

ALL.2 CATALOGO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI vers.3

Manutenzione e revisione

Obiettivo del lavoro è stato analizzare alcune criticità che si sono poste alla luce delle esperienze maturate nel periodo di utilizzo del Catalogo regionale di cui alla DGRC 431 del 24/09/2015 e successive modifiche, nonché esaminare i rilievi pervenuti dai vari attori del sistema sanitario regionale ed eventuali problematiche emergenti.

Si sottolinea che il Catalogo Regionale, rappresentando un lavoro di condivisione tramite ulteriori confronti con gli operatori, deve essere sottoposto, come in tutte le Regioni, a procedure di manutenzione e di revisione costante. Gli aggiornamenti, naturalmente, devono essere sviluppati anche in funzione di nuove disposizioni normative nazionali e di nuove prestazioni o nuove metodiche e procedure nell'esecuzione delle prestazioni.

Si ricorda che l'articolazione delle prestazioni nelle diverse branche specialistiche è finalizzata esclusivamente all'applicazione delle disposizioni in materia di compilazione della ricetta e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini (DM 22 luglio 1996; Circolare del Ministero della Salute del 1 aprile 1997). La regolamentazione dell'erogazione delle prestazioni discende dal possesso, da parte dell'erogatore di strutture, attrezzature e competenze necessarie all'effettuazione della prestazione oltre che dei requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale.

CATALOGO REGIONALE vers.3

Il "Catalogo vers.3" è composto dall'insieme dei contenuti rappresentati nell'allegato 1 del file .xls.

Il Catalogo è costituito da una serie di righe, una per ogni prestazione e da una serie di colonne che sono, nell'ordine, per ogni prestazione:

Colonna A: Codice Nazionale D.M. 18/10/2012.

Colonna B: Descrizione Nazionale D.M. 18/10/2012.

Colonna C: Codice Nomenclatore Regionale Decreto Commissariale n. 32 del 27.03.2013

Colonna D: Descrizione Nomenclatore Regionale D.C. n. 32 del 27.03.2013

Colonna E: Tariffa vigente

Colonna F: Codice della Brancha (o delle Branche)

Colonna G: Descrizione della Brancha (o delle Branche)

Colonna H: Note redatte ai sensi della Circolare del 01/04/97 del Ministero della Salute

Colonna I: Codice Catalogo

Colonna J: Descrizione CATALOGO - Le descrizioni riportate nella colonna sono state redatte con la lunghezza più breve possibile, al fine di consentire una gestione informatica semplificata della prestazione, ma, seppure stilate con la massima cura, possono non essere esaustive.

Colonna K: Indicazioni prescrittive che sono da considerare informazioni e suggerimenti, al fine di favorire la corretta e appropriata prescrizione da parte del Medico curante. Tuttavia, in taluni casi specifici, le indicazioni indicano modalità obbligatorie da seguire da parte del prescrittore/erogatore.

Si riportano di seguito le modifiche più salienti.

PRESCRIZIONE E RENDICONTAZIONE DI PERCORSI AMBULATORIALI COORDINATI E COMPLESSI (PACC)

Nel Catalogo regionale vers.3 sono stati introdotti i nuovi codici del Nomenclatore e del Catalogo regionale e le modalità di prescrizione e rendicontazione previste dal DCA n.31 del 19/04/18, nonché la sospensione del PACC con codice PC381 ai sensi della nota del Commissario ad acta n.11276 del 10/05/18.

Si ricorda che le prescrizioni di prestazioni PACC devono essere effettuate singolarmente dal medico prescrittore, un solo PACC per ricetta. Qualora il case manager, dopo la prima visita, ritenga, di terminare il percorso o invii l'assistito ad altro regime assistenziale (ricovero ordinario/day hospital), il PACC risulterà come "non erogato" ed in tal caso sarà rendicontata dall'erogatore la sola prestazione 89.99.1 con la relativa tariffa. Nel caso in cui il paziente abbandonasse il percorso dopo aver fatto una serie di accessi e prestazioni, il PACC non potrà essere rendicontato dall'erogatore e le tariffe relative alle prestazioni eventualmente erogate saranno a carico dell'assistito.

PRESTAZIONI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Nel Catalogo regionale vers.3 sono state recepite i nuovi codici del Nomenclatore e del Catalogo regionale, nonché le tariffe introdotti dal DCA n. 21 del 04/02/19. Per la prestazione con codice 69.92.1 "CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE", già presente nel Catalogo precedente, la tariffa è stata modificata ai sensi del DCA citato.

Per quanto riguarda le condizioni di prescrivibilità ed erogabilità si rimanda all'all.2 della Circolare del Commissario ad acta n.472/C del 28/02/19.

LISTE DI ATTESA

Con il DCA 52 del 04/07/19 la Campania ha recepito l'Intesa tra Governo e Regioni sul nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021. Il nuovo PNGLA ha modificato l'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio.

Nell'allegato 3 denominato "Prestazioni PNGLA - Corrispondenza codici Nomenclatore e Catalogo regionale" è riportata la tabella di decodifica per le 69 prestazioni oggetto di monitoraggio nel PNGLA 2019-2021 con l'associazione dei codici di cui all'all.4 del DPCM 12/01/17 con i corrispondenti codici del Catalogo regionale/Nomenclatore regionale vigente, già trasmessa al Ministero della Salute ed alla Ragioneria Generale dello Stato - MEF.