 14.29 < *altro trattamento di lesione corio-retinica* >, con le seguenti tariffe: € 1.549 per ricovero ordinario; € 1.491 per ricoveri con durata di degenza 0 – 1 giorno e day hospital.

In accordo con la S.O.I., si stabilisce di utilizzare il codice di procedura 14.75.1.

Per entrambe le procedure e i DRG, il PACC è il **P14751 INIEZIONI INTRAVITREALI di sostanze terapeutiche**, con le seguenti specifiche:

Per la terapia della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD), dell'edema maculare diabetico (DME), delle neovascolarizzazioni coroideali (CNV) legate alla miopia patologica, dell'edema maculare secondario a patologie oculari e/o sistemiche e delle trazioni vitreo maculari, è costituito da un percorso articolato diagnostico-terapeutico per la patologia da trattare indipendentemente dal farmaco da utilizzare.

Su giudizio dello specialista documentato nella cartella clinica ambulatoriale, nel rispetto dell'appropriatezza, è possibile ripetere la terapia fino al miglioramento della visione o all'assenza di segni di attività della patologia.

Ai fini della scelta del medicinale da utilizzare, si fa rinvio al DCA 70 / 2013 secondo cui: *"i farmaci utilizzabili in terapia intravitreale vanno utilizzati privilegiando il miglior rapporto costo –benefici per la specifica indicazione"*.

Per costo-beneficio si intende il costo della terapia utilizzando le indicazioni e lo schema posologico degli studi registrati RCP

**PACC P14751**

Descrizione	Tariffa	Annotazioni	Branche
Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	La prestazione è un pacchetto comprendente: <ul style="list-style-type: none"><li>➤ l'esecuzione dell'intervento con l'inoculazione del farmaco (che è rimborsato a parte con la procedura del file F);</li><li>➤ visita preoperatoria;</li><li>➤ esami finalizzati all'esecuzione dell'intervento, su valutazione del medico clinico;</li><li>➤ visita oculistica post-chirurgica, nel rispetto dei requisiti di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, a garanzia del paziente.</li></ul>		OC

Per la remunerazione del PACC **P14751**, per singolo accesso, viene stabilita in € 115 la tariffa delle sole prestazioni sanitarie. Viene inoltre, stabilito il rimborso a parte del farmaco attraverso la procedura del File F. Nella compilazione del File F, la struttura somministrante, può, a scelta:

- i. documentare il farmaco utilizzato, conseguendo il rimborso del costo effettivamente sopportato;
- ii. indicare "forfait BEVACIZUMAB", con il rimborso forfettario di € 50.

La tariffa si riferisce all'insieme delle prestazioni finalizzate alla somministrazione di un singolo trattamento terapeutico.

La prescrizione SSN, per singolo intervento, deve riportare il codice ICD9-CM relativa alla patologia da trattare nel rispetto delle indicazioni terapeutiche riportate nella scheda tecnica del farmaco utilizzato, nonché il codice della prestazione rilevato dal Nomenclatore e dal Catalogo regionale per la specialistica ambulatoriale (V. **Allegato n.2**).

Per ogni PACC è previsto il pagamento delle compartecipazioni secondo la vigente normativa statale e regionale.

Il PACC terapeutico può comprendere diversi accessi, a seconda del Programma Assistenziale specifico per il singolo paziente.

La prescrizione si riferisce ad un periodo temporale della durata massima di 12 mesi, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche riportate nella scheda tecnica del farmaco utilizzato.

Il numero di accessi massimo è di 10 per PACC.

L'intero trattamento va documentato nella cartella clinica ambulatoriale.

La prenotazione del PACC deve avvenire attraverso il CUP o i centri di prenotazione che hanno preventivamente predisposto per ogni PACC specifiche agende distinte da quella dell'attività ambulatoriale ordinaria.

L'intero trattamento va effettuato, applicando, per quanto compatibili, le linee guida per l'attuazione del day service e dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) di cui all'allegato 3 del DCA n°17 del 20.03.14.

## ALLEGATO n. 2

## FLUSSI INFORMATIVI: SPECIFICHE TECNICHE

## Prestazioni di Specialistica ambulatoriale

Le attività eseguite in day service devono essere monitorate al fine di verificare la corretta applicazione delle indicazioni regionali nonché di verificare i contenuti assistenziali e la capacità del day service di costituire un modello alternativo al day hospital.

Per l'erogazione dei PACC le Case di Cura devono essere identificate attraverso il codice STS 11, ai sensi della Circolare del Sub Commissario ad acta n° 3020/C del 04.08.2015. Le case di cura accreditate non ancora in possesso del codice STS 11 identificativo per l'erogazione dei PACC, debbano richiederlo con le modalità previste dalla precitata Circolare.

I flussi informativi nazionali che veicolano le informazioni dei PACC sono quelli della ricetta dematerializzata delle prestazioni ambulatoriali di cui al DM 2 novembre 2011, introdotta in Campania con DGRC n° 329 del 06/07/2016 e DCA n°82 del 22/07/2016. Si sottolinea che in attesa di ulteriori disposizioni da parte del MEF, le ricette dematerializzate dovranno essere obbligatoriamente inviate anche con il flusso XML (art. 50 comma 5 L.326/2003 e s.m.i.).

In ambito regionale, il flusso informativo è quello del file C da trasmettere in un File C separato rispetto alle altre attività di assistenza specialistica che eventualmente la struttura già eroga. Per quanto riguarda i tracciati e le specifiche tecniche si rimanda ai documenti del Sistema TS relativi alla specialistica ambulatoriale ed al documento nota So.Re.Sa. n° R158/16-0013451 del 03/10/16.

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva con i nuovi codici del Nomenclatore e del Catalogo regionale per la Specialistica ambulatoriale, modificati per renderli congruenti con le tariffe della Terapia intravitreale:

DRG	mdc	tipo drg	Procedura principale	Codice Nomenclatore PACC	Codice Catalogo regionale	Descrizione	Tariffe dei PACC	Nota	Branca
36/42	2	C	14.75	P14751	P14751.001	INIEZIONI INTRAVITREALI DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - OCCHIO DX	€ 115,00 per singolo trattamento (il costo del farmaco è rimborsato extra PACC attraverso le procedure del File F)	H	26
36/42	2	C	14.75	P14751	P14751.002	INIEZIONI INTRAVITREALI DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - OCCHIO SX	€ 115,00 per singolo trattamento (il costo del farmaco è rimborsato extra PACC attraverso le procedure del File F)	H	26

Si riporta in allegato il tracciato del File C – Canale PACC.



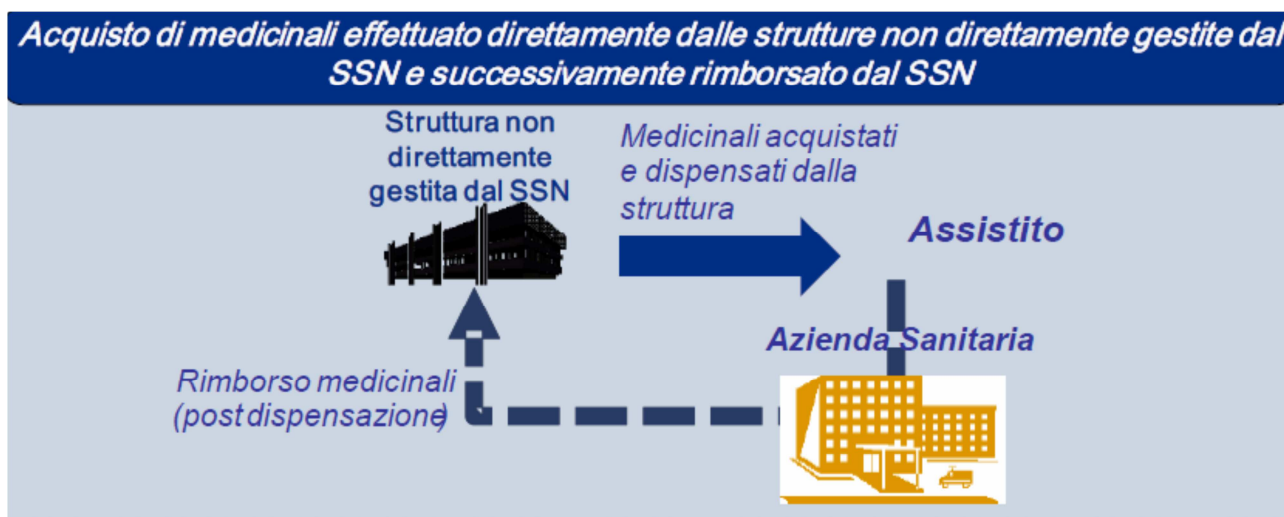
## Prestazioni farmaceutiche – File F

La rilevazione dei farmaci attraverso il Flusso del File F è stata nel tempo adeguata a varie normative sia di livello nazionale che regionale.

Il Ministero della Salute rileva, a partire da gennaio 2014, i medicinali acquistati direttamente dalle strutture private accreditate e successivamente rimborsati, in quanto costituiscono un'altra voce di spesa a carico del SSN, utile per la verifica di coerenza con la voce del modello CE: B.2.A.9 Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F (da privato).

Per l'acquisto di medicinali effettuato da strutture non direttamente gestite dal SSN e successivamente rimborsato dal SSN, la regola di alimentazione è la seguente:

- campo "Codice Azienda Sanitaria Erogante" → codice della Azienda Sanitaria pubblica che ha provveduto al rimborso dei medicinali e che ne rileva il costo nel proprio CE. Nel caso di rimborso effettuato direttamente dalla Regione è possibile valorizzare questo campo con il codice Regione seguito da tre zeri (es: 120000);
- campo "Codice Struttura Erogante" → codice della struttura non direttamente gestita dal SSN che ha provveduto all'acquisto del medicinale soggetto a successivo rimborso da parte del SSN.



Pertanto i farmaci da rendicontare nel file F andranno inseriti nel File F – sia Canale D che E, quando somministrati in una Struttura pubblica, mentre andranno inseriti nel File F – Canale R, quando somministrati in una Struttura privata accreditata. Il rispetto della suddetta regola di alimentazione permetterà di distinguere in modo non ambiguo la natura della spesa sostenuta dal SSN.

## Scadenze – Accesso alla Piattaforma Regionale – Profilazione dei Referenti

In linea generale, i file devono contenere le dispensazioni/erogazioni di un singolo mese.

I file di Distribuzione Diretta devono pervenire al Ministero sul portale NSIS con la tempistica prevista e cioè entro l'ultimo giorno del secondo mese successivo a quello di riferimento. E' necessario pertanto di garantire la trasmissione sulla Piattaforma Regionale entro il 10 del secondo mese successivo a quello di riferimento (Es: *Periodo di rilevazione: 01/01/17 – 31/01/17* → *termine per la trasmissione: 10/03/17*).

Si dispone la seguente procedura per la trasmissione e validazione dei file:

- All'inizio del mese successivo alle dispensazioni, le Case di Cura comunicano l'elenco di farmaci (AIC) utilizzati alle AA.SS.LL. di competenza che, entro 7 giorni, forniscono i prezzi di riferimento.



- La Casa di Cura, dopo le opportune elaborazioni, trasmette il file sulla Piattaforma Regionale e dopo averne verificato l'invio con esito positivo (icona verde), trasmette immediatamente una mail (*mail di avvenuto invio*) alla ASL di competenza ed alla So.Re.Sa.
- La ASL nel più breve tempo possibile (in ogni caso entro 3 giorni) dal ricevimento della mail precedente invia una mail (*mail di nulla osta alla trasmissione al Ministero della Salute*) alla So.Re.Sa. ed alla Casa di Cura di competenza.

Prima dell'avvio dovranno essere rilasciate le credenziali di accesso per i soggetti abilitati alle trasmissioni dei file.

Si richiede ai Responsabili delle Strutture private di individuare i referenti per le trasmissioni e di comunicarle i nominativi ed i recapiti alla UOD 08 della Regione Campania ed al Referente regionale del Flusso NSIS della Distribuzione Diretta.

Si riporta in allegato il tracciato record dei File F1 ed F2 con le principali regole di alimentazione del File F per le Strutture private accreditate, rimandando ai Servizi Farmaceutici delle AA.SS.LL. per ulteriori chiarimenti.

DESCRIZIONE CAMPO	TIPO	LUNG.	DA POSIZ.	A POSIZ.	CODICE	NOTE	
Regione addebitante	AN	3	1	3	OBB	Indicare sempre il valore "150"	
Az. ASL/Az. Ospedaliera inviante	AN	3	4	6	OBB	Codice Regionale dell'Azienda Sanitaria O Azienda Ospedaliera Inviante: Codice da modelli FLS11 per le A.S.L. (201-207); Codice da modelli HSP11 per le A.O. (901-912);	
Codice struttura erogatrice	AN	6	7	12	OBB	Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione: modello STS11 o HSP11	
Codice stabilimento	AN	2	13	14	NV	Valori desunti dai Flussi HSP11Bis ivi indicati come Sub-Codice;	
Tipologia Struttura	N	1	15	15	OBB	Valorizzare con: 1=Struttura pubblica 2=Struttura convenzionata 3=Struttura comunale 4=Struttura non accreditata	
Distretto di appartenenza della struttura erogatrice	AN	5	16	20	OBB	Codice del Distretto di appartenenza: Per le strutture accreditate utilizzare i valori della tabella DISC/4 Per le Aziende Ospedaliere inserire "00000"	
Codice Medico Induttore	AN	8	21	28	NV	Valorizzare con SPAZI (blank)	
Codice fiscale Medico prescrittore	AN	16	29	44	OBRA	Codice fiscale del medico prescrittore	
Codice Medico prescrittore rilevabile dal timbro	AN	7	45	51	OSP	Codice del medico proscrittore rilevabile dal timbro apposto in calce alle ricette dai Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta	
Tipologia del medico prescrittore	AN	1	52	52	OBRA	Valori presenti nella tabella DISC/7	
Cognome dell'assistito	AN	40	53	92	OBB	Cognome dell'Assistito, evitare l'uso di caratteri speciali, virgole, punti e/o asterischi. Riportare il valore in Maiuscolo.	
Nome dell'assistito	AN	40	93	132	OBB	Nome dell'Assistito, evitare l'uso di caratteri speciali, virgole, punti e/o asterischi. Riportare il valore in Maiuscolo.	
Codice fiscale assistito o codice STP o ENI	AN	16	133	148	OBB	Codice fiscale dell'assistito o, in caso di stranieri non in regola, codice ENI o STP: Riportare il valore in Maiuscolo	
Sesso dell'assistito	N	1	149	149	OBR	Riportare: 1 se maschio 2 se femmina	
Data di nascita dell'assistito	N	8	150	157	OBR	Data valida nel formato GGMMAAAA	
Cittadinanza	N	1	158	158	NV	Riportare: 1 = cittadino italiano; 2 = cittadino altro stato; 9 = apolide	
Luogo di residenza	N	6	159	164	OBB	Codice Istat del luogo di residenza	
Regione di residenza	N	3	165	167	OBB	Valori presenti nella tabella DISC/1	
ASL di residenza	N	3	168	170	OBB	Valori presenti nella tabella DISC/3	
Tipo Ricetta	AN	2	171	172	OSP	Riportare: " " (BLANK) per assistiti del S.S.N. ST = straniero temporaneamente presente (in possesso di codice STP) UE = soggetti assicurati da istituzioni estere europee EE = soggetti assicurati da istituzioni estere extraeuropee NE = assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni europee NX = assistito SASN straniero: soggetto assistito da istituzioni extraeuropee	
Codice Istituzione Competente	AN	28	173	200	OSP	Codice Istituzione Competente, nel caso in cui il campo "tipo ricetta" sia valorizzato indica l'istituzione competente per l'assistito. Valorizzare se il tipo ricetta assume uno dei valori: UE, EE, NE, NX. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della ricetta. In tutti gli altri casi il campo deve essere lasciato a spazi (ad esempio: assistito SSN residente in Italia = spazi)	
Stato Estero	AN	2	201	202	OSP	Stato Estero di provenienza dell'Assistito da valorizzare se il campo "tipo ricetta" assume i valori UE o NE	
Numero identificazione personale	AN	20	203	222	OSP	Numero di Identificazione personale dell'Assistito da valorizzare se il campo "tipo ricetta" assume i valori UE o NE	
Numero identificazione della tessera	AN	20	223	242	OSP	Numero di Identificazione della Tessera dell'Assistito da valorizzare se il campo "tipo ricetta" assume i valori UE o NE	
Progressivo riga per ricetta	N	2	243	244	OBB	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta/pratica. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'assistito. Tutte le eventuali righe/record successive devono essere integralmente compilate, avere una numerazione progressiva 02, 03, ecc. Deve essere sempre presente una riga Conclusiva, codificata con il progressivo 99 che identifica il fine ricetta. Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record la 01 (inizio) e la 99 (fine).	
Stampa informatizzata della ricetta	N	1	245	245	OBB	Stampa informatizzata della ricetta, indica la presenza sulla ricetta della relativa biffatura. 1 se sulla ricetta è presente la biffatura 0 se sulla ricetta non è presente la biffatura	
Identificativo	Anno	N	4	246	OBB	OB	Anno di Riferimento della Ricetta (Anno di Erogazione). Insieme con il codice struttura e il progressivo costituisce l'identificativo univoco per ogni singola ricetta/pratica indipendentemente dal numero di prestazioni al suo interno.
	Codice Struttura	AN	8	250	OBB	OB	Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione.
	Progressivo	N	8	258	OBB	OB	Progressivo univoco nel corso dell'anno di riferimento per la singola struttura erogatrice. Insieme con l'anno e il codice struttura costituisce l'identificativo univoco per ogni singola ricetta/pratica indipendentemente dal numero di prestazioni al suo interno.
			265				

## TRACCIATO File C2 - PACC

DESCRIZIONE CAMPO	TIPO	LUNG.	DA POSIZ.	A POSIZ.	CODICE	NOTE	
Regione addebitante	AN	3	1	3	OBB	Indicare sempre il valore "150"	
Az. ASL/Az. Ospedaliera inviante	AN	3	4	6	OBB	Codice Regionale dell'Azienda Sanitaria O Azienda Ospedaliera Inviante: Codice da modelli FLS11 per le A.S.L. (201-207); Codice da modelli HSP11 per le A.O. (901-912);	
Codice struttura erogatrice	AN	6	7	12	OBB	Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione: modello STS11 o HSP11	
Branca Specialistica	AN	3	13	15	OBB	Per i PACC medici assumerà il codice BRANCA a cui afferiscono le prestazioni prescritte sulla ricetta	
Branca Specialistica Tetti di Spesa	AN	4	16	19	OBB	Indicare sempre il valore "PACC"	
Tipologia Struttura	N	1	20	20	OBB	Valorizzare con: 1=Struttura pubblica 2=Struttura convenzionata 3=Struttura comunale 4=Struttura non accreditata	
Distretto di appartenenza della struttura erogatrice	AN	5	21	25	OSP	Codice del Distretto di appartenenza: Per le strutture accreditate utilizzare i valori della tabella DISC/4 Per le Aziende Ospedaliere inserire "00000"	
Tipologia della prescrizione	AN	1	26	26	OSP	Indica il tipo di prescrizione, così come riportato sul relativo campo presente sulle ricette del SSN: S = Suggesta H = Ricovero A = Altro Se il campo della ricetta non è biffato riempire con SPAZIO	
Modalità di accesso	N	1	27	27	OBB	Indicare sempre il valore "3" (Day service)	
Ambito assistenziale	N	1	28	28	OBB	Indicare sempre il valore "2" (Prestazioni erogate in Day Service (PACC))	
Luogo di erogazione	N	1	29	29	OBB	Indicare sempre il valore "1" (Nella struttura)	
Livello di Priorità della richiesta	AN	2	30	31	OSP	U = Priorità A - Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni. B = Priorità B - Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 28 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali. D = Priorità C - Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni. P = Programmabile - riferita a problemi che richiedono approfondimenti ma che non necessitano di risposta in tempi rapidi; queste prestazioni sono comunque da garantire entro un massimo di 180 giorni (sei mesi)	
Numero ricetta	Identificativo Ricetta	AN	1	32	32	OBB	Valorizzare con lettera "D" (Day service) se ricetta cartacea rossa o con la lettera "E" se ricetta dematerializzata (promemoria)
	Numero ricetta	AN	15	33	47	OBB	Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, il numero coinciderà con il codice a barre presente sulla ricetta. Per le prestazioni di Day service ambulatoriale, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, e/o per somministrazione di farmaci, senza prescrizione il numero sarà così composto: - 3 caratteri corrispondenti all'ASL/A.O. di appartenenza - 6 caratteri per il codice struttura; <del>- 6 caratteri per un numero progressivo univoco per struttura.</del>
Progressivo riga per ricetta	N	2	48	49	OBB	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta/pratica, Valori numerici da 01 a 99. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'assistito. Tutte le eventuali righe/record successive devono essere integralmente compilate, avere una numerazione progressiva 02, 03, ecc. Deve essere sempre presente una riga Conclusiva, codificata con il progressivo 99 che identifica il fine ricetta. Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record la 01 (inizio) e la 99 (fine)	
Data della prescrizione	AN	8	50	57	OBB	Data in cui è stata effettuata la prescrizione. Una data valida nel formato GGMMAAAA	
Data prenotazione	AN	8	58	65	OBB	Data in cui è stata prenotata la prestazione. Una data valida nel formato GGMMAAAA	
Data erogazione	AN	8	66	73	OBB	Per i PACC Chirurgici va riportata la data in cui è stata eseguita la procedura chirurgica. Per i PACC Medici va riportata per ogni singola prestazione del PACC la data in cui è stata eseguita  La data di erogazione va compilata per ogni singolo rigo da 01 a 98 con la data di effettiva erogazione della prestazione. Le singole righe da 01 a 98 possono contenere valori diversi. La riga 99 non va valorizzata	
Codifica nomenclatore	AN	1	74	74	OBB	Valorizzare con la lettera "t"	
Codice Prestazione/Procedura	AN	7	75	81	OBB	Va riportato, il codice nomenclatore regionale della prestazione/procedura erogata	
Quantità	N	3	82	84	OBB	Numero di prestazioni erogate, a cicli indicare il numero effettivo di prestazioni erogate alla chiusura del trattamento	
Esenzione	Tipo	N	1	85	85	OBB	Indica la posizione dell'assistito nei confronti del ticket: '1' non esente se il campo della ricetta allegata dell'area esenzione è biffato; '2' esente se il campo della ricetta dell'area esenzione non è biffato
	Codice	AN	6	86	91	OSP	Codice esenzione, valore presente nella DISC/10
	Reddito	N	1	92	92	OBB	Indicare l'eventuale esenzione per reddito: '1' = Esente per reddito (solo per prestazioni specialistiche ambulatoriali) se il campo della ricetta dell'area esenzione è biffato; '2' = Non esente per reddito (solo per prestazioni specialistiche ambulatoriali) se il campo della ricetta dell'area esenzione non è biffato

Onere della prestazione	N	1	93	93	OBB	Onere della prestazione, V:	
Mazzetta	Numero	N	3	94	96	OSP	Si riferisce al numero progressivo presente su ogni mazzetta di impegnative che l'erogatore invia alla ASL o che la struttura erogatrice pubblica conserva nei propri archivi. Valore numerico da "001" a "999"
	Progressivo	N	5	97	101	OSP	Le ricette incluse in ciascuna mazzetta vanno numerate in ordine progressivo (in tal modo la coppia di numeri mazzetta e progressivo permette la rintracciabilità della ricetta). Valore numerico da "00001" a "99999"
Importo ticket		N	9	102	110	OSP	Si compila per prestazioni soggette a partecipazione alla spesa secondo quanto previsto dalla normativa in vigore. L'importo se dovuto va riportato solo nella riga 99. Importo valido da "000000.00" a "999999.99"
Importo quota a carico dell'assistito		N	9	111	119	OSP	Quota percentuale a carico dell'assistito per il costo eccedente la franchigia. E' presente nei casi in cui è prevista una quota di partecipazione dell'assistito superiore alla franchigia nazionale. L'importo se dovuto va riportato solo nella riga 99. Importo valido da "000000.00" a "999999.99"
Importo totale		N	9	120	128	OBB	Si compila per tutte le prestazioni. Per le righe da 01 a 98: il campo contiene il prodotto ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario della prestazione. Nella riga 99 si deve riportare, in questo campo, la somma degli importi totali delle righe precedenti meno la somma delle quote a carico dell'assistito (ticket, quota a carico etc). Va riportato il codice del PACC come da Nomenclatore/regionale
Codice identificativo del PACC		AN	7	129	135	OBB	
Unità Operativa che eroga il day service		N	4	136	139	OBB	Compilare solo per le strutture ospedaliere e case di cura, con il codice HSP.12 dell'unità operativa che ha preso in carico l'assistito, per le altre strutture ambulatoriali inserire "0000"
Codice Diagnosi Principale		AN	5	140	144	OBB	Compilare utilizzando i codici ICD9
Data Ultimo accesso di day service		AN	8	145	152	OBB	Compilare solo per il rigo 99 con la data di chiusura del PACC. La data di ultimo accesso deve corrispondere alla data di erogazione della prestazione 89.99.2
Codice Catalogo Regionale		AN	9	153	161	OBB	Va riportato, in corrispondenza di ogni singola prestazione/procedura, il relativo Codice Catalogo regionale. Le prestazioni di attivazione e chiusura (89.99.1 e 89.99.2) non devono essere inserite nei PACC Chirurgici
Tipo di Accesso		AN	1	162	162	OBB	Indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale) o ad accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, controllo follow up). Il campo è obbligatorio per le prestazioni previste nel Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (DGR n° 271 del 12-06-2012). 1 = Primo accesso 2 = altra tipologia di accesso
Campo a disposizione della AZIENDA ASI/AO		AN	16	163	178	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
Campo a disposizione regione		AN	14	179	192	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
Cronologia prenotazione		AN	1	193	193	OBB	Con questa variabile viene indicato se la data della prenotazione è la prima data utile della lista o se invece la data di prenotazione non è stata fissata alla prima data utile (su richiesta del paziente o perché si tratta di un controllo da eseguirsi nel rispetto di un calendario indipendente dall'ordine della prenotazione o altro): 0 se la data della prenotazione è la prima data utile della lista 1 se la data della prenotazione non è la prima data utile della lista
Numero Nosologico SDA		N	8	194	201	OBB	Il "Numero Nosologico SDA" della cartella clinica ambulatoriale presente sulla scheda SDA. Il numero nosologico deve essere unico per Struttura erogante e per anno di attività e, nelle strutture di ricovero, deve essere un progressivo diverso e distinto dal numero nosologico della cartella clinica dei ricoveri. E' un campo numerico costruito con le ultime due cifre dell'anno di competenza e il numero progressivo della SDA (AAXXXXXX)
Posizione Contabile - Campo Vuoto		AN	1	202	202	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR01 - Campo vuoto		AN	1	203	203	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR02 - Campo vuoto		AN	1	204	204	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR03 - Campo vuoto		AN	1	205	205	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR04 - Campo vuoto		AN	1	206	206	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR05 - Campo vuoto		AN	1	207	207	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR06 - Campo vuoto		AN	1	208	208	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR07 - Campo vuoto		AN	1	209	209	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR08 - Campo vuoto		AN	1	210	210	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR09 - Campo vuoto		AN	1	211	211	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
ERR10 - Campo vuoto		AN	1	212	212	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
Identificativo	Anno	N	4	213	216	OBB	Anno di Riferimento della Ricetta (Anno di Erogazione). Insieme con il codice struttura e il progressivo costituisce l'identificativo univoco per ogni singola ricetta/pratica indipendentemente dal numero di prestazioni al suo interno.
	Codice Struttura	AN	8	217	224	OBB	Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione.
	Progressivo	N	8	225	232	OBB	Progressivo univoco nel corso dell'anno di riferimento per la singola struttura erogatrice. Insieme con l'anno e il codice struttura costituisce l'identificativo univoco per ogni singola ricetta/pratica indipendentemente dal numero di prestazioni al suo interno.
Anno e mese di invio		N	6	233	238	OBB	Anno e mese di contabilizzazione in cui viene inviato il file
Progressivo per ricetta		N	5	239	243	OBB	Il valore è reperibile nel campo della ricetta denominato "Numero progressivo" ed è di uso esclusivo dell'erogatore.
A.S.L.Campana iniziale di addebito		N	3	244	246	NOB	Riempire con "000"
			<b>246</b>				

**FILE F1 – SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DEI FARMACI - CANALE R**

DESCRIZIONE CAMPO		TIPO	LUNGHEZZA	Compilazione	Note
Regione addebitante		AN	3	150	
Az. ASL/Az. Ospedaliera inviante		AN	3		
Codice struttura erogatrice		AN	6	codice HSP11	
Codice stabilimento		AN	2	lasciare blank	
Tipologia Struttura		N	1	2	
Distretto di appartenenza della struttura erogatrice		AN	5	lasciare blank	
Codice Medico Induttore		AN	8	lasciare blank	
Codice fiscale Medico prescrittore		AN	16	SI	
Codice medico prescrittore rilevabile dal titolo		AN	7	SI	
Tipologia del medico prescrittore		AN	1	riempire con C	
Cognome dell'assistito		AN	40	SI	
Nome dell'assistito		AN	40	SI	
Codice fiscale assistito o codice STP o EN		AN	16	SI	
Sesso dell'assistito		N	1	SI	
Data di nascita dell'assistito		N	8	SI	
Cittadinanza		N	1	SI	
Luogo di residenza		N	6	SI	
Regione di residenza		N	3	SI	
ASL di residenza		N	3	SI	
Tipo Ricetta		AN	2	lasciare blank	
Codice Istituzione Competente		AN	28	lasciare blank	
Stato Estero		AN	2	SI	
Numero identificazione personale		AN	20	SI	
Numero identificazione della tessera		AN	20	SI	
Progressivo riga per ricetta		N	2	SI	
Stampa informatizzata della ricetta		N	1	riempire con 0	
Identificativo	Anno	N	4	SI	anno di riferimento
	Codice Struttura	AN	8	SI	Codice HSP11 + "00"
	Progressivo	N	8	SI	Progressivo univoco annuo

Lunghezza Record 265

## FILE F2 – SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DEI FARMACI - CANALE R

Posiz.	Descrizione campo	Tipo	Lungh.	Codice	Compilazione	NOTE
1	Regione addebitante	AN	3	OBB	riempire con 150	
4	Az. ASL/Az. Ospedaliera inviante	AN	3	OBB		
7	Codice struttura erogatrice	AN	6	OBB	codice HSP11	
13	Codice stabilimento	AN	2	OSP	lasciare blank	
15	<b>Codice Tipo Erogatore</b>	<b>N</b>	<b>2</b>	OBB	riempire con 01	
17	<b>Canale di erogazione</b>	<b>AN</b>	<b>1</b>	OBB		R
18	<b>Tipo Struttura Erogante</b>	<b>N</b>	<b>1</b>	OSP	riempire con 0	
19	Tipologia farmaco erogato	AN	3	FAC		
22	Modalità di erogazione del farmaco	AN	3	OSP	riempire con D02	
25	Numero Nosologico	N	8	OSP		Riempire con 0
33	Numero ricetta	AN	1	OBB	SI	Valorizzare con lettera "D" (Day service) se ricetta cartacea rossa o con la lettera "E" se ricetta dematerializzata (promemoria)
34		AN	15	OBB	SI	
49	Progressivo riga per prescrizione	N	2	OBB	SI	
51	<b>Data della Prescrizione</b>	<b>AN</b>	<b>8</b>	OBB	SI	
59	Data erogazione	AN	8	OBB	SI	
67	Codice farmaco	AN	10	OBB	SI	
77	<b>Tipo Medicinale</b>	<b>N</b>	<b>1</b>	OBB	SI	
78	<b>Targatura</b>	<b>AN</b>	<b>10</b>	OBB	Inserire num. Targa	
88	Unità di misura	N	2	OBB	riempire con 0	
90	Quantità	N	9	OBB	SI	
99	<b>Importo unitario</b>	<b>N</b>	<b>14</b>	OBB	riempire con 0	
113	<b>Importo quota fissa Assistito</b>	<b>N</b>	<b>9</b>	OBB	riempire con 0	
122	<b>Importo quota % a carico Assistito</b>	<b>N</b>	<b>9</b>	OBB	riempire con 0	
131	<b>Fattore di Conversione</b>	<b>N</b>	<b>6</b>	OBB	SI	
137		<b>N</b>	<b>1</b>	OSP	riempire con 0	
138	<b>Esenzione</b>	<b>AN</b>	<b>6</b>	OSP	lasciare blank	
144		<b>N</b>	<b>1</b>	OSP	riempire con 0	
145	Onere della Prestazione	N	1	OBB	1	
146	<b>Costo del Servizio per impegnativa</b>	<b>N</b>	<b>9</b>	OSP	riempire con 0	
155	<b>Costo del Servizio per Farmaco</b>	<b>N</b>	<b>9</b>	OSP	riempire con 0	
164	Importo totale	N	14	OBB	SI	* Prezzo SORESA con abbattimenti
178	Posizione Contabile - Campo Vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
179	ERR01 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
180	ERR02 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
181	ERR03 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
182	ERR04 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
183	ERR05 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
184	ERR06 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
185	ERR07 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
186	ERR08 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
187	ERR09 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
188	ERR10 - Campo vuoto	AN	1	NOB	lasciare blank	
189		N	4	OBB	SI	anno di riferimento
193	Identificativo	AN	8	OBB	SI	Codice HSP11 + "00"
201		N	8	OBB	SI	Progressivo univoco annuo
209	Anno e mese di invio	N	6	OBB	SI	
215	ASL Campana iniziale di addebito	N	3	NOB	riempire con 0	

Lunghezza record 217