



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. 4 DEL 12/1/2018

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 DCA 35 dello 08.08.2017" (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";

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

- a. che la Legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b. che il DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, nell'Allegato 2C, ha individuato le prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato per le quali occorre comunque prevedere modalità diverse di erogazione, ed ha definito "inappropriati" 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;
- c. che il DPCM 29/11/2001, in particolare, ha demandato alle Regioni l'individuazione di soglie di ammissibilità per 43 DRG a elevato rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario;
- d. 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 razionalizzare ed incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, nell'Allegato A), ha individuato una lista di 108 DRG ad alto rischio di inappropriata, che va riferita ai soli ricoveri per acuti;
- e. 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;
- f. che il D.P.C.M 12/01/17 recante la "Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'art.1, comma 7 del D. Lgs. 30/12/92, n.502", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, nell'allegato 6A, ha individuato i DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria, e nell'allegato 6B, ha individuato le prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale;
- g. che il citato DPCM 12/01/17, agli artt. 39 e 41, ha demandato alle Regioni le 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;

h. che lo stesso DPCM ha stabilito 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

a. 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);

b. 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;

c. il citato DCA n. 58 del 30.09.2010 è stato successivamente modificato ed integrato dal DCA n. 17 del 20.03.2014;

d. con DCA n. 156 del 21/11/2016 e DCA n. 18 del 09/03/17 è stato normato il PACC relativo alle "Iniezioni intravitreali di sostanze terapeutiche";

e. con DCA 35 dello 08.08.2017, 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

a. che il tasso di ospedalizzazione in Regione Campania, per quanto decrescente, è ancora al di sopra del valore di soglia indicato dalla Legge n. 135/2012 e che, pertanto, per allinearsi alle indicazioni ministeriali, occorre ridurre ulteriormente il numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati;

b. che, a tal fine, è necessario incentivare ulteriormente il trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni che ancora vengono impropriamente erogate in regime di ricovero sia ordinario che diurno;

c. che la Regione Campania, all'atto della nomina dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, ha posto tra gli obiettivi assegnati 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;

CONSIDERATO, altresì

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 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 omnicomprendenti 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;

RITENUTO

a. di dover recepire i rilievi formulati dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e, pertanto, modificare ed integrare le misure organizzative già adottate per l'erogazione dei Pacchetti Complessi e Coordinati e (PACC) in regime di day service;

b. 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 di cui alla DGRC n° 329 del 06/07/2016 ed al DCA n°82 del 22/07/2016;

c. di dover precisare:

1. 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;

2. 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;

3. 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 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;

4. che i PACC medici (Tabella B2) possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche, classificate o equiparate, dai poliambulatori pubblici, dalle case di cura private accreditate esclusivamente per le casistiche dei DRG che già 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. che per i PACC medici possono essere erogate unicamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale ricomprese nel vigente nomenclatore regionale;

6. che per i PACC medici per i quali si è provveduto a definire specifiche liste 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, possono essere richiesti, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo al regime ambulatorio tradizionale;

7. che per i PACC medici, per i quali non sono state definite specifiche liste, 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 specialistica 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 ambulatorio tradizionale;

8. 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;
9. 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;
10. 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;
11. 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 del numero massimo dei ricoveri ad alto rischio di non appropriatezza ammissibili in regime ordinario e di day hospital, riportati nell'all.1 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 2015 – 2016 – 2017;
- b. di stabilire che, a far data dal 01.1.2018, nelle more dell'emanazione delle nuove soglie previste dal DPCM 12 gennaio 2017, la Regione debba fissare, 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 in appropriatezza che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
- c. 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 onnicomprensiva già approvata con DCA 17 del 30 marzo 2014;
- d. 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 onnicomprensiva 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;
- e. 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 delle tariffe per le singole prestazioni previste dal vigente nomenclatore regionale effettuate in regime di Day Service;
- f. di stabilire che, a far data dal 01.01.2018, il superamento del numero dei ricoveri di cui alle soglie di ammissibilità del citato allegato B1 e B2 determinerà l'applicazione della tariffa dei PACC definita con il presente provvedimento, abbattuta del 30% dei ricoveri in esubero;
- g. 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;
- h. 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;
- i. 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, solo qualora tutte le prestazioni erogate siano comprese nell'elenco delle prestazioni a 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;

l. 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 tabelle B1e B2 allegate che formano parte integrante del presente atto, nonché eliminare dal Nomenclatore tariffario le prestazioni con codice 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva) e 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo);

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 che forma parte integrante del presente atto;

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. Le proposte formulate devono essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza rispetto ai bisogni assistenziali, elencando per ogni PACC le relative liste ragionate di prestazioni erogabili, secondo le modalità stabilite nell'allegato A che forma parte integrante del presente atto;

o. 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 con Cod. diverso;

4. che compete 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;

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 agli allegati B1, B2 e B3 e le "linee guida per l'attuazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)" di cui all'allegato A, entrano in vigore a far data dal 1 aprile 2018, fermo restando che dal 1 gennaio 2018 trovano applicazione le nuove soglie di ammissibilità di cui alle tabelle B1 e B2;

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 31/03/2018;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

DECRETA

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

- di **APPROVARE**, ad integrazione e modifica del DCA n. 17 del 20.03.2014 e del DCA n. 35 dello 08.08.2017, il documento "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)" allegato A e gli allegati relativi alle Tabella B1, B2 e B3 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di **PRECISARE** che i PACC medici possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche, classificate o equiparate, dai poliambulatori pubblici, dalle case di cura private accreditate esclusivamente per le casistiche dei DRG che già 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;
- 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;
- 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 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;
- di **STABILIRE** che le case di cura accreditate, non ancora in possesso del codice STS 11 identificativo per l'erogazione dei PACC, devono richiederlo con le modalità previste dalla precitata Circolare;
- 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.1 del DCA n.17/14, sulla base delle note del Sub Commissario ad Acta n. 2713 del 14.06.2017 e 2832 del 22.06.2017, anche per gli anni 2016 e 2017;
- di **FISSARE**, a far data dal 01.1.2018, 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 inappropriatezza allegate al presente atto;
- di **STABILIRE** che, a far data dal 01.01.2018, 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, abbattuta del 30% ai ricoveri in esubero;

- di **CONFERMARE** per le procedure chirurgiche già previste in regime di day service e riportate nella tabella B1, allegata al presente atto, la tariffa onnicomprensiva approvata con DCA 17 del 20/03/2014;
- 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 onnicomprensiva 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;
- 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 per le singole prestazioni previste dal vigente nomenclatore regionale effettuate in regime di Day Service, 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 con Cod. diverso;
- 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;
- 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.
- 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, solo qualora tutte le prestazioni erogate siano comprese nell'elenco delle prestazioni 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;
- 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;
- di **STABILIRE**, altresì:
 - 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;

- 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 nocimento al paziente, ad eccezione di quanto già previsto dal DCA n.18 del 09/03/17;
- 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;
- 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 B1 e B2 allegate, eliminare le prestazioni con i codici 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva) e 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo);
- 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;
- di **INCARICARE** il Referente art.50 L.326/2003 della Regione Campania di trasmettere il presente atto alla Sogei, al fine dell'adeguamento delle ricette dematerializzate e del Sistema TS, e la So.Re.Sa. SpA di effettuare i necessari adeguamenti attraverso il web service;
- di **STABILIRE** che le nuove tariffe, nonché le codifiche di cui agli allegati B1, B2 e B3 e le "linee guida per l'attuazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)" di cui all'allegato A, entrano in vigore a far data dal 1 aprile 2018;
- 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 31/03/2018;
- di **PREVEDERE** che la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale adotti le misure idonee alla adozione e diffusione di quanto previsto nel presente atto per l'entrata in vigore delle tariffe, e dei collegati codici del catalogo, a partire dal 1 aprile 2018;
- di **PREVEDERE** che la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale definisca con apposita Circolare le modalità di controllo a carico delle AA.SS.LL., dell'applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento;

- di **STABILIRE** che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnostico-terapeutico delle specifiche patologie, nonché l'elenco dei PACC, possono essere aggiornati sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie formulate nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza rispetto ai bisogni assistenziali, elencando per ogni PACC le relative liste ragionate di prestazioni erogabili, secondo le modalità stabilite nell'allegato A;
- di **TRASMETTERE** il presente provvedimento, attraverso la procedura SIVEAS, al Tavolo di Verifica per la valutazione di competenza, con riserva di adeguarlo alle eventuali prescrizioni formulate dai Ministeri vigilanti, nonché alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA;
- di **TRASMETTERE** il presente provvedimento 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 Sanitarie Regionali, all'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo Sanitario e Sociosanitario, a So.Re.Sa. S.p.A. per quanto di competenza, ed al BURC per gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

*Il Direttore Generale
per la Tutela della Salute
ed il Coordinamento del SSR
Avv. Antonio Postiglione*

*Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amico*

DE LUCA



Regione Campania

**Il Commissario ad acta per l'attuazione del
Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10 luglio 2017)**

**SCHEDA TECNICA DI ACCOMPAGNAMENTO AL DECRETO 4 del 17.01.2018 AD 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
DCA 35 del 8.8.2017"**

Rilevato 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 decreto 35 del 8.8.2017 che definisce le linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) medici e chirurgici sono state evidenziate talune criticità ed in particolare:

- 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.
- 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 omnicomprendenti 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.
- 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 il PACC.

Sono stati pertanto recepiti i rilievi e si è provveduto a modificare ed integrare le misure organizzative già adottate dalla regione Campania per l'erogazione dei pacchetti Complessi e Coordinati e (PACC) in regime di day service e pertanto a ridefinire, nell'allegato A, le modalità prescrittive ed erogative dei PACC anche alla luce della introduzione in Campania della ricetta dematerializzata di cui alla DGRC n° 329 del 06/07/2016 e DCA n°82 del 22/07/2016.

Il Decreto è adottato con riferimento all'intervento prioritario di cui al punto vii) della Delibera del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 "Attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale".

Il Direttore Generale per la Tutela della Salute
ed il Coordinamento del S.S.R.
Avv. Antonio Postiglione

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 di norma entro 60 giorni, 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:

Per gli utenti

- presa in carico in percorsi assistenziali incentrati sul reale bisogno di salute;
- accesso sanitario e amministrativo facilitato (richiesta unica del MMG/PLS);
- riduzione del tempo di attesa.

Per l'Azienda Sanitaria

- ampliamento dell'offerta e miglioramento della qualità dell'assistenza;

- riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriately, 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 implicino l'allungamento della durata delle degenze o dei tempi di attesa ambulatoriali.

3.a - Attivazione del PACC

Il paziente, all'atto del primo accesso, deve esibire al case-manager della struttura una richiesta di visita specialistica con annotazione "Per attivazione PACC n. XXX" formulata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Lo specialista 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, individuando e selezionando le prestazioni di specialistica ambulatoriale più appropriate alla soluzione della problematica assistenziale che indicherà su carta bianca per il medico prescrittore.

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. L'avvio del PACC è subordinato alla presentazione delle ricette de-materializzate o rosse.

3.b – Prescrizione del PACC

Per i PACC chirurgici sulla prescrizione devono essere indicati i codici del Nomenclatore e Catalogo regionali e la relativa denominazione del PACC specifico.

Per i PACC medici sulle prescrizioni non devono essere indicati i codici e la denominazione del PACC del Nomenclatore e del Catalogo regionale, ma devono essere prescritte i codici delle singole prestazioni che lo compongono ricomprese nel vigente nomenclatore regionale (ed i relativi codici catalogo). 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.

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.

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. Laddove il case manager per risolvere il quesito diagnostico, non ritenga appropriato effettuare il PACC, 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. c – Regole tecniche per la prescrizione del PACC

Tutti i PACC, chirurgici e medici, devono essere prescritti riportando da parte del medico il valore "P" nel campo di ricetta denominato "altro": tale regola si intende valida sia che si compili una ricetta cartacea che una ricetta dematerializzata. In caso di prestazione PACC la quantità deve essere sempre uguale ad 1.

Per le ricette dematerializzate per i PACC medici deve essere compilato in maniera informatica da parte del gestionale in uso al medico il campo del tracciato di prescrizione denominato testata2 componendo il campo in tal modo: P=Codice_pacc (ad es. per il PACC1 il campo deve essere compilato nel seguente modo: P=PACC1).

Il gestionale in uso da parte degli erogatori deve permettere la visualizzazione di tale campo.

3.d - 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

La tariffa della prestazione erogata come PACC chirurgico è onnicomprensiva 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, onnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati, 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 con Cod. diverso.

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, solo qualora tutte le prestazioni erogate siano comprese nell'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 PACC non venga attivato, verrà remunerata la sola prima visita specialistica che sarà registrata 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 e le tariffe relative alle prestazioni eventualmente erogate dovranno essere addebitate all'assistito.

6. CONTROLLI SULLE ATTIVITA' DI PACC AMBULATORIALE

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 dematerializzate 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 sono trasmesse anche attraverso un File C separato rispetto alle altre attività di assistenza specialistica che eventualmente la struttura già eroga. Per quanto riguarda i tracciati e le specifiche tecniche si rimanda ai documenti del Sistema TS relativi alla specialistica ambulatoriale ed al documento nota So.Re.Sa. n° R158/16-0013451 del 03/10/16, per quanto compatibili.

Con il presente decreto vengono eliminati il codice 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva) e il codice 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo).

9. PROPOSTA DI NUOVI PACC ED AGGIORNAMENTO

Gli aggiornamenti e le nuove proposte di PACC, nonché l'elenco delle relative liste ragionate di prestazioni erogabili 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, nonché il referente regionale 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:

- l'esigenza e/o la documentazione scientifica attestante l'efficacia clinica del percorso;
- una specifica elencazione per ogni PACC delle relative liste ragionate di prestazioni erogabili che compongono il pacchetto con l'esplicitazione dei protocolli diagnostico-terapeutici, individuati dai professionisti interessati;
- la tipologia dei pazienti cui il percorso è rivolto con i criteri di inclusione e di esclusione;
- 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;
- se il percorso è diagnostico o terapeutico;
- se il percorso è di tipo medico o chirurgico;
- 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.

Tabella B1 Modifica/Integrazione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio di cui al Decreto Commissariale n. 32 del 27.03.2013 (tenendo conto delle codifiche dell'Al.4 del DPCM 12/01/17)

DRG	MDC	Tipo DRG	Descrizione DRG	Codice Nomenclatore	Descrizione PACC	Note	Soglia 2018	Tariffa Prestazione	Annotazione
006	1	C	Decompressione Tunnel carpale	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	2	€ 712,50	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
008	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	PC008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	H		€ 2.068,00	
				04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	2	€ 738,10	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
036	2	C	Interventi sulla retina	PC036	Interventi sulla retina	H		€ 1.193,00	
36/42	2	C		14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Escluso: costo del farmaco	H	2	€ 115,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
038	2	C	Interventi primari sull'iride	PC038	Interventi primari sull'iride	H	2	€ 951,00	
039	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13	H		€ 898,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
				13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (In occhio fatico)		2	€ 1.009,32	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
				13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	H		€ 723,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
				13.8	REMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	H		€ 1.032,90	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	PC040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	H		€ 1.292,00	
40/41	2	C		08.72	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)	H		€ 1.166,60	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
				08.74	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)	H	2	€ 1.166,60	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	PC041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	H		€ 1.037,00	
042	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	PC042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	H	3	€ 1.218,00	
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	PC051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	H	2	€ 1.182,00	
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	PC055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	H	19	€ 1.290,00	
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	PC059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	H	2	€ 771,00	
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	PC060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	H	2	€ 522,00	
061	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	20.01	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO (MIRINGOTOMIA). Incluso: anestesia e drenaggio	H	2	€ 1.388,00	
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni						
119	5	C	Legatura e stripping di vene	PC119	Legatura e stripping di vene	H	4	€ 1.246,00	
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC	PC158	Interventi su ano e stoma senza CC	H	33	€ 806,00	
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	PC160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	H	41	€ 1.218,00	
162/163	6	C		53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	H R		€ 1.140,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
				53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	H R	22	€ 1.140,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
				53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	HR		€ 1.140,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
				53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	H R		€ 1.140,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	HR	2	€ 971,20	
				53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiológica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	HR		€ 971,20	
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC	PC168	Interventi sulla bocca con CC	H	2	€ 1.089,00	
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC	PC169	Interventi sulla bocca senza CC	H	3	€ 1.089,00	
225	8	C		77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	HR	0	€ 774,73	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
225	8	C		84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	HR		€ 750,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	PC227	Interventi sui tessuti molli senza CC	H	19	€ 1.199,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H		€ 1.750,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
				81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	2	€ 1.750,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R	9	€ 750,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
				84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R		€ 750,00	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
232	8	C	Artroscopia	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R	2	€ 516,50	(DCA 17/2014 con cod. diverso)
261	9	C		PC261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne, eccetto biopsie e escissione locale		0	€ 1.568,00	
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	PC262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	H	2	€ 930,00	
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	PC266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	H	5	€ 1.386,00	
267	9	C		PC267	Interventi perianali e pilonidali		0	€ 697,60	
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	PC268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	H	2	€ 1.725,00	
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	PC270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	H	7	€ 879,00	
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	PC339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	H	9	€ 954,00	
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	PC340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	H	7	€ 894,00	
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni	PC342	Circoncisione, età > 17 anni	H	2	€ 768,00	
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni	PC343	Circoncisione, età < 18 anni	H	2	€ 537,00	

DRG	MDC	Tipo DRG	Descrizione DRG	Codice Nomenclatore	Descrizione PACC	Note	Soglia 2018	Tariffa Prestazione	Annotazione
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	PC345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	H	8	€ 1.065,00	
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	PC360	Interventi su vagina, cervice e vulva	H	9	€ 1.106,00	
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube	PC362	Occlusione endoscopica delle tube	H	2	€ 938,00	
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	PC364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	H	5	€ 815,00	
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	PC377	Diagnosi relative a post-parto e post-aborto con intervento chirurgico	H	22	€ 1.041,00	
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	PC381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	H	7	€ 879,00	
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	PC503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	H	10	€ 1.607,00	
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	PC538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	H	13	€ 1.406,00	

Tabella B2 Modifica/Integrazione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio di cui al Decreto Commissariale n. 32 del 27.03.2013 (tenendo conto delle codifiche dell'Al.4 del DPCM 12/01/17)

DRG	MDC	Tipo DRG	Descrizione DRG	Codice Nomenclatore	PACC	Note	Soglia 2018	Tariffa Prestazioni	Annotazione
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	PM013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare		39		
				P340	PACC Sclerosi Multipla				{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	PM019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC		35		
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	PM047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC		2		
65	3	M	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)	P7804	PACC Diagnostico dei disturbi dell'equilibrio		2		{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	PM070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni		43		
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	PM073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni		12		
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	PM074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni		3		
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	P4912	PACC diagnostico broncopatia cronica ostruttiva per malattia polmonare cronica ostruttiva		74		{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
				P4939	PACC diagnostico asma				{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto urgenze)	PM131	Malattie vascolari periferiche senza CC		16		
133	5	M	Aterosclerosi senza CC (eccetto urgenze)	PM133	Aterosclerosi senza CC		6		{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
				P414	PACC Valutazione funzionale del paziente con cardiopatia ischemica				
134	5	M	Iperensione (eccetto urgenze)	P4011	PACC diagnostico Iperensione - primo Inquadramento o sospetta ipertensione secondaria		5		{DCA 17/2014}
				P4012	PACC diagnostico Iperensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari				{DCA 17/2014}
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	P427	PACC Diagnosi e follow up delle aritmie cardiache		37		{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
142	5	M	Sincope e collasso senza CC (eccetto urgenze)	PM142	Sincope e collasso senza CC		2		
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	P5351	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 1, età > 17 anni		52		{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
				P5641	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2, età > 17 anni				{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (eccetto urgenze)	P5352	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 1, età < 18 anni		2		{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
				P5642	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2, età < 18 anni				{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	PM189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC		25		
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi,	P5714	PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia		39		{DCA 17/2014}
				P5715	PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia				{DCA 17/2014}
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC (eccetto urgenze)	PM208	Malattie delle vie biliari senza CC		52		
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	PM241	Malattie del tessuto connettivo senza CC		27		
243	8	M	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	PM243	Affezioni mediche del dorso		14		
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	PM245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC		27		
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite	PM248	Tendinite, miosite e borsite		4		
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	PM251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC		27		
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	PM252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni		7		
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	PM254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC		39		
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	PM256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo		12		
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	PM276	Patologie non maligne della mammella		2		
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	PM281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC		2		
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)	PM282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni		2		
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC	PM283	Malattie minori della pelle con CC		102		
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC	PM284	Malattie minori della pelle senza CC		3		
294	10	M	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)	P2501	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo in pazienti con età > 35 anni		18		{DCA 17/2014}
295	10	M	Diabete, età < 36 anni	P2502	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo, in pazienti con età < 36 anni				{DCA 17/2014}
294/295/301	10	M		P2780	PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA'				{DCA 17/2014 con lista prestazioni}
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	PM299	Difetti congeniti del metabolismo		2		
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	PM301	Malattie endocrine senza CC		9		
				P241	PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide				{DCA 17/2014}

DRG	MDC	Tipo DRG	Descrizione DRG	Codice Nomenclatore	PACC	Note	Soglia 2018	Tariffa Prestazioni	Annotazione
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	PM323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni		18		
				98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Prima seduta. Incluso: visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	H		€ 600,00	Tariffa già prevista nel DCA 17/2014 con cod. diverso
				98.51.2	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 98.51.1	H		€ 450,00	Tariffa già prevista nel DCA 17/2014 con cod. diverso
				98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.	H		€ 150,00	Tariffa già prevista nel DCA 17/2014 con cod. diverso
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)	P592	PACC per nefrolitiasi o per colica renale		22		(DCA 17/2014 con lista prestazioni)
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	P583	PACC Diagnostico Nefropatie		13		(DCA 17/2014 con lista prestazioni)
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	PM327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni		22		
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	PM329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC		18		
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	PM332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC		33		
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	PM333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni		9		
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	PM349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC		3		
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	PM352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile		2		
				P606	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Uomo				(DCA 17/2014 con lista prestazioni)
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	PM369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile		24		
				P627	PACC diagnostico menopausa				(DCA 17/2014)
				P628	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Donna				(DCA 17/2014 con lista prestazioni)
384	14	M	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	PM384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche		35		
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	PM395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni		6		
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	PM396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni		8		
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	PM399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e Immunitario senza CC		26		
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	PM404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC		21		
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	PM411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia		7		
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	PM412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia		2		
426	19	M	Nevrosi depressive (eccetto urgenze)	PM426	Nevrosi depressive		2		
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)	PM427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive		2		
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	PM429	Disturbi organici e ritardo mentale		31		
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	PM467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute		3		
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	PM490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate		2		
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	P345	PACC Epilessia		62		(DCA 17/2014 con lista prestazioni)
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni	P784	PACC Diagnostico per cefalea e altre sindromi dolorose neurologiche		52		(DCA 17/2014 con lista prestazioni)

Tabella B3 Modifica/Integrazione dell'All. 1 DGRC 431/2015 e s.m.i.

Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW
04.43	044300.01	Liberazione del tunnel carpale - Polso DX
	044300.02	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
04.44	044400.01	Liberazione del tunnel tarsale - Piede DX
	044400.02	Liberazione del tunnel tarsale - Piede SX
PM013	PM0130.001	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
14.79	147900.01	INIEZIONI INTRAVITREALI DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - OCCHIO DX
	147900.02	INIEZIONI INTRAVITREALI DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - OCCHIO SX
PC038	PC0380.01	Interventi primari sull'Iride - Occhio DX
	PC0380.02	Interventi primari sull'Iride - Occhio SX
13.19.1	131910.01	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE - Occhio DX
	131910.02	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE - Occhio SX
13.70.1	137010.01	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fahico) - Occhio DX
	137010.02	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fahico) - Occhio SX
13.72	137200.01	Impianto secondario di cristallino artificiale - Occhio DX
	137200.02	Impianto secondario di cristallino artificiale - Occhio SX
13.8	138000.01	Rimozione di cristallino artificiale impiantato - Occhio DX
	138000.02	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
08.72	087200.01	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con (08.6) - Occhio DX
	087200.02	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con (08.6) - Occhio SX
08.74	087400.01	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con (08.6) - Occhio DX
	087400.02	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con (08.6) - 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
20.01	200100.01	Miringotomia con inserzione di tubo - DX
	200100.02	Miringotomia con inserzione di tubo - 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

Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW
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
53.00.1	530010.01	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - DX
	530010.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - SX
53.00.2	530020.01	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - DX
	530020.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - SX
53.21.1	532110.01	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - DX
	532110.02	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - SX
53.29.1	532910.01	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - DX
	532910.02	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - SX
53.41	534100.01	Riparazione di ernia ombelicale con protesi (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)
53.49.1	534910.01	Riparazione di ernia ombelicale (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)
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
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
77.56	775600.01	Riparazione di dito a martello/artiglio (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	775600.02	Riparazione di dito a martello/artiglio (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
84.11	841100.01	Amputazione di dita del piede (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	841100.02	Amputazione di dita del piede (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
PC227	PC2270.01	Interventi sui tessuti molli senza CC
81.72	817200.01	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea senza impianto (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	817200.02	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea senza impianto (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
81.75	817500.01	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita post-intervento) - DX
	817500.02	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita post-intervento) - SX
84.01	840100.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	840100.02	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
84.02	840200.01	Amputazione e disarticolazione del pollice (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX

Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW
	840200.02	Amputazione e disarticolazione del pollice (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX
80.20	802000.01	Artroscopia sede non specificata (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX
	802000.02	Artroscopia sede non specificata (visita anestesiologicala 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
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 < 35 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
98.51.1	985110.01	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Prima seduta. Incluso: visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2
98.51.2	985120.01	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 98.51.1
98.51.3	985130.01	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
PC339	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
PC340	PC3400.02	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni -SX

Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW
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
PC503	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