Regione Campania

Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 31 DEL 19/4/2018

OGGETTO: Interventi tesi a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri: "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) – modifiche ed integrazioni del DCA n.35 del 8.8.2017 e del DCA n.4 del 17.01.2018" *(acta vii: "attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale ").*

VISTA 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, che 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;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 *"Approvazione del 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";*

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con il quale 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;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo

del SSR Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e *ss.mm.ii.*;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017, che:

- assegna "*al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente*";
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto vii): "*attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli Enti del Servizio sanitario Regionale* ";

VISTA la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018 con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013, secondo cui "nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad Acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro";

PREMESSO

1. che il DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, nell'Allegato 2C, individuava le prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione, in particolare per i casi trattati in regime di ricovero per acuti ordinario o in day hospital, che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse";

2. che il DPCM 29/11/2001, in particolare, demandava alle Regioni l'individuazione di soglie di ammissibilità per 43 DRG a elevato rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario;

3. 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;

4. 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;

5. che l'intesa Stato Regioni del 03.12.2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 20/10/2012, in particolare all'art.6, comma 5, al fine di incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, con l'Allegato A), ha individuato una lista di 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, che va riferita ai soli ricoveri per acuti;

6. che il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella legge n. 135 del 7.08.2012, all'art. 15, comma 13, lettera c, nel promuovere il potenziamento e la conseguente riorganizzazione dei servizi territoriali e delle cure primarie, fissa come valore soglia un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;

7. che il D.P.C.M 12/01/2017 "Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'art.1, comma 7 del D. Lgs. 30/12/92, n.502", pubblicato nel S.O. della Gazzetta Ufficiale n.65 del 18 marzo 2017nell'allegato 6A individua i DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria e nell'allegato 6B individua le prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale;

8. che il citato DPCM 12/01/2017 negli artt. 39 e 41 demanda alle Regioni l'adozione di misure da adottare per incentivare l'esecuzione in ricovero diurno delle classi di ricovero elencate nell'allegato 6A e l'adozione delle misure per incentivare il trasferimento dal regime di day surgery al regime ambulatoriale degli interventi chirurgici elencati nell'allegato 6B;

9. che lo stesso DPCM stabilisce che con successivi provvedimenti saranno fissate dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per ciascuna classe, le percentuali delle soglie di ammissibilità sul totale dei ricoveri ordinari e di day surgery, rispettivamente per gli allegati 6A e 6B;

CONSIDERATO che

1. la Regione Campania con la deliberazione di Giunta Regionale n. 102 del 2009 e successive modifiche, al fine di avviare il trasferimento dei ricoveri potenzialmente inappropriati al regime ambulatoriale, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, ha definito il nuovo modello organizzativo assistenziale denominato "Day service" per l'erogazione di prestazioni Complesse e Coordinate (PACC);

2. con DCA n. 58 del 30/09/2010 sono state approvate per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in day hospital nonché la relativa casistica da trasferire al regime ambulatoriale;

3. che il DCA n.58 del 30/09/2010 è stato successivamente modificato ed integrato dal DCA n.17 del 20.03.2014;

4. che con DCA n.156 del 21/11/2016 e DCA n.18 del 09/03/2017 la Regione Campania ha normato i "Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati" (di seguito PACC) relativi alle "Iniezioni intravitreali di sostanze terapeutiche";

5. che con DCA n.35 del 8.8.2017 avente ad oggetto "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)" sono stati approvati Interventi tesi a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri;

PRESO ATTO

1. che il tasso di ospedalizzazione in Regione Campania, per quanto decrescente, è ancora al di sopra del valore soglia indicato dalla Legge n. 135/2012 e che pertanto, per allinearsi alle

indicazioni ministeriali, occorre ridurre ulteriormente il numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati;

2. che a tal fine occorre incentivare il trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni che ancora vengono impropriamente erogate in regime di ricovero sia ordinario che diurno;
3. che la Regione Campania all'atto della nomina dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ha posto tra gli obiettivi la riduzione del rapporto tra i ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza ed i ricoveri attribuiti a DRG non ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario;

RILEVATO

a. che nella riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 25 luglio 2017 in merito al DCA n.35/2017 sono state evidenziate le seguenti criticità:

a1. non si specifica quali prestazioni compongono i PACC che vengono inseriti (come prestazioni complesse) nel Nomenclatore tariffario regionale. Non è possibile verificare, quindi, se le prestazioni che compongono i PACC siano effettivamente incluse nel DPCM 12 gennaio 2017 (allegato 4), o costituiscano livelli ulteriori, che la regione Campania non può finanziare;

a2. si specifica che le tariffe individuate per i PACC sono calcolate in percentuale (80% della tariffa del ricovero 0-1 giorno) rispetto alle tariffe dei "corrispondenti" DRG, ma non si fa cenno al rapporto tra tali tariffe omnicomprensive e le tariffe delle singole prestazioni ambulatoriali che compongono il PACC; ciò impedisce di verificare che non siano state incrementate le "tariffe massime" fissate per ciascuna prestazione (elementare) dal decreto del Ministro della salute del 2012;

a3. non si comprende se l'affermazione inserita nel decreto, secondo cui i PACC "erogati in regime di day service sono soggetti al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino secondo quanto già previsto dalla normativa nazionale e regionale per la specialistica ambulatoriale" significhi che la "franchigia" a carico dell'assistito (tariffa della prestazione fino a 36,15 euro a ricetta più quota fissa più eventuale extra-ticket regionale per ogni ricetta della stessa branca specialistica) è calcolata sulle singole prestazioni che compongono i PACC, ovvero sull'unica prestazione e sull'unica tariffa determinata per i PACC;

b. che con DCA n.4 del 17/01/2018 sono state apportate modifiche ed integrazioni al DCA n.35 del 8.8.2017, in recepimento dei rilievi formulati dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza;

c. che nel periodo intercorso prima dell'effettivo avvio delle misure previste dal citato DCA n.4/2018 sono emerse talune criticità che suggeriscono di intervenire ulteriormente su alcune parti del provvedimento, anche in relazione alle specifiche tecniche dei flussi informativi;

RAVVISATO

che, nella definizione delle soglie percentuali di ricoveri ordinari e di day hospital per ciascun DRG chirurgico e medico ad elevato rischio di inappropriatezza sia, altresì, necessario prevedere un orizzonte temporale di tre anni per il progressivo incremento dei PACC;

RITENUTO

a. per l'effetto di dover approvare il documento allegato A al presente provvedimento recante "linee guida per l'attuazione del day service e dei percorsi ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)", anche alla luce della introduzione in Campania della ricetta dematerializzata;

b. di dover precisare:

b1. che i PACC chirurgici rappresentano un percorso complesso erogato in ambiente protetto in regime di tipo ambulatoriale per specifiche patologie che non abbiano carattere di urgenza;

b2. che i PACC medici rappresentano un percorso diagnostico/terapeutico complesso con prestazioni afferenti, di norma, ad almeno tre branche differenti, fatte salve diverse indicazioni per specifici PACC;

b3. che i PACC di tipo chirurgico (Tabella B1) possono essere erogati:
- dalle strutture di ricovero pubbliche, classificate o equiparate;
- dalle case di cura accreditate esclusivamente per le casistiche dei DRG che già si trattano a carico del servizio sanitario regionale e che hanno ricevuto il codice STS 11 identificativo per l'erogazione dei PACC ai sensi della Circolare del Sub Commissario ad acta n° 3020/C del 04.08.2015;

b4. che i PACC medici (Tabella B2) possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche, classificate o equiparate, dalle case di cura private accreditate esclusivamente per le casistiche dei DRG che già si trattano a carico del servizio sanitario regionale e che hanno ricevuto il codice STS 11 identificativo per l'erogazione dei PACC ai sensi della Circolare del Sub Commissario ad acta n° 3020/C del 04.08.2015, e dai poliambulatori pubblici;

b5. che per i PACC medici possono essere erogate unicamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale ricomprese nel vigente nomenclatore regionale;

b6. che per i PACC medici per i quali si è provveduto a definire specifiche liste ragionate con il DCA n. 17 del 20.03.2014, possono essere erogate in regime di day service unicamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale ivi contenute, e che eventuali ulteriori accertamenti, non rientranti nelle sopra menzionate liste ragionate, possono essere richiesti, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo al regime ambulatoriale tradizionale;

b7. che per i PACC medici per i quali non sono state definite specifiche liste ragionate, possono essere erogate in regime di day service unicamente le prestazioni riportate nel piano diagnostico/terapeutico formulato dal case manager nel corso della prima visita di avvio al Day Service, sulla base dei principi di appropriatezza clinica ed efficienza organizzativa. Ulteriori accertamenti, non rientranti nel sopra nominato piano, possono essere richiesti, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo al regime ambulatoriale tradizionale;

b8. che i PACC medici vengono remunerati con una tariffa pari alla somma delle tariffe per le singole prestazioni previste dal vigente nomenclatore regionale effettuate in regime di Day Service;

b9. che i PACC medici devono essere conclusi di norma entro 60 giorni e sono ripetibili al massimo due volte nel corso dell'anno, laddove non diversamente specificato;

b10. che 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;

b11. che per il "PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo" introdotto con la DGRC n. 102/2009 ed il "PACC diagnostico per sovrappeso e obesità" è consentita l'erogazione anche presso i centri diabetologici pubblici e privati accreditati;

RITENUTO altresì

a. di confermare i valori relativi all'anno 2015 del numero massimo dei ricoveri ad alto rischio di non appropriatezza ammissibili in regime ordinario e di day hospital, riportati nell'all.2 del DCA n.17/14 anche sulla base delle note del Sub Commissario ad Acta n. 2713 del 14.06.2017 e 2832 del 22.06.2017 per gli anni 2016 – 2017, nonché fino al 30 aprile 2018 parametrati ad un terzo del valore soglia annuale;

b. di confermare le soglie di ammissibilità di prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario come previsto dall'all.1 del DCA n.17/14 fino al 30 aprile 2018;

c. di stabilire che, a far data dallo 01.05.2018, nelle more dell'emanazione delle nuove soglie previste dal DPCM 12 gennaio 2017, la Regione fissa, in via temporanea e sulla base della medesima metodologia utilizzata per la definizione delle soglie di trasferibilità dal regime di ricovero ospedaliero al regime ambulatoriale, le nuove soglie di ammissibilità di cui alla allegata tabella B1 e B2 dei DRG chirurgici e medici ad alto rischio di inappropriatezza prevedendo un percorso di progressiva appropriatezza in un arco temporale triennale 2018-2020;

d. di confermare, nelle more della fissazione delle tariffe da parte della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, per le procedure chirurgiche erogate in regime di day service la tariffa omnicomprensiva già approvata con DCA n.17 del 30 marzo 2014;

e. di applicare, in via provvisoria, nelle more della fissazione delle tariffe da parte della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, per tutti gli altri PACC chirurgici erogati in regime di day service, una tariffa omnicomprensiva commisurata all'80% della tariffa vigente del corrispondente ricovero ordinario con durata di degenza 0/1 giorno che include tutte le diverse fasi del percorso assistenziale (attività propedeutiche – procedura chirurgica – controllo), ad eccezione di quanto previsto nel DCA n.18 del 09/03/17;

f. di applicare per tutti i PACC medici erogati in regime di day service, nelle more della fissazione delle tariffe da parte della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, una tariffa pari alla somma di quelle previste per le singole prestazioni dal vigente nomenclatore regionale effettuate in regime di Day Service e contenute nelle liste ragionate del singolo PACC, ovvero nel piano diagnostico/terapeutico formulato dal case manager;

g. di stabilire che, a far data dal 01/05/2018, il superamento del numero dei ricoveri di cui alle soglie di ammissibilità delle citate Tabelle B1 e B2 determinerà l'applicazione ai ricoveri in esubero della tariffa del ricovero 0-1 giorno DH abbattuto del 30%;

h. di demandare ad un successivo provvedimento la regolamentazione delle Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day Hospital di Chemioterapia oncologica, di Radioterapia e di Dialisi;

i. di stabilire che i Pacchetti Ambulatoriali Coordinati e Complessi erogati in regime di day service sono soggetti al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da

parte del cittadino secondo quanto già previsto dalla normativa nazionale e regionale per la Specialistica ambulatoriale;

j. di stabilire che l'esenzione del ticket, per i cittadini che godono unicamente dell'esenzione per patologia, si applica alla compartecipazione per il relativo PACC, qualora le prestazioni erogate siano riconducibili all'elenco delle prestazioni cui si applica l'esenzione. Nel caso in cui si renda necessario effettuare prestazioni non coperte dall'esenzione per patologia, tali ultime prestazioni dovranno essere prescritte su una distinta impegnativa del MMG al fine di consentire la corretta applicazione del ticket;

k. di modificare ed integrare 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 PACC, come riportati nelle allegate tabelle B1e B2 allegate che formano parte integrante del presente atto;

l. di confermare nel Nomenclatore tariffario le prestazioni con codice 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva) e 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo), rettificando la tariffa della prestazione 89.99.2 da euro 29.34 a euro 0;

m. di modificare ed integrare i codici del Catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale approvato con DGRC 431/2015 e s.m. con i codici delle prestazioni dei Pacchetti come riportati nella tabella B3 allegata al presente provvedimento;

n. di stabilire che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnostico-terapeutico delle specifiche patologie, nonché l'elenco dei PACC, possano essere aggiornati sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliero Universitarie e dell'IRCCS. Le proposte formulate devono essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali elencando, per ogni PACC, le relative liste ragionate di prestazioni erogabili, secondo le modalità stabilite nell'allegato A al presente provvedimento;

o. di demandare a successivi provvedimenti la definizione delle liste ragionate, sulla base delle indicazioni provenienti dalle migliori prassi e dalla letteratura scientifica di riferimento;

p. di dover definire le specifiche tecniche dei flussi informativi regionali dei PACC con il "Documento tecnico per i flussi informativi del File C-PACC e File F-PACC", riportato nell'allegato C;

q. di precisare altresì:

1. che le prestazioni sanitarie erogate in regime di day service sono comprensive di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compresi la visita, gli esami diagnostici e strumentali, nonché i farmaci, ad eccezione di quanto previsto dal DCA n.18 del 09/03/17, e per i day service chirurgici, anche la prima visita post-intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG;

2. che la tariffa della prestazione erogata come PACC chirurgico è omnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati che in ogni caso non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocumento al paziente, ad eccezione di quanto già previsto dal DCA n.18 del 09/03/17 e fatte salve diverse indicazioni per specifici PACC;

3. che per i PACC medici la tariffa, a prescindere dal numero di accessi, è pari alla somma delle tariffe per le singole prestazioni effettuate ad eccezione dei codici 98.51.1, 98.51.2 e 98.51.3 delle Litotripsie, le cui tariffe erano già previste nel DCA n. 17/2014;

4. che le Aziende Sanitarie hanno il compito di monitorare le prestazioni di cui al presente decreto e di vigilare sul rispetto da parte degli erogatori delle indicazioni nello stesso contenute;

5. che gli importi corrispettivi delle prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale rimangono a carico del tetto di spesa assegnato alle case di cura accreditate per l'assistenza ospedaliera;

6. che le nuove tariffe nonché le codifiche di cui alle allegate tabelle B1, B2 e B3, le "linee guida per l'attuazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)" di cui all'allegato A e l'allegato C "Documento tecnico per i flussi informativi del file C – PACC e del file F – PACC" entrano in vigore a far data dal 1 maggio 2018;

7. che tutti i medici prescrittori e tutti gli erogatori pubblici e privati dovranno aggiornare i propri sistemi informatici alla nuova gestione dei PACC entro e non oltre il 30/04/2018.

Alla stregua della istruttoria tecnico – amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della salute ed il Coordinamento del SSR

DECRETA

per tutto quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato :

1. di **APPROVARE**, ad integrazione e modifica del DCA n.35 del 08.08.2017 e del DCA n.4 del 17.01.2018 il documento "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)" allegato A, le allegate Tabelle B1, B2 e B3 e l'allegato C "Documento tecnico per i flussi informativi del File C-PACC e File F-PACC" che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di **PRECISARE** che i PACC medici possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche, classificate o equiparate, dalle case di cura private accreditate esclusivamente per le casistiche dei DRG che già si trattano a carico del servizio sanitario regionale e che hanno ricevuto il codice STS 11 identificativo per l'erogazione dei PACC ai sensi della Circolare del Sub Commissario ad acta n° 3020/C del 04.08.2015 e dai poliambulatori pubblici;

3. di **PRECISARE** che per il "PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo" introdotto con la DGRC n. 102/2009 ed il "PACC diagnostico per sovrappeso e obesità" è consentita l'erogazione anche presso i centri diabetologici pubblici e privati accreditati;

4. di **PRECISARE** che i PACC di tipo chirurgico possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche, classificate o equiparate, dalle case di cura accreditate esclusivamente per le casistiche dei DRG che già si trattano a carico del servizio sanitario regionale e che hanno ricevuto il codice STS 11 identificativo per l'erogazione dei PACC ai sensi della Circolare del Sub Commissario ad acta n° 3020/C del 04.08.2015;

5. di **STABILIRE** che 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;

6. di **CONFERMARE** i valori relativi all'anno 2015 del numero massimo dei ricoveri ad alto rischio di non appropriatezza ammissibili in regime ordinario e di day hospital, riportati nell'all.2 del DCA n.17/14 anche sulla base delle note del Sub Commissario ad Acta n. 2713 del 14.06.2017 e 2832 del 22.06.2017 per gli anni 2016 e 2017, nonché fino al 30 aprile 2018 parametrato ad un terzo del valore soglia annuale;

7. di **CONFERMARE** le soglie di ammissibilità di prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario come previsto dall'all.1 del DCA n.17/14 fino al 30 aprile 2018;

8. di **FISSARE**, a far data dal 01.05.2018, nelle more dell'emanazione delle nuove soglie previste dal DPCM 12 gennaio 2017, in via temporanea e sulla base della medesima metodologia utilizzata per la definizione delle soglie di trasferibilità dal regime di ricovero ospedaliero al regime ambulatoriale, le nuove soglie di ammissibilità di cui alle tabelle B1 e B2 dei DRG chirurgici e medici ad alto rischio di in appropriatezza allegate al presente atto, prevedendo un percorso di progressiva appropriatezza in un arco temporale triennale 2018-2020;

9. di **STABILIRE** che, a far data dal 01.05.2018, il superamento del numero dei ricoveri di cui alle soglie di ammissibilità di cui sopra determinerà l'applicazione della tariffa dei PACC definita con il presente provvedimento ai ricoveri in esubero della tariffa del ricovero 0-1 giorno DH abbattuto del 30%;

10. di **CONFERMARE** per le procedure chirurgiche già previste in regime di day service riportate nella tabella B1, allegata al presente atto, la tariffa omnicomprensiva approvata con DCA n.17 del 20/03/2014;

11. di **FISSARE**, in via provvisoria, nelle more della fissazione delle tariffe da parte della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, per tutti gli altri PACC chirurgici erogati in regime di day service una tariffa omnicomprensiva commisurata all'80% della tariffa vigente del corrispondente ricovero ordinario con durata di degenza 0/1 giorno che include tutte le diverse fasi del percorso assistenziale (attività propedeutiche – procedura chirurgica – controllo, ad eccezione di quanto previsto nel DCA n.18 del 09/03/17);

12. di **FISSARE**, in via provvisoria, nelle more della fissazione delle tariffe da parte della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, per i PACC medici erogati in regime di day service una tariffa pari alla somma delle tariffe previste per le singole prestazioni dal vigente nomenclatore regionale effettuate in regime di Day Service, e contenute nelle liste ragionate del singolo PACC, ovvero nel piano diagnostico/terapeutico formulato dal case manager, ad eccezione dei codici 98.51.1, 98.51.2 e 98.51.3 delle Litotripsie, le cui tariffe erano già previste nel DCA n. 17/201;

13. di **DEMANDARE** a successivo provvedimento la regolamentazione delle Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day Hospital di Chemioterapia oncologica, di Radioterapia e di Dialisi;

14. di **DEMANDARE** a successivi provvedimenti la definizione delle liste ragionate, sulla base delle indicazioni provenienti dalla migliore prassi e dalla letteratura scientifica di riferimento;

15. di **STABILIRE** che i Pacchetti Ambulatoriali Coordinati e Complessi erogati in regime di day service, sono soggetti al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino secondo quanto già previsto dalla normativa nazionale e regionale per la Specialistica ambulatoriale;

16. di **STABILIRE** che l'esenzione del ticket, per i cittadini che godono unicamente dell'esenzione per patologia (DM 11/12/2009), si applica alla compartecipazione per il relativo PACC, qualora le prestazioni erogate siano riconducibili all' elenco delle prestazioni a cui si applica l'esenzione. Nel caso in cui si renda necessario effettuare prestazioni non coperte dall'esenzione per patologia, il cittadino è tenuto a pagare il relativo ticket. Pertanto, tali ultime prestazioni dovranno essere prescritte su una distinta impegnativa del MMG al fine di consentire la corretta applicazione del ticket;

17. di **PRECISARE** che gli importi corrispettivi delle prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale rimangono a carico del tetto di spesa assegnato alle case di cura per l'assistenza ospedaliera;

18. di **STABILIRE**, altresì:

    a. che le prestazioni sanitarie erogate in regime di day service sono comprensive di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compresi la visita, gli esami diagnostici e strumentali, nonché i farmaci, ad eccezione di quanto previsto dal DCA n.18 del 09/03/17, e per i day service chirurgici, anche la prima visita post-intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG;

    b. che la tariffa della prestazione erogata in day service è omnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocumento al paziente, ad eccezione di quanto già previsto dal DCA n.18 del 09/03/17;

    c.che si assegna alle Aziende Sanitarie il compito di monitorare le prestazioni di cui al presente decreto e di vigilare sul rispetto da parte degli erogatori delle indicazioni nello stesso contenute.

19. di **MODIFICARE** ed **INTEGRARE** 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 02/04/2013, con i codici, le prestazioni e le tariffe dei Pacchetti, come riportati nelle tabelle B1e B2 allegate, confermando le prestazioni con i codici 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva) e 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo) e rettificando la tariffa della prestazione 89.99.2 da euro 29.34 a euro 0;

20. di **MODIFICARE** e **INTEGRARE** i codici del Catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale approvato con DGRC n. 431/2015 e s.m. con i codici delle prestazioni dei Pacchetti come riportati nella tabella B3 allegata;

21. di **INCARICARE** il Referente dell'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 il web service come richiesto dalla Sogei;

22. di **STABILIRE** che le nuove tariffe nonché le codifiche di cui alle Tabelle B1, B2 e B3 e le "linee guida per l'attuazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)" di cui all'allegato A ed il "Documento tecnico per i flussi informativi del File C-PACC e File F-PACC" di cui all'All. C entrano in vigore a far data dal 1 maggio 2018;

23. di **STABILIRE** che tutti i medici prescrittori e tutti gli erogatori pubblici e privati dovranno aggiornare i propri sistemi informatici alla nuova gestione dei PACC entro e non oltre il 30/04/2018;

24. di **DEMANDARE** alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale l'adozione di tutte le misure idonee alla diffusione ed applicazione di quanto previsto nel presente atto, per l'entrata in vigore delle tariffe e dei collegati codici del catalogo a partire dal 1 maggio 2018;

25. di **STABILIRE** altresì, che la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale definisca con apposita Circolare le modalità di controllo da parte delle AA.SS.LL. dell'osservanza di quanto disposto con il presente provvedimento;

26. di **STABILIRE** che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnostico-terapeutico delle specifiche patologie, nonché l'elenco dei PACC possano essere aggiornati sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliero Universitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale. Le proposte formulate devono essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali, elencando per ogni PACC le relative liste ragionate di prestazioni erogabili, secondo le modalità stabilite nell'allegato A.

27. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento, attraverso la procedura SIVEAS, al Tavolo di Verifica per la valutazione di competenza, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dai Ministeri vigilanti, nonché alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA;

28. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento, per quanto di competenza, al Capo Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, al Direttore Generale della Direzione Generale Tutela della Salute e Coord.to del S.S.R., alle Aziende Sanitariere regionali, all'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo Sanitario e Sociosanitario, a So.Re.Sa. S.p.A. ed al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale
per la Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

Allegato A
LINEE GUIDA PER L'ATTUAZIONE DEI PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI e COORDINATI (PACC)

PREMESSA

1. DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE DEI PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI e COORDINATI (PACC)

Il percorso ambulatoriale complesso e coordinato (PACC) si configura come modello organizzativo dinamico proposto per gestire problemi sanitari complessi che richiedono competenze multispecialistiche integrate e come modalità di offerta assistenziale centrata sul quesito clinico complessivo e non sulla singola prestazione. Con tale modello ci si propone di migliorare le caratteristiche organizzative nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, in particolare con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri ad elevato rischio di inappropriatezza.
Il PACC consente di affrontare, in modo integrato e non frazionato, problemi di salute che non hanno carattere di urgenza, necessitano di prestazioni multidisciplinari afferenti, di norma, ad almeno 3 branche specialistiche. Pertanto il ricorso al PACC deve essere previsto allorquando la situazione clinica del paziente necessita di un inquadramento diagnostico e terapeutico multidisciplinare erogabile attraverso un percorso clinico assistenziale definito, con identico o maggior beneficio e identico rischio per il paziente e con minore impiego di risorse, senza rendere necessario un ricovero ospedaliero,

Nel PACC si riconoscono le seguenti peculiarità:

- la presa in carico complessiva del paziente da parte di un medico responsabile, il "case-manager", individuato nella struttura in cui si eroga il PACC;
- l'organizzazione complessa ed integrata delle attività assistenziali;
- l'erogazione di prestazioni incluse in alcuni casi in liste ragionate predefinite, presenti nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- la durata di tutto il percorso di cura, che deve essere risolta entro un mese dall'attivazione del PACC con un numero limitato di accessi (massimo 3) per ridurre al minimo i disagi per il paziente, fatte salve diverse indicazioni per specifici PACC;
- l'accesso programmato alle prestazioni, gestito con apposita lista di prenotazione.

Tale modello assistenziale introduce vantaggi per gli utenti, per le Aziende Sanitarie e per il Servizio Sanitario Regionale:

<u>Per gli utenti</u>

- presa in carico in percorsi assistenziali incentrati sul reale bisogno di salute;
- accesso sanitario e amministrativo facilitato;
- riduzione del tempo di attesa.

<u>Per l'Azienda Sanitaria</u>

- ampliamento dell'offerta e miglioramento della qualità dell'assistenza;
- riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, in particolare in regime diurno;
- ottimizzazione delle risorse;
- migliore utilizzo dei servizi diagnostici;
- riduzione delle liste di attesa e del carico amministrativo associato al frazionamento delle prenotazioni.

Per la regione

- riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- miglior utilizzo in generale dei servizi sanitari;
- miglioramento della appropriatezza e della qualità della pratica clinica in ambito regionale;
- garanzia di continuità assistenziale per l'integrazione tra i professionisti dei vari livelli assistenziali;
- miglioramento della Customer Satisfaction.

2. CARATTERISTICHE DEI PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI E COORDINATI (PACC)

I Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati rappresentano lo strumento operativo dell'assistenza erogata in day service. I PACC possono essere di tipo medico e di tipo chirurgico.

Le prestazioni sanitarie erogate in regime di PACC ambulatoriale sono comprensive di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compresi la visita, gli esami diagnostici e strumentali, nonché i farmaci, ad eccezione di PACC diversamente normati, e per i PACC chirurgici, anche la prima visita post-intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG.
Il case-manager definisce l'insieme delle prestazioni da erogare nel pieno rispetto dei principi di appropriatezza.
Non possono essere erogati più di due PACC per la medesima patologia per lo stesso paziente nel corso dell'anno, se non diversamente specificato da specifici provvedimenti regionali e l'intero iter deve essere concluso di norma entro 60 giorni, laddove non diversamente definito

3. MODALITA' DI ACCESSO E GESTIONE OPERATIVA DEL PACC

La Direzione Sanitaria della struttura che effettua il PACC è responsabile del coordinamento organizzativo e amministrativo che consiste nel garantire la gestione delle pratiche amministrative quali prenotazione e ticket ed il rispetto dei tempi di attesa, nonché la successione degli esami previsti dal percorso. Pertanto, dovranno essere predisposte apposite agende di prenotazione per i PACC nei servizi CUP e nei centri di prenotazione delle strutture assistenziali.
Nel pianificare le attività dei PACC si deve evitare che altri programmi assistenziali, quali l'attività per i ricoverati o per i pazienti ambulatoriali, possano interferire con le attività dei PACC e che tali attività implichino l'allungamento della durata delle degenze o dei tempi di attesa ambulatoriali.

3.a - Attivazione del PACC

Il paziente accede al PACC in modo programmato su prescrizione del medico curante.
La proposta di attivazione di uno specifico PACC, sia chirurgico che medico, viene formulata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. La ricetta de-materializzata o rossa deve contenere l'esatta indicazione della denominazione del PACC ed i relativi codici del Nomenclatore e Catalogo regionali, nonché il codice 89.99.1 (valutazione prima visita) per PACC, ed il codice 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo). L'avvio del PACC è subordinato alla presentazione delle ricette de-materializzate o rosse.

Per i PACC medici e chirurgici lo specialista (case manager) effettua la visita, valuta il caso clinico e nel caso in cui conferma la proposta di PACC, operata dal medico inviante, organizza il programma operativo.
Per i PACC medici individua e seleziona le prestazioni di specialistica ambulatoriale più appropriate alla soluzione della problematica assistenziale per i PACC con lista ragionata, ovvero definisce uno specifico

programma operativo nei casi in cui non sono state ancora predisposte specifiche. Le prestazioni individuate dovranno essere indicate su carta bianca per il medico proscrittore (Medico o Pediatra di libera scelta).

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. Deve essere cura della struttura erogatrice organizzare modalità e tempi di erogazione delle prestazioni richieste.

È facoltà del case-manager che prende in carico il paziente modificare il setting assistenziale proposto dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e indicare il percorso più appropriato per l'utente.
Nel caso in cui lo specialista, per risolvere il quesito diagnostico, non ritenga appropriato effettuare il PACC, ma ritenga sufficiente effettuare solo la prima visita di valutazione specialistica, segnalerà sul referto "PACC non erogato".
Nel referto "PACC non erogato" rientrano anche tutti i casi, in cui lo specialista, dopo la visita di valutazione, ritiene, per le condizioni cliniche del paziente, di utilizzare un regime assistenziale a maggiore complessità come il DH o il ricovero ordinario o di terminare il percorso assistenziale.

3.b – Prescrizione del PACC

La prescrizione di un PACC chirurgico è costituita da un'unica ricetta, di norma, de-materializzata con l'esatta indicazione della denominazione del PACC ed i relativi codici del Nomenclatore e Catalogo regionali, nonché il codice 89.99.1 ed il codice 89.99.2.

Per i PACC medici, oltre la prima ricetta/proposta compilata come precedentemente definito, devono essere prescritti i codici delle singole prestazioni che lo compongono ricomprese nel vigente nomenclatore regionale (ed i relativi codici catalogo) conformemente a quanto previsto dalla lista ragionata ovvero dal piano diagnostico/terapeutico. Essendo il PACC caratterizzato dalla prescrizione di prestazioni appartenenti almeno a 3 branche diverse, dovranno essere prodotte ricette separate secondo la regola nazionale della composizione omogenea delle ricette per branca, sia per ricette cartacee che dematerializzate. Eventuali accertamenti o prestazioni non rientranti nelle liste ragionate o nel piano diagnostico/terapeutico formulato dal case manager devono essere prescritti su ricetta separata ed erogati in regime ambulatoriale.

Dal momento che i PACC medici vengono remunerati con una tariffa pari alla somma delle tariffe per le singole prestazioni si precisa che:

- per i PACC medici per i quali si è provveduto a definire specifiche liste ragionate previste dal DCA n.17/2014, possono essere erogate in regime di day service unicamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale ivi contenute;
- per i PACC medici per i quali non sono state definite specifiche liste ragionate, possono essere erogate in regime di day service unicamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale riportate nel piano diagnostico/terapeutico formulato dal case manager, sulla base dei principi di appropriatezza clinica ed efficienza organizzativa, nel corso del primo inquadramento di avvio al PACC.
- Ulteriori accertamenti, non rientranti nelle sopra nominate liste ragionate o nel piano diagnostico/terapeutico formulato dal case manager, possono essere richiesti, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo al regime ambulatorio tradizionale.

Il PACC si completa con la relazione conclusiva del percorso clinico con diagnosi e indicazioni terapeutiche da rilasciare in copia all'assistito per il medico curante.

3.c - Modalità di dimissione per i PACC chirurgici

La procedura di dimissione dovrà prevedere la consegna al paziente di una nota informativa contenente i consigli comportamentali da seguire a domicilio, la descrizione dei fenomeni che potrebbero insorgere nelle ore successive, le relative prescrizioni terapeutiche e le modalità di utilizzo dei farmaci, nonché la struttura di riferimento in caso di insorgenza di complicanze al domicilio.
Al paziente deve inoltre essere consegnata una relazione destinata al medico curante, contenente tutti gli elementi relativi all'intervento, alla procedura eseguita ed alla ulteriore proposta terapeutica. In particolare la relazione dovrà comprendere i seguenti elementi:

- breve descrizione dell'intervento chirurgico o della procedura effettuata;
- eventuali condizioni degne di nota, realizzatesi nel periodo perioperatorio;
- trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio;
- indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico).

Qualora il paziente presenti complicazioni non risolvibili nella medesima giornata, dovrà essere allestito il passaggio a diverso setting assistenziale con trasferimento nel reparto di riferimento, secondo procedure prestabilite comprensive anche delle eventuali modalità di trasporto dell'assistito.

4. CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato, parte integrante delle procedure di tutti i PACC, assume particolare rilevanza nei PACC chirurgici, poiché la dimissione post-chirurgica a domicilio avviene nella stessa giornata. Il consenso deve assumere il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l'osservanza delle regole igienico-sanitarie consigliate.

L'informazione deve riguardare:

- le condizioni cliniche;
- la tecnica di anestesia prescelta, i rischi e le complicanze ad essa connesse, la possibilità che la tecnica venga modificata in corso di intervento qualora l'anestesista lo ritenesse opportuno;
- la tecnica chirurgica proposta, le eventuali complicanze, i rischi correlati alla mancata effettuazione dell'intervento e le modalità di preparazione.

5. PARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER L'UTENTE E TARIFFAZIONE

La tariffa della prestazione erogata come PACC chirurgico è omnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati, che in ogni caso non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocumento al paziente, ad eccezione di quanto già previsto dal DCA n.18 del 09/03/17 e fatte salve diverse indicazioni per specifici PACC. I PACC medici vengono remunerati con una tariffa, a prescindere dal numero di accessi erogati, pari alla somma delle tariffe per le singole prestazioni effettuate.
Con il presente decreto vengono confermati due sub-codici della prestazione 89.99 per distinguerne i due diversi momenti assistenziali: 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva) con tariffa di € 20,66 e 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo) con tariffa di € 00,00.
Nel caso in cui il PACC non venga attivato, verrà remunerata la sola prima visita e valutazione effettuata (cod. 89.99.1). In tal caso deve essere registrata dalla struttura erogatrice la sola prestazione 89.99.1 con la relativa tariffa.

I Pacchetti Ambulatoriali Coordinati e Complessi erogati in regime ambulatoriale sono soggetti al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino secondo quanto già previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente per la Specialistica ambulatoriale. Come di consueto, il pagamento

ticket è dovuto al momento della presentazione della ricetta al CUP. E', inoltre, opportuno chiarire che l'esenzione del ticket, per i cittadini che godono unicamente dell'esenzione per patologia (DM 11/12/2009), si applica alla compartecipazione per il relativo PACC, qualora tutte le prestazioni erogate siano riconducibili all'elenco delle prestazioni cui si applica l'esenzione. Nel caso in cui si renda necessario effettuare prestazioni non coperte dall'esenzione per patologia, tali ultime prestazioni dovranno essere prescritte su una distinta ricetta del MMG al fine di consentire la corretta applicazione del ticket.

Nel caso in cui il paziente abbandonasse il percorso dopo aver fatto una serie di accessi e prestazioni, il PACC non potrà essere rendicontato e le tariffe relative alle prestazioni eventualmente erogate dovranno essere addebitate all'assistito.

6. CONTROLLI SULLE ATTIVITA' DI PACC AMBULATORIALE

Tutte le Aziende Sanitarie dovranno verificare, prima dell'avvio delle attività di erogazione dei PACC previsti dal presente decreto, quali PACC siano erogabili per singola struttura di ricovero sia a gestione diretta che accreditata e dovranno produrre una tabella Struttura/PACC erogabili da trasmettere alla Regione - Direzione Generale della Tutela della Salute ed alla So.Re.Sa. S.p.A. per consentire il monitoraggio delle attività. Le attività di controllo effettuate dagli organismi aziendali preposti, devono valutare che la struttura erogatrice del PACC abbia assicurato tutti gli adempimenti di tutte le fasi del processo. In altri termini a livello aziendale dovranno essere attivati i controlli in modo che ciascun percorso di PACC risponda alle caratteristiche descritte nel presente decreto.

7. CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE e SDA

Il PACC è registrato in una specifica cartella clinica ambulatoriale contrassegnata da un proprio nosologico con numerazione progressiva distinta da quella utilizzata per i ricoveri. Tale cartella deve essere archiviata e conservata secondo le disposizioni vigenti. Essa contiene una parte anagrafica, una parte per l'anamnesi breve e un diario clinico per la registrazione dei referti e delle prestazioni erogate durante gli accessi. Deve anche contenere una relazione conclusiva del percorso clinico, completa di diagnosi, indicazioni terapeutiche e prescrizioni, redatta a cura del case-manager, da rilasciare in copia all'assistito per il medico curante. La diagnosi deve essere codificata utilizzando i codici previsti dalla classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007. Parte integrante della cartella clinica ambulatoriale è la Scheda del Day service Ambulatoriale (SDA), in cui vanno inserite le informazioni di sintesi dell'intervento assistenziale eseguito.

Per ogni PACC la struttura sanitaria dovrà predisporre nell'ambito della Cartella clinica:

- una scheda nella quale siano riportate, oltre alle informazioni relative alle indagini preoperatorie richieste, anche notizie riguardanti la preparazione all'intervento, la dieta,
- una scheda informativa, di cui il paziente dovrà prendere visione all'inizio del percorso terapeutico e che gli sarà consegnata dopo l'intervento, in cui sono riportate le prescrizioni postoperatorie, con particolare riguardo ai comportamenti da adottare in caso di complicanze, di comparsa di dolore o altri sintomi prevedibili, alle limitazioni di movimento e di funzioni, ai tempi per la ripresa della normale attività fisica e lavorativa.

8. FLUSSO INFORMATIVO

Le attività eseguite in PACC devono essere monitorate al fine di verificare la corretta applicazione delle indicazioni regionali nonché di verificare i contenuti assistenziali e la capacità del PACC di costituire un modello alternativo al day hospital.
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 de materializzate dovranno essere obbligatoriamente inviate anche con il flusso XML (art. 50 comma 5 L.326/2003 e s.m.i.).
In ambito regionale, nelle more di una più ampia riorganizzazione dei flussi informativi, le informazioni relative ai PACC devono essere trasmesse mensilmente anche attraverso un File C separato rispetto alle altre attività di assistenza specialistica che eventualmente la struttura già eroga, sulla Piattaforma regionale So.Re.Sa., al fine di consentirne il monitoraggio congiunto con le prestazioni di ricovero.
Per quanto riguarda i tracciati e le specifiche tecniche si rimanda ai documenti del Sistema TS relativi alla specialistica ambulatoriale ed all'allegato C documento tecnico per i flussi informativi.

9. PROPOSTA DI NUOVI PACC ED AGGIORNAMENTO

Tutti i nuovi PACC del documento allegato A del presente provvedimento dovranno essere inseriti nel redigendo Catalogo regionale delle prestazioni ambulatoriali con provvedimento del Direttore Generale della Tutela della Salute ai sensi della DGRC n.431 del 27/09/2015.

Gli aggiornamenti e le nuove proposte di PACC, nonché l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnostico-terapeutico delle specifiche patologie, sono definiti da una Commissione tecnica, da istituirsi con provvedimento del Direttore Generale della Tutela della Salute della Regione, nella quale devono essere presenti professionisti esperti nella materia e referenti regionali dell'art.50 L.326/2003 e dei flussi informativi regionali. Tale Commissione provvederà alla valutazione ed all'aggiornamento periodico delle attività dei PACC e proporrà l'adozione di provvedimenti conseguenti.
Le proposte dovranno essere inviate entro il mese di giugno di ogni anno alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e dovranno essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali.
I nuovi PACC saranno attivati entro il primo gennaio dell'anno successivo, attraverso apposito atto dirigenziale che attribuisce ai pacchetti il codice di riferimento per l'inserimento nel Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali.
Ogni singola proposta elaborata dovrà indicare:
a) l'esigenza e/o la documentazione scientifica attestante l'efficacia clinica del percorso;
b) una specifica definizione delle prestazioni che compongono il pacchetto con l'esplicitazione dei protocolli diagnostico-terapeutici, individuati dai professionisti interessati;
c) la tipologia dei pazienti cui il percorso e rivolto con i criteri di inclusione e di esclusione;
d) la valutazione del numero di casi attesi nell'anno sia in ragione della prevalenza della patologia sia in relazione a possibili riconversioni di attività dal setting ospedaliero a PACC Ambulatoriale;
e) se il percorso e diagnostico o terapeutico;
f) se il percorso e di tipo medico o chirurgico;
g) il codice di diagnosi secondo l'ICD9CM e successivi eventuali aggiornamenti.

10. INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA' DEI PACC

Si confermano gli indicatori per la valutazione del modello organizzativo da parte delle Aziende di cui all'allegato 2 del DCA 17/2014. Ulteriori indicatori sono in corso di valutazione da parte delle strutture regionali.

Tabella B1: Tabella soglie Ricoveri ordinari e DH - Modifica/Integrazione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio di cui al

DRG	MDC	Descrizione DRG	Procedura principale	Soglia RO	Soglia DH	Soglia RO	Soglia DH	Soglia RO	Soglia DH	Cod. PACC	Descrizione PACC	Tariffa Prestazione
006	1	Decompressione Tunnel carpale	04.43	1	40	1	21	1	1	P443	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 712,50
008	1	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	04.44	9	32	5	17	1	1	PC008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	€ 2.068,00
			04.44							P444	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 738,10
036	2	Interventi sulla retina	14.79	2	39	1	20	1	1	PC036	INTERVENTI SULLA RETINA	€ 1.193,00
			14.79							P14751	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Escluso: costo del farmaco	€ 115,00
038	2	Interventi primari sull'iride		15	27	8	14	1	1	PC038	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	€ 951,00
039	2	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	13.19.1	1	40	1	21	1	1	P13191	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria.	€ 898,00
			13.70.1							P13701	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fachico)	€ 1.009,32
			13.72							P1372	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	€ 723,00
			13.8							P138	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	€ 1.032,90
040	2	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni		2	39	1	20	1	1	PC040	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA (età > 17 anni)	€ 1.292,00
			08.72							P872	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso:Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età > 17 anni)	€ 1.166,60
			08.74							P874	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso:Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età > 17 anni)	€ 1.166,60
041	2	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	08.72	1	40	1	21	1	1	P8721	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso:Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età < 18 anni)	€ 1.166,60
			08.74							P8741	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso:Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età < 18 anni)	€ 1.166,60
										PC041	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA (età < 18 anni)	€ 1.037,00
042	2	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)		1	40	1	21	1	2	PC042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	€ 1.218,00
051	3	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia		19	23	10	12	1	1	PC051	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCETTO SIALOADENECTOMIA	€ 1.182,00
055	3	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola		16	35	11	24	6	13	PC055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	€ 1.290,00
059	3	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni		6	35	4	18	1	1	PC059	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ > 17 ANNI	€ 771,00
060	3	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni		5	37	3	19	1	1	PC060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ < 18 ANNI	€ 522,00
061	3	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	20.01	4	37	2	19	1	1	PC201	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO [MIRINGOTOMIA]. Incluso: anestesia e drenaggio (età > 17 anni)	€ 1.388,00
062	3	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	20.01	5	37	3	19	1	1	PC2011	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO [MIRINGOTOMIA]. Incluso: anestesia e drenaggio (età < 18 anni)	€ 1.388,00
119	5	Legatura e stripping di vene		2	40	1	22	1	3	PC119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	€ 1.246,00
158	6	Interventi su ano e stoma senza CC		17	43	13	33	10	23	PC158	INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	€ 806,00
160	6	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)		33	32	27	26	21	20	PC160	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	€ 1.218,00
162	6	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiologica, ecg, es. laboratorio, visita post-intervento) (>17 aa)	53.00.1	13	40	9	28	6	16	P5301	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età > 17 anni)	€ 1.140,00
			53.00.2							P5302	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età > 17 anni)	€ 1.140,00
			53.21.1							P5321	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età > 17 anni)	€ 1.140,00
			53.29.1							P5329	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età > 17 anni)	€ 1.140,00
163	6	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno) *********	53.00.1	2	52	1	36	1	21	P53011	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età < 18 anni)	€ 1.140,00
			53.00.2							P53021	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età < 18 anni)	€ 1.140,00
			53.21.1							P53211	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età < 18 anni)	€ 1.140,00
			53.29.1							P53291	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età < 18 anni)	€ 1.140,00
			53.41	1	40	1	21	1	1	PC5341	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE con protesi (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età < 18 anni)	€ 971,20
			53.49.1							P53491	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento) (età < 18 anni)	€ 971,20
168	3	Interventi sulla bocca con CC		21	20	11	10	1	1	PC168	INTERVENTI SULLA BOCCA CON CC	€ 1.089,00
169	3	Interventi sulla bocca senza CC		8	33	5	18	1	2	PC169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	€ 1.089,00

DRG	MDC	Descrizione DRG	Procedura principale	RO	DH	RO	DH	RO	DH	Cod. PACC	Descrizione PACC	Tariffa Prestazione
225	8		77.56	0	0	0	0	0	0	P7756	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 774,73
			84.11							P8411	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 750,00
227	8	Interventi sui tessuti molli senza CC		10	42	7	28	4	15	PC227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	€ 1.199,00
228	8	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	81.72	7	35	4	18	1	1	P8172	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 1.750,00
			81.75							P8175	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 1.750,00
229	8	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	84.01	7	38	5	23	2	7	P8401	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 750,00
			84.02							P8402	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 750,00
232	8	Artroscopia	80.2	5	36	3	19	1	1	P802	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	€ 516,50
261	9			0	0	0	0	0	0	PC261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNE, ECCETTO BIOPSIE E ESCISSIONE LOCALE	€ 1.568,00
262	9	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)		2	39	1	20	1	1	PC262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNE	€ 930,00
266	9	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC		2	41	1	23	1	4	PC266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	€ 1.386,00
267	9			0	0	0	0	0	0	PC267	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	€ 697,60
268	9	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella		3	39	2	20	1	1	PC268	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	€ 1.725,00
270	9	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC		2	42	1	24	1	6	PC270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	€ 879,00
339	12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni		5	41	3	24	1	8	PC339	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE (età > 17 anni)	€ 954,00
340	12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni		4	40	3	23	1	6	PC340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE (età < 18 anni)	€ 894,00
342	12	Circoncisione, età > 17 anni		1	40	1	21	1	1	PC342	CIRCONCISIONE (età > 17 anni)	€ 768,00
343	12	Circoncisione, età < 18 anni		1	40	1	21	1	1	PC343	CIRCONCISIONE (età < 18 anni)	€ 537,00
345	12	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne		9	35	6	21	2	6	PC345	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	€ 1.065,00
360	13	Interventi su vagina, cervice e vulva		5	41	3	24	1	8	PC360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	€ 1.106,00
362	13	Occlusione endoscopica delle tube		1	40	1	21	1	1	PC362	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	€ 938,00
364	13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne		2	41	1	23	1	4	PC364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE	€ 815,00
377	14	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico		14	39	10	28	6	16	PC377	DIAGNOSI RELATIVE A POST-PARTO E POST-ABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	€ 1.041,00
381	14	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia		4	40	3	23	1	6	PC381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	€ 879,00
503	8	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione		7	39	5	23	2	8	PC503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	€ 1.607,00
538	8	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC		6	42	4	26	2	11	PC538	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	€ 1.406,00

Tabella B2: Tabella soglie Ricoveri ordinari e DH - Modifica/Integrazione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio

			Soglia		Soglia		Soglia				
DRG	MDC	Descrizione DRG	RO	DH	RO	DH	RO	DH	Cod. PACC	Descrizione PACC	Tariffa Prestazione
13	1	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	3	60	3	49	2	37	PM013	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	
									P340	PACC SCLEROSI MULTIPLA	
19	1	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	19	42	15	33	11	24	PM019	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	
47	2	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1	40	1	21	1	1	PM047	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO SENZA CC (età > 17 anni)	
65	3	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)	7	34	4	18	1	1	P7804	PACC DIAGNOSTICO DEI DISTURBI DELL'EQUILIBRIO	
70	3	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	14	52	11	43	9	34	PM070	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE (età < 18 anni)	
73	3	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	6	42	4	26	2	10	PM073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA (età > 17 anni)	
74	3	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	3	39	2	21	1	2	PM074	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA (età < 18 anni)	
88	4	Malattia polmonare cronica ostruttiva	55	29	52	27	49	25	P4912	PACC DIAGNOSTICO BRONCOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA PER MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	
									P4939	PACC DIAGNOSTICO ASMA	
131	5	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto urgenze)	13	37	9	24	4	12	PM131	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC	
133	5	Aterosclerosi senza CC (eccetto urgenze)	7	37	4	21	1	5	PM133	ATEROSCLEROSI SENZA CC	
									P414	PACC VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL PAZIENTE CON CARDIOPATIA ISCHEMICA	
134	5	Ipertensione (eccetto urgenze)	7	36	4	20	1	4	P4011	PACC DIAGNOSTICO IPERTENSIONE - PRIMO INQUADRAMENTO O SOSPETTA IPERTENSIONE SECONDARIA	
									P4012	PACC DIAGNOSTICO IPERTENSIONE - VALUTAZIONE DELLE COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI	
139	5	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	19	43	15	34	12	25	P427	PACC DIAGNOSI E FOLLOW UP DELLE ARITMIE CARDIACHE	
142	5	Sincope e collasso senza CC (eccetto urgenze)	12	29	7	15	1	1	PM142	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	
183	6	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	13	58	12	50	10	42	P5351	PACC DIAGNOSTICO TERAPEUTICO GASTRO 1 (età > 17 anni)	
									P5641	PACC DIAGNOSTICO TERAPEUTICO GASTRO 2 (età > 17 anni)	
184	6	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)	5	37	3	19	1	1	P5352	PACC DIAGNOSTICO TERAPEUTICO GASTRO 1 (età < 18 anni)	
									P5642	PACC DIAGNOSTICO TERAPEUTICO GASTRO 2 (età < 18 anni)	
189	6	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	11	44	8	32	5	20	PM189	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC (età > 17 anni)	
206	7	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	9	54	8	44	6	33	P5714	PACC DIAGNOSTICO EPATITE CRONICA OGNI EZIOLOGIA	
									P5715	PACC DIAGNOSTICO CIRROSI OGNI EZIOLOGIA	
208	7	Malattie delle vie biliari senza CC (eccetto urgenze)	40	32	34	27	29	23	PM208	MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	
241	8	Malattie del tessuto connettivo senza CC	11	46	8	34	5	22	PM241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	
243	8	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	10	38	7	24	3	11	PM243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	
245	8	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	7	49	5	36	4	23	PM245	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC	
248	8	Tendinite, miosite e borsite	5	38	3	20	1	3	PM248	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	
251	8	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	4	52	3	38	2	25	PM251	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE SENZA CC (età > 17 anni)	
252	8	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	3	41	2	24	1	6	PM252	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE (età < 18 anni)	
254	8	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	20	43	16	35	13	26	PM254	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE SENZA CC (età > 17 anni)	
256	8	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5	42	3	26	2	10	PM256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	
276	9	Patologie non maligne della mammella	1	40	1	21	1	1	PM276	PATOLOGIE NON MALIGNE DELLA MAMMELLA	
281	9	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	1	40	1	21	1	1	PM281	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA SENZA CC (età > 17 anni)	
282	9	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)	1	40	1	21	1	1	PM282	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA (età < 18 anni)	
283	9	Malattie minori della pelle con CC	17	24	9	12	1	1	PM283	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	
284	9	Malattie minori della pelle senza CC	3	38	2	20	1	2	PM284	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	
294	10	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)	16	35	11	24	6	12	P2501	PACC DIAGNOSTICO DIABETE COMPLICATO E/O SCREENING DELLE COMPLICANZE D'ORGANO IN PAZIENTI CON (età > 35 anni)	
295	10	Diabete, età < 36 anni	8	43	5	29	3	15	P2502	PACC DIAGNOSTICO DIABETE COMPLICATO E/O SCREENING DELLE COMPLICANZE D'ORGANO, IN PAZIENTI CON (età < 36 anni)	
299	10	Difetti congeniti del metabolismo	5	37	3	19	1	1	PM299	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	
301	10	Malattie endocrine senza CC	3	48	2	33	1	17	PM301	MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	
									P2780	PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA'	
									P241	PACC DIAGNOSTICO MALATTIE DELLA GHIANDOLA TIROIDE	
323	11	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	8	43	5	29	3	15	PM323	CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	
									P98511	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. PRIMA SEDUTA. incluso: visita anestesiologica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. non associabile a P98512	€ 600,00
									P98512	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. PER SEDUTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA. incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. non associabile a P98511	€ 450,00
									P98513	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. PER SEDUTA. incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.	€ 150,00
324	11	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)	8	45	6	31	4	18	P592	PACC PER NEFROLITIASI O PER COLICA RENALE	
326	11	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	5	43	4	27	2	11	P583	PACC DIAGNOSTICO NEFROPATIE	
327	11	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	3	50	2	35	2	20	PM327	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE (età < 18 anni)	
329	11	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	5	46	4	31	2	16	PM329	STENOSI URETRALE SENZA CC (età > 17 anni)	
332	11	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	5	55	4	42	3	30	PM332	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE SENZA CC (età > 17 anni)	

333	11	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	2	43	2	26	1	8	PM333	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE (età < 18 anni)	
349	12	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	2	40	1	21	1	2	PM349	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SENZA CC	
352	12	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	5	37	3	19	1	1	PM352	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	
									P606	PACC PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA PRE-PMA UOMO	
369	13	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	12	42	9	30	6	18	PM369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	
									P627	PACC DIAGNOSTICO MENOPAUSA	
									P628	PACC PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA PRE-PMA DONNA	
384	14	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	2	59	2	46	2	33	PM384	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	
395	16	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	9	34	5	19	2	4	PM395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI (età > 17 anni)	
396	16	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	9	35	6	21	2	6	PM396	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI (età < 18 anni)	
399	16	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	6	50	4	37	3	23	PM399	DISTURBI SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	
404	17	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	10	43	7	30	4	17	PM404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	
411	17	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	1	43	1	25	1	6	PM411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	
412	17	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1	40	1	21	1	1	PM412	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	
426	19	Nevrosi depressive (eccetto urgenze)	15	27	8	14	1	1	PM426	NEVROSI DEPRESSIVE	
427	19	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)	5	36	3	19	1	1	PM427	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	
429	19	Disturbi organici e ritardo mentale	13	45	10	34	7	24	PM429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	
467	23	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	3	39	2	21	1	2	PM467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	
490	25	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	3	39	2	20	1	1	PM490	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	
563	1	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	23	54	21	49	18	44	P345	PACC EPILESSIA	
564	1	Cefalea, età > 17 anni	11	49	8	37	6	26	P784	PACC DIAGNOSTICO PER CEFALEA E ALTRE SINDROMI DOLOROSE NEUROLOGICHE	

Tabella B3 Modifica/Integrazione dell'All. 1 DGRC 431/2015 e s.m.i.		
Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW
P443	P44300.01	Liberazione del tunnel carpale - Polso DX
	P44300.02	Liberazione del tunnel carpale - Polso SX
PC008	PC0080.01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC - DX
	PC0080.02	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC - SX
P444	P44400.01	Liberazione del tunnel tarsale - Piede DX
	P44400.02	Liberazione del tunnel tarsale - Piede SX
PM013	PM0130.01	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
P340	P34000.01	PACC Sclerosi Multipla
PM019	PM0190.01	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
PC036	PC0360.01	Interventi sulla retina - Occhio DX
	PC0360.02	Interventi sulla retina - Occhio SX
P14751	P14751.01	INIEZIONI INTRAVITREALI DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - OCCHIO DX
	P14751.02	INIEZIONI INTRAVITREALI DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - OCCHIO SX
PC038	PC0380.01	Interventi primari sull'iride - Occhio DX
	PC0380.02	Interventi primari sull'iride - Occhio SX
P13191	P13191.01	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE - Occhio DX
	P13191.02	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE - Occhio SX
P13701	P13701.01	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fachico) - Occhio DX
	P13701.02	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fachico) - Occhio SX
P1372	P13720.01	Impianto secondario di cristallino artificiale - Occhio DX
	P13720.02	Impianto secondario di cristallino artificiale - Occhio SX
P138	P13800.01	Rimozione di cristallino artificiale impiantato - Occhio DX
	P13800.02	Rimozione di cristallino artificiale impiantato - Occhio SX
PC040	PC0400.01	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni - Occhio DX
	PC0400.02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni - Occhio SX
P872	P87200.01	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) - Occhio DX (età > 17 anni)
	P87200.02	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) - Occhio SX (età > 17 anni)
P874	P87400.01	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età > 17 anni) - Occhio DX
	P87400.02	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età > 17 anni) - Occhio SX
P8721	P87210.01	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età < 18 anni) - Occhio DX
	P87210.02	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età < 18 anni) - Occhio SX
P8741	P87410.01	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età < 18 anni) - Occhio DX
	P87410.02	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (età < 18 anni) - Occhio SX
PC041	PC0410.01	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni - Occhio DX
	PC0410.02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni - Occhio SX
PC042	PC0420.01	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino - Occhio DX
	PC0420.02	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino - Occhio SX
PM047	PM0470.01	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
PC051	PC0510.01	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
PC055	PC0550.01	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
PC059	PC0590.01	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
PC060	PC0600.01	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni

Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW
PC201	PC2010.01	Miringotomia con inserzione di tubo (età > 17 anni) - Orecchio DX
	PC2010.02	Miringotomia con inserzione di tubo (età > 17 anni) - Orecchio SX
PC2011	PC2011.01	Miringotomia con inserzione di tubo (età < 18 anni) - Orecchio DX
	PC2011.02	Miringotomia con inserzione di tubo (età < 18 anni) - Orecchio SX
P7804	P78040.01	PACC Diagnostico dei disturbi dell'equilibrio
PM070	PM0700.01	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
PM073	PM0730.01	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
PM074	PM0740.01	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
P4912	P49120.01	PACC diagnostico broncopatia cronica ostruttiva per malattia polmonare cronica ostruttiva
P4939	P49390.01	PACC diagnostico asma
PC119	PC1190.01	Legatura e stripping di vene
PM131	PM1310.01	Malattie vascolari periferiche senza CC
PM133	PM1330.01	Aterosclerosi senza CC
P414	P41400.01	PACC Valutazione funzionale del paziente con cardiopatia ischemica
P4011	P40110.01	PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria
P4012	P40120.01	PACC diagnostico ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari
P427	P42700.01	PACC Diagnosi e follow up delle aritmie cardiache
PM142	PM1420.01	Sincope e collasso senza CC
PC158	PC1580.01	Interventi su ano e stoma senza CC
PC160	PC1600.01	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC - DX
	PC1600.02	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC - SX
P5301	P53010.01	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età > 17 anni) - DX
	P53010.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età > 17 anni) - SX
P5302	P53020.01	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età > 17 anni) - DX
	P53020.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età > 17 anni) - SX
P5321	P53210.01	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età > 17 anni) - DX
	P53210.02	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età > 17 anni) - SX
P5329	P53290.01	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età > 17 anni) - DX
	P53290.02	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età > 17 anni) - SX
P53011	P53011.01	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni) - DX
	P53011.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni) - SX
P53021	P53021.01	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni) - DX
	P53021.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni) - SX
P53211	P53211.01	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni) - DX
	P53211.02	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni) - SX
P53291	P53291.01	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni) - DX
	P53291.02	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni) - SX
PC5341	PC5341.01	Riparazione di ernia ombelicale con protesi (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni)
P53491	P53491.01	Riparazione di ernia ombelicale (incluso: visita anestesiologica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (età < 18 anni)
PC168	PC1680.01	Interventi sulla bocca con CC
PC169	PC1690.01	Interventi sulla bocca senza CC
P5351	P53510.01	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 1, età >17 anni
P5641	P56410.01	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2, età >17 anni

Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW
P5352	P53520.01	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 1, età <18 anni
P5642	P56420.01	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2, età <18 anni
PM189	PM1890.01	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
P5714	P57140.01	PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia
P5715	P57150.01	PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia
PM208	PM2080.01	Malattie delle vie biliari senza CC
P7756	P77560.01	Riparazione di dito a martello/artiglio (visita anestesiologica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	P77560.02	Riparazione di dito a martello/artiglio (visita anestesiologica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
P8411	P84110.01	Amputazione di dita del piede (visita anestesiologica e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	P84110.02	Amputazione di dita del piede (visita anestesiologica e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
PC227	PC2270.01	Interventi sui tessuti molli senza CC
P8172	P81720.01	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea senza impianto (visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	P81720.02	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea senza impianto (visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
P8175	P81750.01	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita post-intervento) - DX
	P81750.02	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita post-intervento) - SX
P8401	P84010.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	P84010.02	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
P8402	P84020.01	Amputazione e disarticolazione del pollice (visita anestesiologica e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	P84020.02	Amputazione e disarticolazione del pollice (visita anestesiologica e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
P802	P80200.01	Artroscopia sede non specificata (visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	P80200.02	Artroscopia sede non specificata (visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
PM241	PM2410.01	Malattie del tessuto connettivo senza CC
PM243	PM2430.01	Affezioni mediche del dorso
PM245	PM2450.01	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
PM248	PM2480.01	Tendinite, miosite e borsite
PM251	PM2510.01	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC - DX
	PM2510.02	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC - SX
PM252	PM2520.01	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni - DX
	PM2520.02	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni - SX
PM254	PM2540.01	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC -DX
	PM2540.02	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC - SX
PM256	PM2560.01	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
PC261	PC2610.01	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne, eccetto biopsie e escissione locale - DX
	PC2610.02	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne, eccetto biopsie e escissione locale - SX
PC262	PC2620.01	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne - DX
	PC2620.02	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne - SX
PC266	PC2660.01	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
PC267	PC2670.01	Interventi perianali e pilonidali
PC268	PC2680.01	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella

Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW
PC270	PC2700.01	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
PM276	PM2760.01	Patologie non maligne della mammella
PM281	PM2810.01	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC
PM282	PM2820.01	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni
PM283	PM2830.01	Malattie minori della pelle con CC
PM284	PM284.01	Malattie minori della pelle senza CC
P2501	P25010.01	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo in pazienti con età > 35 anni
P2502	P25020.01	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo, in pazienti con età < 36 anni
P2780	P27800.01	PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA'
PM299	PM2990.01	Difetti congeniti del metabolismo
PM301	PM3010.01	Malattie endocrine senza CC
P241	P24100.01	PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide
PM323	PM3230.01	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
P98511	P98511.01	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Prima seduta. Incluso: visita anestesiologica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a P98512
P98512	P98512.01	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a P98511
P98513	P98513.01	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.
P592	P59200.01	PACC per nefrolitiasi o per colica renale
P583	P58300.01	PACC Diagnostico Nefropatie
PM327	PM3270.01	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
PM329	PM3290.01	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
PM332	PM3320.01	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
PM333	PM3330.01	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
PC339	PC3390.01	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni -DX
	PC3390.02	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni -SX
PC340	PC3400.01	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni - Dx
	PC3400.02	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni -SX
PC342	PC3420.01	Circoncisione, età > 17 anni
PC343	PC3430.01	Circoncisione, età < 18 anni
PC345	PC3450.01	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
PM349	PM3490.01	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
PM352	PM3520.01	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
P606	P60600.01	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Uomo
PC360	PC3600.01	Interventi su vagina, cervice e vulva
PC362	PC3620.01	Occlusione endoscopica delle tube
PC364	PC3640.01	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
PM369	PM3690.01	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
P627	P62700.01	PACC diagnostico menopausa
P628	P62800.01	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Donna
PC377	PC3770.01	Diagnosi relative a post-parto e post-aborto con intervento chirurgico
PC381	PC3810.01	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
PM384	PM3840.01	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
PM395	PM3950.01	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni
PM396	PM3960.01	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
PM399	PM3990.01	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
PM404	PM4040.01	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
PM411	PM4110.01	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
PM412	PM4120.01	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
PM426	PM4260.01	Nevrosi depressive
PM427	PM4270.01	Nevrosi eccetto nevrosi depressive
PM429	PM4290.01	Disturbi organici e ritardo mentale
PM467	PM4670.01	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
PM490	PM4900.01	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
PC503	PC5030.01	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione - DX

Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW
[illegible]	PC5030.02	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione -SX
PC538	PC5380.01	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
P345	P34500.01	PACC Epilessia
P784	P78400.01	PACC Diagnostico per cefalea e altre sindromi dolorose neurologiche

Allegato C

Documento tecnico per i flussi informativi del File C – PACC e del File F – PACC

Premessa

Lo scopo del documento è quello di unificare tutte le informazioni utili alla messa in produzione dei PACC riportate in numerosi DCA che si sono susseguiti dal 2014 ad oggi e individuare le modifiche ai tracciati record, in modo da non perdere quanto ad oggi è stato implementato nelle AO/ASL campane, nonché rendere omogenea la rilevazione dei PACC sia chirurgici che medici.

I File C PACC devono essere trasmessi con cadenza mensile sulla Piattaforma SORESA, con un File C separato rispetto alle altre attività di assistenza specialistica che eventualmente la struttura già eroga, secondo lo schema del tracciato definito "File C PACC" di seguito riportato.

Le specifiche sotto riportate dovranno essere introdotte nei file concernenti le prestazioni PACC erogate dal 01/05/2018.

1. Indicazioni generali per la compilazione dei singoli campi del tracciato

Segue la sintesi riepilogativa dei campi presenti sul file C2 che hanno una compilazione specifica per le prestazioni PACC:

Campo		Posizione	Valore
Branca specialistica		13 (lunghezza 3)	Indicare per le ricette di attivazione (PACC medico e chirurgico) sempre la branca 26. Per le ricette successive del PACC medico, compilare con la branca di afferenza delle prestazioni presenti nella prescrizione.
Branca Specialistica Tetti di Spesa		16 (lunghezza 4)	Indicare sempre il valore "PACC"
Tipologia della prescrizione		26 (lunghezza 1)	Indicare sempre il valore "P"
Modalità di accesso			Indicare sempre il valore "3"
Ambito Assistenziale			Indicare sempre il valore "2"
Luogo di Erogazione			Indicare sempre il valore "1"
Numero ricetta	Identificativo	32 (lunghezza 1)	Valorizzare con lettera "D" (Day service) se ricetta cartacea rossa o con la lettera "E" se ricetta dematerializzata (promemoria)
	Numero ricetta	33 (lunghezza 15)	Il numero coinciderà con il codice presente sulla ricetta.
Data di erogazione		66 (lunghezza 8)	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 di erogazione della prestazione. Le singole righe da 01 a 98 possono contenere valori diversi. La riga 99 non va valorizzata
Codice identificativo del PACC		129 (lunghezza 7)	Da riempire con il codice PACC su tutti i progressivi
Unità operativa che eroga il Day Service		136 (lunghezza 4)	Compilare solo per le strutture ospedaliere e case di cura, con il codice HSP.12 e HSP.13 dell'unità operativa che ha preso in carico l'assistito, per le altre strutture ambulatoriali inserire "0000"
Data ultimo accesso PACC		145 (lunghezza 8)	Compilare solo per il rigo 99 con la data di chiusura del PACC. Deve sempre coincidere con la data della prestazione 89.99.2
Numero Nosologico SDA		194 (lunghezza 8)	Il Numero Nosologico SDA, della cartella clinica ambulatoriale presente sulla scheda SDA va inserito obbligatoriamente sul file C2 in posizione 194. E' un campo numerico costruito con le ultime due cifre dell'anno di competenza e il numero progressivo della SDA (AAXXXXXX). Il numero nosologico deve essere univoco per Struttura erogante e per anno di attività.

2. Il PACC chirurgico

Il PACC chirurgico deve essere prescritto con unica ricetta. Nella compilazione, insieme al codice del nomenclatore della prestazione che indica il PACC, sarà obbligatorio registrare le prestazioni 89.99.1 e 89.99.2 (con le relative date di erogazione), entrambe con tariffa = "000000,00". La tariffa del PACC chirurgico è, infatti, omnicomprensiva di tutte le prestazioni:

- propedeutiche alla procedura principale come le visite specialistiche o gli esami di diagnostica;

- utili all'esecuzione della procedura chirurgica principale;
- medicazioni post-operatorie e gli eventuali controlli.

Esempio di compilazione del PACC P13191:
(Occhio DX: Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare)

Progressivo Riga Posizione 48 (2)	Codice prestazione Posizione 75 (7)	Codice PACC Posizione129 (7)	Codice Catalogo Posizione 153 (9)	Importo totale Posizione 120 (9)
01	89.99.1	P13191	89991.001	000000,00
02	P13191	P13191	P13191.01	000898,00
03	89.99.2	P13191	89992.001	000000,00
99	--	P13191	--	000898,00

Nel caso del PACC chirurgico la branca specialistica della ricetta sarà sempre uguale a 26

2.1 Il PACC 14.75.1 "Iniezioni intravitreali per terapia antiangiogenetica"

Il PACC 14751 rappresenta un caso eccezionale tra quelli di tipo chirurgico. La prescrizione ha la durata massima di un anno. In questo caso, infatti, possono essere previsti più accessi per il trattamento terapeutico ed il costo complessivo è determinato dal numero degli accessi da rendicontare sul flusso C e dalle dosi di farmaco somministrate rendicontate nel flusso F.
Per la disciplina vigente la normativa di riferimento rimane il DCA n.18/2017

2.1.1 Rendicontazione informatica della prestazione (flusso C - PACC)

La remunerazione del PACC P14751 è stabilita con la tariffa di € 115,00 per singolo accesso. Viene inoltre, stabilito il rimborso a parte del farmaco attraverso la procedura del File F. Nella stessa ricetta possono essere prescritti fino a 10 accessi

Esempio di compilazione del PACC P14751 con 4 accessi:
(Occhio DX: Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare)

Progressivo Riga Posizione 48 (2)	Codice prestazione Posizione 75 (7)	Codice PACC Posizione129 (7)	Codice Catalogo Posizione 153 (9)	Importo totale Posizione 120 (9)
01	89.99.1	P14751	89991.001	000000,00
02	P14751	P14751	P14751.001	000115,00
03	P14751	P14751	P14751.001	000115,00
04	P14751	P14751	P14751.001	000115,00
05	P14751	P14751	P14751.001	000115,00
06	89.99.2	P14751	89992.001	000000,00
99	--	P14751	--	000460,00

Il campo data di erogazione (posizione 66) andrà compilato con la data dei singoli accessi.

2.1.2 Rendicontazione informatica della prestazione (flusso F)

Il PACC 14.75.1 di cui al DCA n.18/2017 prevede la rendicontazione del farmaco somministrato attraverso il File F come da tracciato di seguito riportato.
Si chiarisce che se il farmaco è acquistato dalla Azienda Sanitaria pubblica, sia che sia somministrato nella stessa struttura, sia che sia somministrato da una Casa di Cura che abbia stipulato uno specifico accordo, il Canale da utilizzare è il Canale "D". Qualora il farmaco sia acquistato direttamente dalla Casa di Cura, il Canale da utilizzare è il Canale "R". Ciò in ottemperanza alle Linee Guida per la trasmissione dei dati su NSIS.
Naturalmente, in ogni caso e come già previsto dal DCA n.18/2017 il prezzo di rimborso del farmaco sarà il prezzo So.Re.Sa. vigente.

3. Il PACC medico

La prescrizione del PACC medico comporterà la rendicontazione su più ricette nel rispetto di omogeneità della branca specialistica di afferenza e del numero massimo di prestazioni prescrivibili.
La ricetta di attivazione avrà lo stesso formalismo del PACC chirurgico mentre le successive seguono le regole prescrittive della Specialistica Ambulatoriale.

Esempio di compilazione del PACC P7804:
(PACC Diagnostico dei Disturbi dell'Equilibrio)

ricetta di attivazione

Progressivo Riga Posizione 48 (2)	**Codice prestazione** Posizione 75 (7)	**Codice PACC** Posizione129 (7)	**Codice Catalogo** Posizione 153 (9)	**Importo totale** Posizione 120 (9)
01	89.99.1	P7804	89991.001	000020,66
02	P7804	P7804	P78040.01	000000,00
03	89.99.2	P7804	89992.001	000029,34
99	--	P7804	--	000050.00

ricette successive

Progressivo Riga Posizione 48 (2)	**Codice prestazione** Posizione 75 (7)	**Codice PACC** Posizione129 (7)	**Codice Catalogo** Posizione 153 (9)	**Importo totale** Posizione 120 (9)
01	88.73.5	P7804	88735.001	000043,90
02	88.72.3	P7804	88723.001	000061,97
99	--	P7804	--	000105,87

Tutte le ricette del medesimo PACC dovranno essere obbligatoriamente rendicontate con la stessa trasmissione del file C – PACC, in ordine sequenziale. Il collegamento tra i record è rappresentato dal numero SDA.
Il campo Branca dovrà essere compilato con il codice 26 per la ricetta di attivazione e con la branca di afferenza delle prestazioni nelle ricette successive.

4. Il PACC non erogato

Per PACC non erogato si intendono tutti quei casi in cui il *case manager,* effettuata la visita di valutazione, ritenga di terminare il percorso o invii l'assistito ad altro regime assistenziale (ricovero ordinario/day hospital).
In tutti questi casi dovrà essere rendicontata nel tracciato la sola prestazione 89.99.1 con la relativa tariffa.

Esempio di compilazione del PACC P13191 (non erogato):
(Occhio DX: Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare)

Progressivo Riga Posizione 48 (2)	**Codice prestazione** Posizione 75 (7)	**Codice PACC** Posizione129 (7)	**Codice Catalogo** Posizione 153 (9)	**Importo totale** Posizione 120 (9)
01	89.99.1	P13191	89991.001	000020,66
99	--	P13191	--	000020,66

Nel caso, invece, in cui il paziente abbandonasse il percorso dopo aver fatto una serie di accessi e prestazioni (PACC medico), il PACC non potrà essere rendicontato e le tariffe relative alle prestazioni eventualmente erogate saranno a carico dell'assistito.

TRACCIATO File C1 - 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
Codice stabilimento		AN	2	13	14	OSP	Valori desunti dai Flussi HSP11Bis ivi indicati come Sub-Codice;
Tipologia Struttura		N	1	15	15	OBB	Valorizzare con: 1=Struttura pubblica 2=Struttura accreditata per la Specialistica ambulatoriale 4=Struttura non accreditata per la Specialistica ambulatoriale
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 fiscale del Medico Case manager		AN	16	21	36	OBB	Codice fiscale del Medico Case manager
Codice fiscale Medico prescrittore		AN	16	37	52	OBB	Codice fiscale del medico prescrittore
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	OSP	Riportare: 1 se maschio 2 se femmina
Data di nascita dell'assistito		N	8	150	157	OBB	Data valida nel formato GGMMAAAA
Cittadinanza		N	1	158	158	OSP	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	
ASL di residenza		N	3	168	170	OBB	
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	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	250	OBB	OBB	Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione.
	Progressivo	N	8	258	OBB	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.
			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	Indicare per le ricette di attivazione (PACC medico e chirurgico) sempre la branca 26. Per le ricette successive del PACC medico, compilare con la branca di afferenza delle prestazioni presenti nella prescrizione.
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 accreditata per la Specialistica ambulatoriale 4=Struttura non accreditata per la Specialistica ambulatoriale
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	OBB	Indicare sempre il valore "P"
Modalità di accesso		N	1	27	27	OBB	Indicare sempre il valore "3"
Ambito assistenziale		N	1	28	28	OBB	Indicare sempre il valore "2"
Luogo di erogazione		N	1	29	29	OBB	Indicare sempre il valore "1"
Livello di Priorità della richiesta		AN	2	30	31	OSP	
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	Il numero coinciderà con il codice presente sulla ricetta.
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 di 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, Valore numerico da "1" a "9" come da tabella DISC/12
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).
Codice identificativo del PACC		AN	7	129	135	OBB	Da riempire con il codice PACC su tuttii progressivi
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 e HSP.13 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 col maggior livello di dettaglio
Data Ultimo accesso PACC		AN	8	145	152	OBB	Compilare solo per il rigo 99 con la data di chiusura del PACC. Deve sempre coincidere con la data 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.
Tipo di Accesso		AN	1	162	162	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
Campo a disposizione della AZIENDA ASL/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	NOB	Valorizzare con SPAZI (blank)
Numero Nosologico SDA		N	8	194	201	OBB	Il Numero Nosologico SDA della cartella clinica ambulatoriale presente sulla scheda SDA va inserito obbligatoriamente sul file C2 in posizione 194. E' un campo numerico costruito con le ultime due cifre dell'anno di competenza e il numero progressivo della SDA (AAXXXXXX). Il numero nosologico deve essere univoco per struttura erogante e per anno di attività.
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).
	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.
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"
			246				

FILE F1 – SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DEI FARMACI - CANALE D/R

DESCRIZIONE CAMPO		TIPO	LUNGHEZZA	Codice	Note
Regione addebitante		AN	3	OBB	Indicare sempre il valore "150"
Az. ASL/Az. Ospedaliera inviante		AN	3	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	OBB	Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione: modello STS11 o HSP11
Codice stabilimento		AN	2	OSP	Valori desunti dai Flussi HSP11Bis ivi indicati come Sub-Codice;
Tipologia Struttura		N	1	OBB	Valorizzare con: 1=Struttura pubblica 2=Struttura accreditata per la Specialistica ambulatoriale 4=Struttura non accreditata per la Specialistica ambulatoriale
Distretto di appartenenza della struttura e		AN	5		lasciare blank
Codice Medico Induttore		AN	8		lasciare blank
Codice fiscale Medico prescrittore		AN	16	OBB	Codice fiscale del medico prescrittore/Case manager
Codice medico prescrittore rilevabile dal timbro		AN	7	OBB	lasciare blank
Tipologia del medico prescrittore		AN	1	OBB	H= Medico Ospedaliero; U= Medico di Azienda Osp.Universitaria; C= Medico di Struttura privata accreditata
Cognome dell'assistito		AN	40	OBB	codice HSP11 + "00"
Nome dell'assistito		AN	40	OBB	
Codice fiscale assistito o codice STP o EI		AN	16	OBB	
Sesso dell'assistito		N	1	OBB	
Data di nascita dell'assistito		N	8	OBB	
Cittadinanza		N	1	OBB	
Luogo di residenza		N	6	OBB	
Regione di residenza		N	3	OBB	
ASL di residenza		N	3	OBB	
Tipo Ricetta		AN	2	OSP	
Codice Istituzione Competente		AN	28	OSP	
Stato Estero		AN	2	OSP	
Numero identificazione personale		AN	20	OSP	
Numero identificazione della tessera		AN	20	OSP	
Progressivo riga per ricetta		N	2	OBB	
Stampa informatizzata della ricetta		N	1	OBB	riempire con 0
Identificativo	Anno	N	4	OBB	anno di riferimento
	Codice Struttura	AN	8	OBB	Codice HSP11 + "00"
	Progressivo	N	8	OBB	Progressivo univoco annuo
		Lunghezza Record	265		

FILE F2 – SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DEI FARMACI - CANALE D/R

Posiz.	Descrizione campo	Tipo	Lungh.	Codice	NOTE
1	Regione addebitante	AN	3	OBB	Indicare sempre il valore "150"
4	Az. ASL/Az. Ospedaliera inviante	AN	3	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);
7	Codice struttura erogatrice	AN	6	OBB	Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione: modello STS11 o HSP11
13	Codice stabilimento	AN	2	OSP	Valori desunti dai Flussi HSP11Bis ivi indicati come Sub-Codice;
15	**Codice Tipo Erogatore**	**N**	**2**	OBB	Riempire con 01 se Struttura ospedaliera, 06 se struttura ASL
17	**Canale di erogazione**	**AN**	**1**	OBB	D/R
18	**Tipo Struttura Erogante**	**N**	**1**	OBB	riempire con 0
19	Tipologia farmaco erogato	AN	3		lasciare blank
22	Modalità di erogazione del farmaco	AN	3	OBB	riempire con D02
25	Numero Nosologico SDA	N	8	OBB	Il Numero Nosologico SDA della cartella clinica ambulatoriale presente sulla scheda SDA va inserito obbligatoriamente sul file F2. E' un campo numerico costruito con le ultime due cifre dell'anno di competenza e il numero progressivo della SDA (AAXXXXXX). Il numero nosologico deve essere univoco per struttura erogante e per anno di attività.
33	Numero ricetta	AN	1	OBB	Valorizzare con lettera "D" (Day service) se ricetta cartacea rossa o con la lettera "E" se ricetta dematerializzata (promemoria)
34		AN	15	OBB	Il numero coinciderà con il codice presente sulla ricetta.
49	Progressivo riga per prescrizione	N	2	OBB	
51	**Data della Prescrizione**	**AN**	**8**	OBB	
59	Data erogazione	AN	8	OBB	Data in cui è stato erogato il farnaco
67	Codice farmaco	AN	10	OBB	
77	**Tipo Medicinale**	**N**	**1**	OBB	Riempire sempre con 1 (Farmaco con AIC)
78	**Targatura**	**AN**	**10**	OBB	Inserire num. Targa
88	Unità di misura	N	2	OBB	riempire con 0
90	Quantità	N	9	**OBB**	
99	**Importo unitario**	**N**	**14**	OBB	riempire con 0
113	**Importo quota fissa Assistito**	**N**	**9**	OBB	riempire con 0
122	**Importo quota % a carico Assistito**	**N**	**9**	OBB	riempire con 0
131	**Fattore di Conversione**	**N**	**6**	OBB	
137		**N**	**1**	OBB	riempire con 0
138	**Esenzione**	**AN**	**6**	OBB	lasciare blank
144		**N**	**1**	OBB	riempire con 0
145	Onere della Prestazione	N	1	OBB	riempire con 1
146	**Costo del Servizio per impegnativa**	**N**	**9**	OBB	riempire con 0
155	**Costo del Servizio per Farmaco**	**N**	**9**	OBB	riempire con 0
164	Importo totale	N	14	OBB	Prezzo SORESA vigente
178	Posizione Contabile - Campo Vuoto	AN	1		lasciare blank
179	ERR01 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
180	ERR02 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
181	ERR03 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
182	ERR04 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
183	ERR05 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
184	ERR06 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
185	ERR07 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
186	ERR08 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
187	ERR09 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
188	ERR10 - Campo vuoto	AN	1		lasciare blank
189		N	4	OBB	Anno di Riferimento della Ricetta (Anno di Erogazione).

193	Identificativo	AN	8	OBB	Rappresenta il codice della struttura che eroga la prestazione.
201		N	8	OBB	Progressivo univoco nel corso dell'anno di riferimento per la singola struttura erogatrice.
209	Anno e mese di invio	N	6	OBB	Anno e mese di contabilizzazione in cui viene inviato il file
215	ASL Campana iniziale di addebito	N	3	OBB	riempire con 0

Lunghezza record 217