



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. 35 DEL 08/08/2017

OGGETTO: Interventi tesi a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri: "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)"
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta VII)

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 del 24 luglio 2009 con la 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 Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010, con cui il neo Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;

VISTE le deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013, con le quali è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della regione Campania;

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

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, lo scrivente è stato nominato, quale 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 10/07/2017, 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) la *“attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale”*;

RICHIAMATO

- il comma 80 dell' articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 secondo cui *“Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che e' obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”*;
- il comma 231 bis dell' articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 così come introdotto dal comma 34, dell'articolo 1, della legge regionale 4 agosto 2011, n. 14 secondo cui: *“il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 , convertito con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all'art. 2, coma 88 della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell'efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 2, comma 80 della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni individuate, sospendendole o abrogandole”*;
- 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

- che l'art.1, comma 180 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2005)”* e, in particolare, 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;

– che la Giunta regionale della Campania, con deliberazione n. 460 del 20/03/2007, ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania previsto dal medesimo art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

RILEVATO

– 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 individuare modalità più appropriate 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”;

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

– che l'intesa Stato Regioni del 03.12.2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010/2012, in particolare all'art.6, comma 5, al fine di razionalizzare ed incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, ha individuato - all'Allegato A) - una lista di 108 DRG ad alto rischio di inappropriata, che va riferita ai soli ricoveri per acuti;

– che il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni della 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;

– che il D.P.C.M 12/01/17 (“Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'art.1, comma 7 del D. Lgs. 30/12/92, n.502”), pubblicato nel S.O. della Gazzetta Ufficiale n.65 del 18 marzo 2017 nell'allegato 6A individua i DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria e nell'allegato 6B individua le prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di *day surgery* trasferibili in regime ambulatoriale;

– che il citato DPCM 12/01/17 negli artt. 39 e 41 demanda 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;

– 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;

RILEVATO, altresì

– che 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);

– che con Decreto Commissariale n. 58 del 30.09.2010 sono state approvate, per i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza, soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in *day hospital* nonché la relativa casistica da trasferire al regime ambulatoriale;

– che, pertanto anche al fine di perseguire l'obiettivo di cui sopra e per fornire indicazioni più puntuali circa le misure organizzative che le strutture di ricovero pubbliche equiparate e private, nonché i poliambulatori pubblici devono attuare per l'erogazione delle prestazioni in ambulatorio e in *day service*, la Regione Campania ha adottato DCA n. 17 del 20.03.2014 che revoca e sostituisce il citato DCA n. 58/2010;

– che 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" ;

DATO ATTO

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

– che occorre pertanto incentivare ulteriormente il trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni che ancora vengono impropriamente erogate in regime di ricovero, sia ordinario che diurno;

– che, a tal fine, la Regione Campania, all'atto della nomina dei Direttori Generali delle A.S.L. ed. A.O. ha individuato, tra gli obiettivi, la riduzione del rapporto tra i ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza ed i ricoveri attribuiti a DRG non ad alto rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario;

RAVVISATO

– che occorre adottare misure organizzative integrative di quelle già previste per l'erogazione dei Pacchetti Complessi e Coordinati (PACC) in regime di *day service*;

– che a tanto possa provvedersi attraverso l'approvazione del documento allegato A "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 e DCA n° 82 del 22/07/2016;

– che occorre precisare:

-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;

-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;

– 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 commissariale n° 3020/C del 04.08.2015;
- 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 commissariale n° 3020/C del 04.08.2015;
- 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 n. 3020/C del 04.08.2015;
- 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

- 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, anche sulla base delle note commissariali n. 2713 del 14.06.2017 e 2832 del 22.06.2017;
- 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 dei DRG chirurgici e medici ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato B1 che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 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;
- 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 e medici 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, ad eccezione di quanto previsto nel DCA n.18 del 09/03/17;
- 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 determinerà l'applicazione della tariffa dei PACC definita con il presente provvedimento, abbattuta del 30% ai ricoveri in esubero;
- 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 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, secondo quanto riportato nell'allegato B1, che forma parte integrante del presente atto, nonché di rettificare la tariffa della prestazione con codice 89.99.2 da €29,34 a € 0,00;

-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 nell'allegato B2, che forma parte integrante del presente atto;

– di stabilire che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnostico-terapeutico delle specifiche patologie, nonché l'elenco dei PACC possano essere aggiornati sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e dell'IRCCS, redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali, secondo le modalità stabilite nell'allegato A che forma parte integrante del presente atto;

PRECISATO, inoltre

– 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 nocumento al paziente, ad eccezione di quanto già previsto dal DCA n.18 del 09/03/17;

– di affidare 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,

– 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;

– che le nuove tariffe nonché le codifiche di cui agli allegati B1, B2 e le "Linee guida per l'attuazione dei Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)" di cui all'allegato A entreranno in vigore a far data dal 1 gennaio 2018;

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

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

DECRETA

ad integrazione e modifica del DCA n. 17 del 20.03.2014:

- di APPROVARE il documento “Linee guida per l’attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)” allegati A, B1 e B2 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di CONFERMARE 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 commissariale n° 3020/C del 04.08.2015;
- di CONFERMARE 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 CONFERMARE 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 commissariale n° 3020/C del 04.08.2015;
- di STABILIRE che le case di cura accreditate, ove non ancora in possesso del codice STS 11 identificativo per l’erogazione dei PACC, debbano richiederlo con le modalità previste dalla precitata Circolare commissariale n. 3020/C del 04.08.2015;
- = 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;
- di FISSARE, a far data dal 01.1.2018, nelle more dell’emanazione delle nuove soglie in attuazione del 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 dei DRG chirurgici e medici ad alto rischio di inappropriata secondo quanto previsto nell’allegato B1 al presente atto;
- di CONFERMARE per le procedure chirurgiche già previste in regime di day service riportate nell’allegato B1- 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 e medici 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, ad eccezione di quanto previsto nel DCA n.18 del 09/03/17;
- 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 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 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 affida 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 nell'allegato B1, nonché di variare la tariffa della prestazione con codice 89.99.2 che passa da €29,34 a € 0,00;

 - 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 secondo quanto riportato nell'allegato B2;

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

 - di PREVEDERE che la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale adotti tutte le necessarie misure idonee alla adozione e diffusione di quanto previsto nel presente atto, assicurando di fatto, l'entrata in vigore delle tariffe e dei collegati codici del catalogo a partire dal 1 gennaio 2018;

 - 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, redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali, secondo le modalità stabilite nell'allegato A, al presente provvedimento;

- di TRASMETTERE il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;

- di TRASMETTERE il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle Aziende Sanitarie regionali, al Capo Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, al Direttore Generale della Direzione Generale Tutela della Salute e Coord.to del S.S.R., all'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo Sanitario e Sociosanitario, a So.Re.Sa. S.p.A. ed al BURC per la pubblicazione.

La Direzione Generale *per condivisione*
per la Tutela della Salute *Il Sub Commissario ad Acta*

DE LUCA

Allegato A

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

PREMESSA

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

Il percorso ambulatoriale complesso e coordinato (PACC) si configura come modello organizzativo dinamico proposto per gestire problemi sanitari complessi che richiedono competenze multispecialistiche integrate e come modalità di offerta assistenziale centrata sul quesito clinico complessivo e non sulla singola prestazione. Con tale modello ci si propone di migliorare le caratteristiche organizzative nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, in particolare con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri ad elevato rischio di inappropriately.

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 allorché la situazione clinica del paziente necessita di un inquadramento diagnostico e terapeutico multidisciplinare erogabile attraverso un percorso clinico assistenziale definito, con identico o maggior beneficio e identico rischio per il paziente e con minore impiego di risorse, senza rendere necessario un ricovero ospedaliero,

Nel PACC si riconoscono le seguenti peculiarità:





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

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

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.

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 accede al PACC in modo programmato su prescrizione del medico curante.

La proposta di attivazione di uno specifico PACC per un paziente viene formulata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. La ricetta de-materializzata o rossa deve contenere l'esatta indicazione della denominazione del PACC ed i relativi codici del Nomenclatore e Catalogo regionali, nonché il solo codice 89.99.1 (valutazione prima visita) per PACC, ed il codice 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo).

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.

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.

Il paziente, all'atto del primo accesso, deve esibire al case-manager della struttura la ricevuta di avvenuto pagamento ticket, ove dovuto, ed una eventuale relazione del medico inviante. Lo specialista effettua la visita, valuta il caso clinico e organizza il programma operativo, selezionando le prestazioni appropriate alla soluzione della problematica assistenziale e per i PACC con lista ragionata, ovvero definendo un nuovo programma operativo nei casi in cui non è prevista la lista ragionata.

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.

Deve essere cura della struttura erogatrice organizzare modalità e tempi di erogazione delle prestazioni richieste. Tali prestazioni comunque dovranno essere concluse entro un mese, fatte salve diverse indicazioni per specifici PACC.

Nel caso in cui lo specialista, per risolvere il quesito diagnostico, non ritenga appropriato effettuare il PACC, ma ritenga sufficiente effettuare solo la visita specialistica, segnalerà sul referto "PACC non erogato".

Nel referto "PACC non erogato" rientrano anche tutti i casi, in cui lo specialista, dopo la visita di valutazione, ritiene, per le condizioni cliniche del paziente, di utilizzare un regime assistenziale a maggiore complessità come il DH o il ricovero ordinario o di terminare il percorso assistenziale.

3.b - Modalità di dimissione per i PACC chirurgici

La procedura di dimissione dovrà prevedere la consegna al paziente di una nota informativa contenente i consigli comportamentali da seguire a domicilio, la descrizione dei fenomeni che potrebbero insorgere nelle ore successive, le relative prescrizioni terapeutiche e le modalità di utilizzo dei farmaci, nonché la struttura di riferimento in caso di insorgenza di complicanze al domicilio.

Al paziente deve inoltre essere consegnata una relazione destinata al medico curante, contenente tutti gli elementi relativi all'intervento, alla procedura eseguita ed alla ulteriore proposta terapeutica. In particolare la relazione dovrà comprendere i seguenti elementi:

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

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

4. CONSENSO INFORMATO

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

L'informazione deve riguardare:

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

5. PARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER L'UTENTE E TARIFFAZIONE

La tariffa della prestazione erogata come PACC è omnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati, fatte salve diverse indicazioni per specifici PACC.

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. Per i cittadini che beneficiano dell'esenzione del ticket si applicano le relative norme nazionali e regionali in materia.

Si precisa che per i cittadini che godono unicamente dell'esenzione per patologia (DM 11/12/2009) l'esenzione si estende alla compartecipazione per il relativo PACC, solo qualora tutte le prestazioni erogate siano comprese nell'elenco delle prestazioni cui si applica l'esenzione. Qualora siano effettuate prestazioni non comprese, il cittadino è tenuto a pagare il ticket dovuto per il PACC e le prestazioni non ricomprese nell'esenzione dovranno quindi essere prescritte su una distinta ricetta per consentire di applicare l'esenzione alle prestazioni per cui il cittadino è esente.

Con il presente decreto vengono confermati due sub-codici della prestazione 89.99 per distinguerne i due diversi momenti assistenziali: 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva) con tariffa di € 20,66 e 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo) con tariffa di € 00,00. Nel caso in cui il PACC non venga attivato, verrà remunerata la sola prima visita e valutazione effettuata (cod. 89.99.1). In tal caso deve essere registrata la sola prestazione 89.99.1 con la relativa tariffa.

Nel caso in cui il paziente abbandonasse il percorso dopo aver fatto una serie di accessi e prestazioni, il PACC non potrà essere rendicontato 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 che è esposta nell'allegato, per quanto compatibili.

9. PROPOSTA DI NUOVI PACC ED AGGIORNAMENTO

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

Gli aggiornamenti e le nuove proposte di PACC, nonché l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnostico-terapeutico delle specifiche patologie, sono definiti da una Commissione tecnica, da istituirsi con provvedimento del Direttore Generale della Tutela della Salute della Regione, nella quale devono essere presenti professionisti esperti nella materia e referenti regionali dell'art.50 L.326/2003 e dei flussi informativi regionali. Tale Commissione provvederà alla valutazione ed all'aggiornamento periodico delle attività dei PACC e proporrà l'adozione di provvedimenti conseguenti.

Le proposte dovranno essere inviate entro il mese di giugno di ogni anno alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e dovranno essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali.

I nuovi PACC saranno attivati entro il primo gennaio dell'anno successivo, attraverso apposito atto dirigenziale che attribuisce ai pacchetti il codice di riferimento per l'inserimento nel Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali.

Ogni singola proposta elaborata dovrà indicare:

- a) l'esigenza e/o la documentazione scientifica attestante l'efficacia clinica del percorso;
- b) una specifica definizione delle prestazioni che compongono il pacchetto con l'esplicitazione dei protocolli diagnostico-terapeutici, individuati dai professionisti interessati;
- c) la tipologia dei pazienti cui il percorso è rivolto con i criteri di inclusione e di esclusione;
- d) la valutazione del numero di casi attesi nell'anno sia in ragione della prevalenza della patologia sia in relazione a possibili riconversioni di attività dal setting ospedaliero a PACC Ambulatoriale;
- e) se il percorso è diagnostico o terapeutico;
- f) se il percorso è di tipo medico o chirurgico;
- g) il codice di diagnosi secondo l'ICD9CM e successivi eventuali aggiornamenti.

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

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

laboratorio di cui al Decreto Commissariale n. 32 del 27.03.2013 (incluso All.6A e 6B del DPCM 12/01/17)

DRG	MDC	Tipo DRG	Codice Nomenclatore	PACC	Note	Soglia 2018	Tariffa Prestazione
6	1	C	04.43	Liberazione del tunnel carpale (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	2	€ 712,50
8	1	C	PC008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	H	2	€ 2.068,00
8	1	C	04.44	Liberazione del tunnel tarsale (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	2	€ 738,10
13	1	M	PM013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare		39	€ 150,00
13	1	M	P340	PACC Sclerosi Multipla			€ 150,00
19	1	M	PM019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC		35	€ 158,00
36	2	C	PC036	Interventi sulla retina	H	2	€ 1.193,00
36/42	2	C	14.79	INIEZIONI INTRAVITREALI DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (la tariffa remunera ciascun singolo trattamento, il costo del farmaco è rimborsato extra PACC attraverso le procedure del File F)	H	2	€ 115,00
38	2	C	PC038	Interventi primari sull'iride	H	2	€ 951,00
39	2	C	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	2	€ 898,00
39	2	C	13.70.1	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio facho)			€ 1.009,32
39	2	C	13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale	H		€ 723,00
39	2	C	13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato	H		€ 1.032,90
40	2	C	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) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)	H	2	€ 1.166,60
40/41	2	C	08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)	H		€ 1.166,60
41	2	C	PC041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	H		€ 1.037,00
42	2	C	PC042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	H	3	€ 1.218,00
47	2	M	PM047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC		2	€ 179,00
51	3	C	PC051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	H	2	€ 1.182,00
55	3	C	PC055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	H	19	€ 1.290,00
59	3	C	PC059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	H	2	€ 771,00
60	3	C	PC060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	H	2	€ 522,00
61/62	3	C	20.01	Miringotomia con inserzione di tubo	H	2	€ 1.388,00
65	3	M	P7804	PACC Diagnostico dei disturbi dell'equilibrio		2	€ 158,00
70	3	M	PM070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni		43	€ 132,00
73	3	M	PM073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni		12	€ 192,00
74	3	M	PM074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni		3	€ 138,00
88	4	M	P4912	PACC diagnostico broncopatia cronica ostruttiva per malattia polmonare cronica ostruttiva		74	€ 136,00
88	4	M	P4939	PACC diagnostico asma			€ 136,00
119	5	C	PC119	Legatura e stripping di vene	H	4	€ 1.246,00
131	5	M	PM131	Malattie vascolari periferiche senza CC		16	€ 140,00
133	5	M	PM133	Aterosclerosi senza CC		6	€ 154,00
133	5	M	P414	PACC Valutazione funzionale del paziente con cardiopatia ischemica			€ 154,00
134	5	M	P4011	PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria		5	€ 158,00
134	5	M	P4012	PACC diagnostico ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari			€ 158,00
139	5	M	P427	PACC Diagnosi e follow up delle aritmie cardiache		37	€ 146,00
142	5	M	PM142	Sincope e collasso senza CC		2	€ 166,00
158	6	C	PC158	Interventi su ano e stoma senza CC	H	33	€ 806,00
160	6	C	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, es.laboratorio, visita post-intervento)	H R	22	€ 1.140,00
162/163	6	C	53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso: visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)	H R		€ 1.140,00
162/163	6	C	53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)	HR		€ 1.140,00
162/163	6	C	53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)	H R		€ 1.140,00

DRG	MDC	DRG	Nomenclature	PACC	Note	2018	Costo	Prestito
163			53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi (incluso: visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)	HR	2	€ 971,20	
163			53.49.1	Riparazione di ernia ombelicale (incluso: visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)	HR		€ 971,20	
168	3	C	PC168	Interventi sulla bocca con CC	H	2	€ 1.089,00	
169	3	C	PC169	Interventi sulla bocca senza CC	H	3	€ 1.089,00	
183	6	M	P5351	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 1, età >17 anni		52	€ 143,00	
183	6	M	P5641	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2, età >17 anni			€ 143,00	
184	6	M	P5352	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 1, età <18 anni		2	€ 125,00	
184	6	M	P5642	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2, età <18 anni			€ 125,00	
189	6	M	PM189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC		25	€ 142,00	
206	7	M	P5714	PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia		39	€ 156,00	
206	7	M	P5715	PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia			€ 156,00	
208	7	M	PM208	Malattie delle vie biliari senza CC		52	€ 138,00	
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	€ 1.347,20	
225	8	C	84.11	Amputazione di dita del piede (visita anestesiológica e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	HR		€ 1.347,20	
227	8	C	PC227	Interventi sui tessuti molli senza CC	H	19	€ 1.199,00	
228	8	C	81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea senza impianto (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H	2	€ 1.750,00	
228	8	C	81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita post-intervento)	H		€ 1.750,00	
229	8	C	84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R	9	€ 750,00	
229	8	C	84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice (visita anestesiológica e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	H R		€ 750,00	
232	8	C	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	
241	8	M	PM241	Malattie del tessuto connettivo senza CC		27	€ 161,00	
243	8	M	PM243	Affezioni mediche del dorso		14	€ 156,00	
245	8	M	PM245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC		27	€ 153,00	
248	8	M	PM248	Tendinite, miosite e borsite		4	€ 138,00	
251	8	M	PM251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC		27	€ 153,00	
252	8	M	PM252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni		7	€ 152,00	
254	8	M	PM254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC		39	€ 135,00	
256	8	M	PM256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo		12	€ 190,00	
261	9	C	PC261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne, eccetto biopsie e escissione locale		0	€ 1.568,00	
262	9	C	PC262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	H	2	€ 930,00	
266	9	C	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	PC268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	H	2	€ 1.725,00	
270	9	C	PC270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	H	7	€ 879,00	
276	9	M	PM276	Patologie non maligne della mammella		2	€ 138,00	
281	9	M	PM281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC		2	€ 214,00	
282	9	M	PM282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni		2	€ 195,00	
283	9	M	PM283	Malattie minori della pelle con CC		102	€ 130,00	
284	9	M	PM284	Malattie minori della pelle senza CC		3	€ 122,00	
294	10	M	P2501	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo in pazienti con età > 35 anni		18	€ 189,00	
295	10	M	P2502	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo, in pazienti con età < 36 anni			€ 128,00	
294/295/301	10	M	P2780	PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA'			€ 178,00	
299	10	M	PM299	Difetti congeniti del metabolismo		2	€ 178,00	
301	10	M	PM301	Malattie endocrine senza CC		9	€ 168,00	
301	10	M	P241	PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide			€ 168,00	
323	11	M	PM323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni			€ 512,00	

DRG	MDC	DRG	Nomenclatore	PACC	Note	2018	Costo	Prezzo
323	11	M	98.51.1	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	H	18	€ 600,00	
323	11	M	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	
323	11	M	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	
324	11	M	P592	PACC per nefrolitiasi o per colica renale		22	€ 130,00	
326	11	M	P583	PACC Diagnostico Nefropatie		13	€ 129,00	
327	11	M	PM327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni		22	€ 128,00	
329	11	M	PM329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC		18	€ 158,00	
332	11	M	PM332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC		33	€ 157,00	
333	11	M	PM333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni		9	€ 172,00	
339	12	C	PC339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	H	9	€ 954,00	
340	12	C	PC340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	H	7	€ 894,00	
342	12	C	PC342	Circoncisione, età > 17 anni	H	2	€ 768,00	
343	12	C	PC343	Circoncisione, età < 18 anni	H	2	€ 537,00	
345	12	C	PC345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	H	8	€ 1.065,00	
349	12	M	PM349	Iperplasia prostatica benigna senza CC		3	€ 121,00	
352	12	M	PM352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile		2	€ 183,00	
352	12	M	P606	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Uomo			€ 183,00	
360	13	C	PC360	Interventi su vagina, cervice e vulva	H	9	€ 1.106,00	
362	13	C	PC362	Occlusione endoscopica delle tube	H	2	€ 938,00	
364	13	C	PC364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	H	5	€ 815,00	
369	13	M	PM369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile		24	€ 143,00	
369	13	M	P627	PACC diagnostico menopausa			€ 143,00	
369	13	M	P628	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Donna			€ 143,00	
377	14	C	PC377	Diagnosi relative a post-parto e post-aborto con intervento chirurgico	H	22	€ 1.041,00	
381	14	C	PC381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	H	7	€ 879,00	
384	14	M	PM384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche		35	€ 120,00	
395	16	M	PM395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni		6	€ 173,00	
396	16	M	PM396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni		8	€ 198,00	
399	16	M	PM399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC		26	€ 154,00	
404	17	M	PM404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC		21	€ 218,00	
411	17	M	PM411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia		7	€ 123,00	
412	17	M	PM412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia		2	€ 184,00	
426	19	M	PM426	Nevrosi depressive		2	€ 110,00	
427	19	M	PM427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive		2	€ 110,00	
429	19	M	PM429	Disturbi organici e ritardo mentale		31	€ 110,00	
467	23	M	PM467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute		3	€ 107,00	
490	25	M	PM490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate		2	€ 209,00	
503	8	C	PC503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	H	10	€ 1.607,00	
538	8	C	PC538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	H	13	€ 1.406,00	
563	1	M	P345	PACC Epilessia		62	€ 171,00	
564	1	M	P784	PACC Diagnostico per cefalea e altre sindromi dolorose neurologiche		52	€ 156,00	

Nota 1: Nell'elenco sono presenti nuovi PACC, il cui codice è contraddistinto dalle lettere iniziali PC o PM. Raffigurano prestazioni ambulatoriali coordinate e complesse effettuate con procedure chirurgiche (PC) o per diagnostica mediche (PM) non previste nelle precedenti normative regionali.

Nota 2: Nella tabella sono stati utilizzati, tra gli altri, i codici dell'Allegato 6A e 6B del DPCM 12/01/17, nonché i codici PACC di cui al DCA n. 17 del 20 marzo 2014

Variatione della Tariffa della prestazione con codice 89.99.2 Decreto Commissariale n. 32 del 27/03/2013

Codice No	Descrizione	Tariffa vigente	Tariffa nuova
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO - COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34	€ 0,00

Allegato B2 Modifica/Integrazione dell'All. 1 del DGR n. 431 del 24 sett 2015

All. 1 del DGR n. 431 del 24 sett 2015 vigente

Codici NOMENCLATORE	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO NEW	Codici CATALOGO	Descrizione CATALOGO
04.43	044300.01	Liberazione del tunnel carpale - Polso DX	P44300.01	Polso DX: Liberazione del tunnel carpale
	044300.02	Liberazione del tunnel carpale - Polso SX	P44300.02	Polso SX: Liberazione del tunnel carpale
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	P44400.01	Piede DX: Liberazione del tunnel tarsale
	044400.02	Liberazione del tunnel tarsale - Piede SX	P44400.02	Piede SX: Liberazione del tunnel tarsale
PM013	PM0130.001	Sclerosi multipla e atassia cerebellare		
P340	P34000.01	PACC Sclerosi Multipla	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 DI LENTE INTRAOCULARE - Occhio DX	P13191.01	Occhio DX: Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare
			P13191.02	Occhio SX: Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare
	131910.02	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE - Occhio SX	P13711.01	Occhio DX: Intervento di cataratta in contemporanea con impianto di lente intraoculare
			P13711.02	Occhio SX: Intervento di cataratta in contemporanea con impianto di lente intraoculare
13.70.1	137010.01	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fachico) - Occhio DX	P13701.01	Occhio DX: Inserzione di cristallino a scopo refrattivo (in occhio fachico)
	137010.02	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fachico) - Occhio SX	P13701.02	Occhio SX: Inserzione di cristallino a scopo refrattivo (in occhio fachico)
13.72	137200.01	Impianto secondario di cristallino artificiale - Occhio DX	P13720.01	Occhio DX: Impianto secondario di cristallino artificiale
	137200.02	Impianto secondario di cristallino artificiale - Occhio SX	P13720.02	Occhio SX: Impianto secondario di cristallino artificiale
13.8	138000.01	Rimozione di cristallino artificiale impiantato - Occhio DX	P13800.01	Occhio DX: Rimozione di cristallino artificiale
	138000.02	Rimozione di cristallino artificiale impiantato - Occhio SX	P13800.02	Occhio SX: Rimozione di cristallino artificiale
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 ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) - Occhio DX	P87200.01	Ricostruzione della palpebra OCCHIO DX non a tutto spessore, (> 17 aa)
			P87200.02	Ricostruzione della palpebra OCCHIO SX non a tutto spessore (> 17 aa)
	087200.02	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) - Occhio SX	P87210.01	Ricostruzione della palpebra OCCHIO DX non a tutto spessore, (< 18 aa)
			P87210.02	Ricostruzione della palpebra OCCHIO SX non a tutto spessore, (< 18 aa)
08.74	087400.01	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) - Occhio DX	P87400.01	Ricostruzione della palpebra OCCHIO DX a tutto spessore, (> 17 aa)
			P87400.02	Ricostruzione della palpebra OCCHIO SX a tutto spessore, (> 17 aa)
	087400.02	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) - Occhio SX	P87410.01	Ricostruzione della palpebra OCCHIO DX a tutto spessore, (< 18 aa)
			P87410.02	Ricostruzione della palpebra OCCHIO SX a tutto spessore, (< 18 aa)
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	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	P49120.01	PACC broncopatia cronica ostruttiva
P4939	P49390.01	PACC diagnostico asma	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	P41400.01	PACC Valutazione funzionale del paziente con cardiopatia ischemica
P4011	P40110.01	PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria	P40110.01	PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria
P4012	P40120.01	PACC diagnostico ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari	P40120.01	PACC ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari

Codici NOMENCLATICI				
P427	P42700.01	PACC Diagnosi e follow up delle aritmie cardiache	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	P53010.01	Riparazione di ernia inguinale DX diretta o indiretta (>17 aa)
		Riparazione di ernia inguinale SX diretta o indiretta (> 17 aa).	P53010.02	
	530010.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - SX	P53011.01	Riparazione di ernia inguinale DX diretta o indiretta (< 18 aa).
		Riparazione di ernia inguinale SX diretta o indiretta (< 18 aa).	P53011.02	
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	P53020.01	Riparazione di ernia inguinale DX con innesto o protesi diretta o indiretta (> 17 aa).
		Riparazione di ernia inguinale SX con innesto o protesi diretta o indiretta (> 17 aa).	P53020.02	
	530020.02	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - SX	P53021.01	Riparazione di ernia inguinale DX con innesto o protesi diretta o indiretta (< 18 aa).
		Riparazione di ernia inguinale SX con innesto o protesi diretta o indiretta (< 18 aa).	P53021.02	
53.21.1	532110.01	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - DX	P53210.01	Riparazione di ernia crurale DX con innesto o protesi(> 17 aa).
		Riparazione di ernia crurale SX con innesto o protesi (> 17 aa).	P53210.02	
	532110.02	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - SX	P53211.01	Riparazione di ernia crurale DX con innesto o protesi(< 18 aa).
		Riparazione di ernia crurale SX con innesto o protesi (< 18 aa).	P53211.02	
53.29.1	532910.01	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - DX	P53290.01	Riparazione di ernia crurale DX (> 17 aa).
		Riparazione di ernia crurale SX (> 17 aa).	P53290.02	
	532910.02	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso: visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) - SX	P53291.01	Riparazione di ernia crurale DX (< 18 aa).
		Riparazione di ernia crurale SX (< 18 aa).	P53291.02	
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	P53510.01	PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN ETA' > 17A
P5641	P56410.01	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2, età >17 anni	P56410.01	PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE IN ETA' >17A
P5352	P53520.01	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 1, età <18 anni	P53520.01	PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN ETA < 18A
P5642	P56420.01	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2, età <18 anni	P56420.01	PACC DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE IN ETA < 18A
PM189	PM1890.01	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC		
P5714	P57140.01	PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia	P57140.01	PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia
P5715	P57150.01	PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia	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 preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX	P77560.01	Riparazione di dito a martello/artiglio
	775600.02	Riparazione di dito a martello/artiglio (visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, 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	P84110.01	Amputazione di dita del piede
	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	P81720.01	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea mano DX senza impianto
	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	P81720.02	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea mano SX senza impianto
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	P81750.01	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale mano DX senza impianto
	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	P81750.02	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale mano SX senza impianto
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	P84010.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano
	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	P84020.01	Amputazione e disarticolazione del pollice
	840200.02	Amputazione e disarticolazione del pollice (visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - SX		

Codici NOMENCLATICI				
80.20	802000.01	Artroscopia sede non specificata (visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) - DX	P80200.01	Artroscopia sede non specificata
	802000.02	Artroscopia sede non specificata (visita anestesiológica 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	P25010.01	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo >35 a
P2502	P25020.01	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo, in pazienti con età < 35 anni	P25020.01	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo <35a
P2780	P27800.01	PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA'	P27810.01	PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA' > 17 aa
			P27820.01	PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA' < 18 aa
PM299	PM2990.01	Difetti congeniti del metabolismo		
PM301	PM3010.01	Malattie endocrine senza CC		
P241	P24100.01	PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide	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 anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	P98511.01	Litotripsia extra corporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. I seduta
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	P98512.01	Litotripsia extra corporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Seduta successiva alla I
98.51.3	985130.01	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.	P98513.01	Litotripsia extra corporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Per seduta
P592	P59200.01	PACC per nefrolitiasi o per colica renale	P59200.01	PACC PER NEFROLITIASI O PER COLICA RENALE
P583	P58300.01	PACC Diagnostico Nefropatie	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		
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	Iperplasia prostatica benigna senza CC		
PM352	PM3520.01	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile		
P606	P60600.01	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Uomo	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	P62700.01	PACC diagnostico menopausa
P628	P62800.01	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Donna	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 parto 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		

Codici NOMENCLATC				
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	P34500.01	PACC EPILESSIA
P784	P78400.01	PACC Diagnostico per cefalea e altre sindromi dolorose neurologiche	P78400.01	PACC Diagnostico Cefalea e altre Sindromi dolorose Neurologiche

Nota 1: Per facilitare il compito di transcodifica, nella tabella sono stati inseriti nella colonna D ed E i codici Catalogo vigenti.