

GDL-O "Catalogo"

*Istruzioni alla lettura ed
all'implementazione del
Catalogo Veneto del
Prescrivibile (CVP) v1.5*





Arsenà.IT

*Centro Veneto
Ricerca e
Innovazione per la
Sanità Digitale*

Informazioni preliminari

Contatti

Per ulteriori informazioni, si prega di contattare:

Ing. Sara Valongo

Project Coordinator

Consorzio "Arsenà.IT"

Viale Oberdan, 5 – 31100 Treviso

Cell. 366 7863244

e-mail: svalongo@consorzioarsenal.it

Controllo del documento

Nome del documento:	<i>Istruzioni alla lettura ed all'implementazione del Catalogo Veneto del Prescrivibile (CVP)</i>
Data di prima emissione:	<i>14/06/2013</i>
Ultimo Aggiornamento:	<i>03/10/2023</i>
Revisione:	<i>Versione 1.4</i>
Numero di pagine:	<i>33</i>
Responsabile del documento:	<i>Mauro Zanardini</i>
Coordinatore della stesura:	<i>Sara Valongo</i>
Autori:	<i>Sara Valongo Giampietro Gridelli Vera Bettinardi Francesca Vernucci Ezio Ferrari Samantha De Biasio</i>

Status del documento

Versio ne	Status	Data	Descrizione Modifica
0.1	01	14/06/2013	<u>Prima release</u>
0.2	02	12/05/2014	<u>Seconda release</u> Modifiche introdotte in base alle decisioni adottate per la struttura del CVP v0.2
0.3	03	11/07/2014	<u>Terza release</u> Modifiche introdotte in base alle decisioni adottate per la struttura del CVP v0.4
0.4	04	23/02/2015	<u>Quarta release</u> Modifiche introdotte in occasione della revisione del CVP v0.5 e chiusura open issue relativa alla veicolazione del codice "Accorpamento"
1.0	05	30/07/2015	<u>Quinta release (riferita alla versione 1.1 del CVP)</u> Modifiche introdotte in base alle decisioni adottate per la revisione dei contenuti e della struttura del CVP 1.1 Aggiunta della colonna "Regole KR appropriatezza prescrittiva " Aggiunta colonna "Categoria prestazione prestazione" Modifica del contenuto della colonna "TIPO ACCESSO" Modifica delle regole di prescrizione degli accorpamenti

1.1	06	12/05/2017	<p><u>Sesta release (riferita alla versione 1.2 del CVP)</u></p> <p>Aggiunta colonna "Vincolo accorpamento"</p> <p>Aggiunta colonna "Prescrizione MMG-PLS"</p> <p>Modifica della gestione del "Tipo di accesso"</p> <p>Variazione del contenuto di campi già presenti, per alcune tipologie di prestazioni (ad es. aggiunta della branca "0" alle prestazioni ex art. 26)</p> <p>Eliminazione delle prestazioni singole create come "figlie" delle prestazioni cicliche</p> <p>Aggiunta delle visite di RIVALUTAZIONE a tutti i codici riferiti alle visite di controllo</p> <p>Eliminazione di tutti gli Ausili e Presidi, in quanto obsoleti</p> <p>Aggiunta delle colonne: "DESCRIZIONE CVP Prestazioni" e "Codice CVP" nella scheda "Day Service"</p> <p>Sostituzione del nome della colonna "PESO" con "Molteplicità massima" nella scheda "Day Service"</p> <p>Prescrizione dematerializzata dei pacchetti di Day Service: R19; R20; R21; R22; R23</p>
1.2	07	01/02/2018	<p>Aggiornato il nomenclatore con le prestazioni di branca 35 odontostomatologia di cui all'allegato 4 del DPCM del 12 gennaio 2017 Nuovi LEA.</p>

			<p>Aggiunta colonna "Numero nota allegato 4D DPCM 12.1.17"</p> <p>Aggiornate descrizioni di alcune branche.</p> <p>Inserito foglio di lavoro con elenco associazione Numero nota e condizioni di erogabilità/ indicazioni di appropriatezza prescrittiva</p>
1.3	08	25/06/2020	<p><u>Ottava release (riferita alla versione 1.4 del CVP del 30/06/2020)</u></p> <p>Aggiunta colonna "Numero nota allegato A DGR n. 666 26.05.2020"</p>
1.4	09	02/10/2023	<p>Aggiornata descrizione dei contenuti della colonna S "N. PRESTAZIONI CICLO" per le sole prestazioni di specialistica ambulatoriale categoria TR</p>

INDICE

Acronimi e definizioni							8	Introduzione
91	Foglio	di	lavoro					“CVP”
101.1	Composizione	della	codifica	associata	alla			prestazione
101.2	Descrizione	del	contenuto	e	del	significato	delle	colonne
111.2.1	Prestazioni		di	specialistica				ambulatoriale
111.2.2	Altre	tipologie	di	prestazioni				specialistiche
131.2.3		Prestazione		NON				prescrivibile
151.2.4								Accorpamenti
161.2.5	Pacchetti		di	“Day				Service”
181.2.6	Richiesta	di	trasporto	e	Richiesta	di		ricovero
191.3	Modalità	di	lettura	e	prescrizione	delle		prestazioni
212	Foglio	di	lavoro		“Legenda			Branche”
273	Foglio	di	lavoro					“Accorpamenti”
283.1	Descrizione	del	contenuto	e	del	significato	delle	colonne
283.2	Modalità		di	prescrizione		degli		Accorpamenti
304	Foglio		di	lavoro		“Day		Service”
314.1	Descrizione	del	contenuto	e	del	significato	delle	colonne
324.2	Modalità	di	prescrizione	dei	pacchetti	di	Day	Service
335	Foglio	di	lavoro		“Note			Prescrizione”
5 Foglio di lavoro “Note Prescrizione”								

Acronimi e definizioni

CVP	Catalogo Veneto del Prescrivibile
SSR	Servizio Sanitario Regionale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
NTR	Nomenclatore Tariffario Regionale (Veneto)
NTN	Nomenclatore Tariffario Nazionale
NRE	Numero di Ricetta Elettronica



Introduzione

Il Catalogo Veneto del Prescrivibile (CVP) nasce dall'esigenza di riconoscere le prestazioni prescrivibili ed erogate dal Servizio Sanitario Regionale (SSR), con un'unica e condivisa codifica attraverso l'utilizzo della ricetta elettronica.

Il Nomenclatore Tariffario della Regione del Veneto (NTR) contiene le prestazioni sanitarie riconosciute a livello regionale e nazionale e la loro tariffazione, necessaria per il rimborso, ma tali descrizioni costituiscono spesso solo una macro-categoria di prestazioni effettivamente prescrivibili, rendendo difficile l'associazione tra quanto prescritto e ciò che dovrà essere prenotato dalla struttura che si occuperà dell'erogazione.

Per superare questo ostacolo, a partire dalla codifica delle prestazioni del NTR, un gruppo di esperti in diverse discipline ha lavorato per costituire un Catalogo Unico che estendesse detta codifica, declinandola nei codici e nelle descrizioni delle prestazioni effettivamente gestite dal SSR. Questa attività ha prodotto una classificazione orientata all'erogazione, che raccoglie tutte le prestazioni specialistiche prescrivibili a carico del SSR. Inoltre, sono state aggiunte altre voci, quali: richieste di trasporto e di ricovero; prestazioni riabilitative ex art. 26, riservate a soggetti con deficit psico-fisici.

Allo scopo di produrre delle impegnative formalmente corrette che possano soddisfare a pieno la necessità clinica del prescrittore (sia per la tipologia che per la molteplicità degli esami richiesti), sono stati creati degli accorpamenti costituiti da due o più prestazioni appartenenti alla medesima branca.

Il CVP contiene, pertanto, tutto ciò che è prescrivibile su ricetta, con i relativi attributi (codice, descrizione, eventuale branca...) e l'aggiunta di regole a cui tutti i prescrittori della Regione del Veneto dovranno attenersi per la composizione della ricetta SSN, sia essa cartacea, elettronica (provvista di NRE e stampata sul ricettario del Poligrafico) o completamente dematerializzata.

Il presente documento intende fornire la modalità di lettura e le regole da implementare per l'uso del Catalogo Veneto del Prescrivibile da parte dei software di prescrizione e, all'occorrenza, di quelli di prenotazione/erogazione.

Il file del CVP si compone di quattro fogli: "CVP", "Accorpamenti", "Day Service" e "Legenda Branche"; il presente documento dedica un capitolo a ciascuno di essi.

1 Foglio di lavoro "CVP"

Come già anticipato, il CVP contiene tutti i codici prescrivibili nella Regione del Veneto, a carico del SSN, pertanto è costituito da voci eterogenee: richieste di ricovero e di trasporto, prestazioni termali, prestazioni specialistiche derivate dal NTR e aggregazioni di varia natura delle stesse che, nelle modalità previste, contribuiscono a facilitare il compito del prescrittore ed a garantire la correttezza formale della ricetta.

In questo contesto verranno citate le regole funzionali all'illustrazione della struttura del CVP, del suo contenuto ed alla modalità di utilizzo. Si ricorda che, in ogni caso, devono essere sempre rispettati tutti i regolamenti nazionali e regionali per la composizione della ricetta e la prescrizione delle prestazioni.

N.B. I colori adottati all'interno del file hanno solamente lo scopo di facilitare la lettura del foglio stesso, differenziando visivamente le varie voci contenute. Non sottendono, pertanto, alcun significato né regola particolare.

1.1 Composizione della codifica associata alla prestazione

L'adozione di un nuovo Catalogo di prescrizione rende necessario l'utilizzo di nuove codifiche, al fine di identificare univocamente le prestazioni. Il presente paragrafo illustra la logica seguita per la costituzione del codice associato a ciascuna voce.

Per le prestazioni presenti all'interno del NTR, il codice CVP (indicato all'interno della colonna "F" – Codice CVP) ha una prima parte che corrisponde esattamente al codice del Nomenclatore Tariffario Regionale ed una seconda che è costituita da un numero progressivo. Le due parti sono separate da un "underscore", come mostrato di seguito:

CODICE NTR_NUMERO PROGRESSIVO

(che corrisponde alla combinazione delle colonne "A" ed "E").

Il codice così strutturato, utilizzabile all'interno della Regione del Veneto, consente di identificare sia la prestazione del CVP, sia la corrispondente prestazione del NTR (che nella maggior parte dei casi è analoga al NTN).

La visualizzazione del codice NTR (prima dell'underscore) è necessaria per l'utilizzo della prescrizione anche fuori dai confini regionali.

Per le prestazioni non contenute nel NTR, la prima parte della codifica sarà rappresentata dal codice individuato a livello regionale; mentre nel caso degli Accorpamenti e dei Pacchetti di Day Service, di cui si parlerà nei capitoli dedicati, si userà il codice alfanumerico presente nella colonna "A".

1.2 Descrizione del contenuto e del significato delle colonne

Il foglio di lavoro denominato "CVP" è composto da 26 colonne, il cui contenuto viene di seguito descritto. I dettagli di ciascun campo sono stati distinti a seconda della tipologia di prestazione. Nel paragrafo 1.3 saranno poi fornite ulteriori spiegazioni sui valori presenti e le regole che li governano.

1.2.1 Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche, ovvero quelle contenute nel NTR, si è valutato se utilizzarle tal quali (CODICE NTR_0) o se dettagliarle ulteriormente, creando le cosiddette "voci figlie" (CODICE NTR_2...N) che saranno prescritte al posto della voce originaria, o "padre" (CODICE NTR_1).

Le specificità aggiunte riguardano, ad esempio, la lateralità, la sezione anatomica, il nome o la categoria di un virus o di un batterio, etc.

Inoltre, a molte prestazioni (soprattutto nel caso della radiologia diagnostica) sono stati aggiunti dei codici relativi al "controllo", allo scopo di indicare che si tratta di un'indagine successiva ad un primo accesso.

E' importante ricordare che, a livello prescrittivo, le "voci figlie" mantengono tutte le caratteristiche del codice NTR da cui sono generate (ad es. ciò vale per la correlazione esenzione-prestazione).

La tabella seguente schematizza il significato assunto dalle varie colonne presenti:

COLONNA	TITOLO DELLA COLONNA	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO DELLA COLONNA
A	CODICE NTR/PADRE	CODICE DEL NTR DEFINITO ANCHE CODICE PADRE
B	DESCRIZIONE NTR	DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE, COME DA NTR
C	DESCRIZIONE PADRE	DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE PADRE (può essere analoga a quella del NTR oppure modificata per renderla più leggibile).

D	DESCRIZIONE FIGLI	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI FIGLIE
E	N. PROGRESSIVO	NUMERO PROGRESSIVO DELLE PRESTAZIONI CONTENUTE NEL CVP
F	CODICE CVP	CODICE DA UTILIZZARE PER IDENTIFICARE LE PRESTAZIONI (nel caso si tratti di una "voce padre" con progressivo pari a "uno", il campo è bianco in quanto non può essere prescritta)
G	COMPATIBILITA'	POSSIBILITA' DI INSERIRE ALL'INTERNO DELLA STESSA RICETTA PRESTAZIONI FIGLIE DEL MEDESIMO CODICE PADRE
H	PESO	PESO ASSEGNATO ALLA PRESTAZIONE (per il raggiungimento del limite massimo di prestazioni ammesse in una ricetta)
I	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA'	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA' REGIONALI/NAZIONALI
J...N	BRANCA_1...5	BRANCA o BRANCHE DI APPARTENENZA DELLA PRESTAZIONE
O	INCOMPATIBILITA' CON ALTRI CODICI	CODICE NTR DELLA/E PRESTAZIONE/I CHE NON POSSONO ESSERE PRESCRITTE NELLA STESSA RICETTA
P	INCLUSIONI	CODICE NTR DELLA/E PRESTAZIONE/I CHE SONO GIA' INCLUSE NELLA PRESTAZIONE (come da NTR)
Q	NOTE E CONDIZIONI DI EROGABILITA' PARTICOLARI	EVENTUALI NOTE E CONDIZIONI DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA' PARTICOLARI DA CONSIDERARE IN FASE DI PRESCRIZIONE (presenti in NTR e/o integrate con Delibere Regionali)
R	PRESCRIZIONE UNICA IN RICETTA	PRESCRIVIBILITA' ESCLUSIVA DELLA PRESTAZIONE IN RICETTA
S	N. SEDUTE CICLO	SOLO PER PRESTAZIONI CICLICHE, CURVE DI CARICO E A PANNELLO: NUMERO DI SEDUTE FACENTI PARTE DI UN CICLO COMPLETO, NUMERO MASSIMO DETERMINAZIONI E NUMERO MASSIMO ALLERGENI

T	TIPO ACCESSO	DIFFERENZA I CONTROLLI (0) DAI PRIMI ACCESSI (1)
U	TARIFFA	TARIFFA ASSOCIATA ALLA PRESTAZIONE (come da NTR)
V	STAMPA	FORMATO STAMPABILE DELLA DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE (max 67 caratteri)
W	CATEGORIA PRESTAZIONE	TR (come descritto al paragrafo 1.3)
X	REGOLE KR DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	REGOLE DI TIPO "KNOWLEDGE RULE" DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (ancora non valorizzato)
Y	VINCOLO ACCORPAMENTO	VINCOLO DI PRESCRIVIBILITA' DELLA PRESTAZIONE SOLO ALL'INTERNO DEGLI ACCORPAMENTI RIPORTATI
Z	PRESCRIZIONE MMG-PLS	RACCOMANDAZIONI PER I PRESCRITTORI TERRITORIALI
AA	NUMERO NOTA ALLEGATO 4D DPCM 12.1.17	NOTA DI PRESCRIVIBILITA' ASSOCIATA A CONDIZIONE DI EROGABILITA'
AB	NUMERO NOTA ALLEGATO A DGR n. 666 26.05.2020	NOTA DI PRESCRIVIBILITA' ASSOCIATA A CONDIZIONE DI EROGABILITA' REGIONALE

1.2.2 Altre tipologie di prestazioni specialistiche

Sono presenti prestazioni specialistiche, prescrivibili a carico del SSN, contenute in normative regionali diverse dal NTR: prestazioni termali e prestazioni ex articolo 26.

Nel caso di queste prestazioni, le colonne del foglio di lavoro "CVP", compilate solo per i campi significativi, assumono il seguente significato:

COLONNA	TITOLO DELLA COLONNA	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO DELLA COLONNA
A	CODICE NTR/PADRE	CODICE DEL NTR DEFINITO ANCHE CODICE PADRE
B	DESCRIZIONE NTR	DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE COME DA CODIFICA REGIONALE
C	DESCRIZIONE PADRE	DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE PADRE (può essere analoga a quella

		della colonna "A" oppure modificata per renderla più leggibile)
D	DESCRIZIONE FIGLI	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI FIGLIE
E	N. PROGRESSIVO	NUMERO PROGRESSIVO DELLE PRESTAZIONI CONTENUTE NEL CVP
F	CODICE CVP	CODICE DA UTILIZZARE PER IDENTIFICARE LE PRESTAZIONI (nel caso si tratti di una "voce padre" con progressivo pari a "uno", il campo è bianco in quanto non può essere prescritta)
G	COMPATIBILITA'	Valorizzato con "A" solo per le ex art. 26
H	PESO	Valorizzato solo per le ex art. 26
I	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA'	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA' REGIONALI
J...N	BRANCA_1...5	Valorizzata con "0" solo per le ex art. 26
O	INCOMPATIBILITA' CON ALTRI CODICI	[Non valorizzato]
P	INCLUSIONI	[Non valorizzato]
Q	NOTE E CONDIZIONI DI EROGABILITA' PARTICOLARI	EVENTUALI NOTE E CONDIZIONI DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA' PARTICOLARI DA CONSIDERARE IN FASE DI PRESCRIZIONE (Presenti in Delibere Regionali)
R	PRESCRIZIONE UNICA IN RICETTA	[Non valorizzato]
S	N. SEDUTE CICLO	NUMERO DI SEDUTE FACENTI PARTE DI UN CICLO COMPLETO (solo per le prestazioni cicliche ex art. 26)
T	TIPO ACCESSO	[Non valorizzato]
U	TARIFFA	TARIFFA ASSOCIATA ALLA PRESTAZIONE (solo per le prestazioni ex art. 26)
V	STAMPA	FORMATO STAMPABILE DELLA DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE
W	CATEGORIA PRESTAZIONE	EX <input type="checkbox"/> prestazioni ex articolo 26 TE <input type="checkbox"/> prestazioni termali (come descritto al paragrafo 1.3)

X	REGOLE KR DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	REGOLE DI TIPO "KNOWLEDGE RULE" DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (ancora non valorizzato)
Y	VINCOLO ACCORPAMENTO	[Non valorizzato]
Z	PRESCRIZIONE MMG-PLS	[Non valorizzato]
AA	NUMERO NOTA ALLEGATO 4D DPCM 12.1.17	[Non valorizzato]
AB	NUMERO NOTA ALLEGATO A DGR n. 666 26.05.2020	[Non valorizzato]

1.2.3 Prestazione NON prescrivibile

E' stata inserita la prestazione cod. 91.24.S "VIRUS PAPILLOMAVIRUS (HPV) - Programmi organizzati di screening cervicale" (D.G.R. n° 1139 del 1 settembre 2015), resa opportunamente NON prescrivibile, al fine di poter identificare correttamente il codice per la produzione di documenti clinici.

Le colonne presenti sono state così valorizzate:

COLONNA	TITOLO DELLA COLONNA	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO DELLA COLONNA
A	CODICE NTR/PADRE	CODICE IDENTIFICATO NELLA D.G.R.
B	DESCRIZIONE NTR	DESCRIZIONE IDENTIFICATA NELLA D.G.R.
C	DESCRIZIONE PADRE	DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE PADRE (snellita rispetto alla dicitura estesa)
D	DESCRIZIONE FIGLI	[Non valorizzato]
E	N. PROGRESSIVO	Valorizzato con "1" poiché la prestazione non è prescrivibile
F	CODICE CVP	CODICE DA UTILIZZARE PER IDENTIFICARE LA PRESTAZIONE
G	COMPATIBILITA'	Valorizzato con "A"
H	PESO	Valorizzato con "1"

I	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA'	Valorizzato con "2" in quanto effettuabile solo alla popolazione residente
J...N	BRANCA_1...5	[Non valorizzato]
O	INCOMPATIBILITA' CON ALTRI CODICI	[Non valorizzato]
P	INCLUSIONI	[Non valorizzato]
Q	NOTE E CONDIZIONI DI EROGABILITA' PARTICOLARI	NOTA SULL'EROGABILITA', come da D.G.R.
R	PRESCRIZIONE UNICA IN RICETTA	[Non valorizzato]
S	N. SEDUTE CICLO	[Non valorizzato]
T	TIPO ACCESSO	[Non valorizzato]
U	TARIFFA	TARIFFA DI COMPENSAZIONE TRA AZIENDE ULSS
V	STAMPA	FORMATO STAMPABILE DELLA DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE
W	CATEGORIA PRESTAZIONE	NP (come descritto al paragrafo 1.3)
X	REGOLE KR DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	[Non valorizzato]
Y	VINCOLO ACCORPAMENTO	[Non valorizzato]
Z	PRESCRIZIONE MMG-PLS	[Non valorizzato]
AA	NUMERO NOTA ALLEGATO 4D DPCM 12.1.17	[Non valorizzato]
AB	NUMERO NOTA ALLEGATO A DGR n. 666 26.05.2020	[Non valorizzato]

1.2.4 Accorpamenti

Nel foglio di lavoro denominato "CVP" sono presenti, oltre a prestazioni del NTR, anche le informazioni necessarie per la prescrizione degli Accorpamenti.

Per la modalità di lettura e l'utilizzo di tali prestazioni si rimanda al capitolo 3 del presente documento.

Si precisa che le codifiche e le descrizioni degli accorpamenti presenti nel foglio di lavoro sopracitato sono riassuntive degli accorpamenti prescrivibili. La composizione di tali accorpamenti, con il dettaglio delle singole prestazioni in esso contenute, è riportata nel foglio di lavoro "Accorpamenti".

Di seguito è indicato il significato assunto dalle singole colonne:

COLONNA	TITOLO DELLA COLONNA	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO DELLA COLONNA
A	CODICE NTR/PADRE	CODICE DA UTILIZZARE PER IDENTIFICARE L'ACCORPAMENTO
B	DESCRIZIONE NTR	[Non valorizzato]
C	DESCRIZIONE PADRE	DESCRIZIONE DELL'ACCORPAMENTO
D	DESCRIZIONE FIGLI	[Non valorizzato]
E	N. PROGRESSIVO	VALORIZZATO A "0"
F	CODICE CVP	[Non valorizzato]
G	COMPATIBILITA'	VALORIZZATO A "A"
H	PESO	PESO ASSEGNATO ALL'ACCORPAMENTO (per gli accorpamenti che comprendono anche "ESTRNA", secondo le regole specificate, il peso deve aumentare di una unità)
I	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA'	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA' REGIONALI/NAZIONALI (riferite alle prestazioni contenute nell'accorpamento)
J...N	BRANCA_1...5	BRANCA DI APPARTENENZA DELLE PRESTAZIONI CONTENUTE NELL'ACCORPAMENTO (gli accorpamenti sono mono-branca)
O	INCOMPATIBILITA' CON ALTRI CODICI	[Non valorizzato]
P	INCLUSIONI	[Non valorizzato]
Q	NOTE E CONDIZIONI DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA' PARTICOLARI	PREVALENZA DELLA NOTA "Da prescrivere in associazione con l'accorpamento ESTRNA secondo le regole previste" PER GLI ACCORPAMENTI DA ASSOCIARE A "ESTRNA" ED ALTRE POCHE NOTE DI PRESCRIVIBILITA'
R	PRESCRIZIONE UNICA IN RICETTA	[Non valorizzato]
S	N. SEDUTE CICLO	[Non valorizzato]
T	TIPO ACCESSO	[Non valorizzato]
U	TARIFFA	[Non valorizzato]

V	STAMPA	FORMATO STAMPABILE DELLA DESCRIZIONE DELL'ACCORPAMENTO (per questioni di spazio, in stampa comparirà solo il codice di identificazione presente nella colonna "A")
W	CATEGORIA PRESTAZIONE	AC (come descritto al paragrafo 1.3)
X	REGOLE KR DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	REGOLE DI TIPO "KNOWLEDGE RULE" DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (ancora non valorizzato)
Y	VINCOLO ACCORPAMENTO	[Non valorizzato]
Z	PRESCRIZIONE MMG-PLS	[Non valorizzato]
AA	NUMERO NOTA ALLEGATO 4D DPCM 12.1.17	[Non valorizzato]
AB	NUMERO NOTA ALLEGATO A DGR n. 666 26.05.2020	[Non valorizzato]

1.2.5 Pacchetti di "Day Service"

Nel foglio di lavoro denominato "CVP" sono presenti anche le informazioni necessarie per la prescrizione dei Pacchetti di Day Service, così come previsti dai regolamenti regionali in materia, in particolare la D.G.R. n°1079 del 17 aprile 2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Per la modalità di lettura e utilizzo di tali prestazioni si rimanda al relativo paragrafo del presente documento.

La composizione di tali accorpamenti, con il dettaglio delle singole prestazioni in esso contenute, è riportata nel foglio di lavoro "Day Service".

La tabella seguente mostra il significato assunto dai vari campi:

COLONNA	TITOLO DELLA COLONNA	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO DELLA COLONNA
A	CODICE NTR/PADRE	CODICE DA UTILIZZARE PER IDENTIFICARE IL PACCHETTO DI DAY SERVICE
B	DESCRIZIONE NTR	[Non valorizzato]
C	DESCRIZIONE PADRE	DESCRIZIONE DEL PACCHETTO DI DAY SERVICE

D	DESCRIZIONE FIGLI	[Non valorizzato]
E	N. PROGRESSIVO	VALORIZZATO A "0"
F	CODICE CVP	[Non valorizzato]
G	COMPATIBILITA'	VALORIZZATO A "A"
H	PESO	[Non valorizzato] in quanto non è necessario prescrivere tutte le prestazioni contenute in un pacchetto
I	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA' /EROGABILITA'	VALORIZZATO A "2" poiché si tratta di prestazioni erogabili ai soli residenti in Regione del Veneto
J...N	BRANCA_1...5	[Non valorizzato]
O	INCOMPATIBILITA' CON ALTRI CODICI	[Non valorizzato]
P	INCLUSIONI	[Non valorizzato]
Q	NOTE E CONDIZIONI DI PRESCRIVIBILITA' /EROGABILITA' PARTICOLARI	[Non valorizzato]
R	PRESCRIZIONE UNICA IN RICETTA	[Non valorizzato]
S	N. SEDUTE CICLO	[Non valorizzato]
T	TIPO ACCESSO	[Non valorizzato]
U	TARIFFA	[Non valorizzato]
V	STAMPA	FORMATO STAMPABILE DELLA DESCRIZIONE DEL PACCHETTO DI DAY SERVICE
W	CATEGORIA PRESTAZIONE	DS (come descritto al paragrafo 1.3)
X	REGOLE KR DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	REGOLE DI TIPO "KNOWLEDGE RULE" DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (ancora non valorizzato)
Y	VINCOLO ACCORPAMENTO	[Non valorizzato]
Z	PRESCRIZIONE MMG-PLS	CAMPO VALORIZZATO A "NO" in quanto di pertinenza del medico specialista
AA	NUMERO NOTA ALLEGATO 4D DPCM 12.1.17	[Non valorizzato]
AB	NUMERO NOTA ALLEGATO A DGR n. 666 26.05.2020	[Non valorizzato]

1.2.6 Richiesta di trasporto e Richiesta di ricovero

L'ultima tipologia di prestazioni presenti all'interno del foglio "CVP" riguarda le richieste di trasporto e di ricovero.

Per la modalità di lettura e l'utilizzo di tali prestazioni si rimanda al relativo paragrafo del presente documento.

Nel seguito si delinea il significato assunto dalle colonne:

COLONNA	TITOLO DELLA COLONNA	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO DELLA COLONNA
A	CODICE NTR/PADRE	CODICE DELLA RICHIESTA DI RICOVERO O DI TRASPORTO
B	DESCRIZIONE NTR	[Non valorizzato]
C	DESCRIZIONE PADRE	DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA DI RICOVERO O DI TRASPORTO
D	DESCRIZIONE FIGLI	[Non valorizzato]
E	N. PROGRESSIVO	VALORIZZATO A "0"
F	CODICE CVP	CODICE CVP DA UTILIZZARE PER IDENTIFICARE LA RICHIESTA DI RICOVERO O DI TRASPORTO
G	COMPATIBILITA'	[Non valorizzato]
H	PESO	[Non valorizzato]
I	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA' /EROGABILITA'	[Non valorizzato]
J...N	BRANCA_1...5	[Non valorizzato]
O	INCOMPATIBILITA' CON ALTRI CODICI	[Non valorizzato]
P	INCLUSIONI	[Non valorizzato]
Q	NOTE E CONDIZIONI DI PRESCRIVIBILITA' /EROGABILITA' PARTICOLARI	[Non valorizzato]
R	PRESCRIZIONE UNICA IN RICETTA	INDICAZIONE DI PRESCRIVIBILITA' ESCLUSIVA IN RICETTA (*)
S	N. SEDUTE CICLO	[Non valorizzato]
T	TIPO ACCESSO	[Non valorizzato]
U	TARIFFA	[Non valorizzato]
V	STAMPA	FORMATO STAMPABILE DELLA DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE
W	CATEGORIA PRESTAZIONE	RR (come descritto al paragrafo 1.3)

X	REGOLE KR DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	[Non valorizzato]
Y	VINCOLO ACCORPAMENTO	[Non valorizzato]
Z	PRESCRIZIONE MMG-PLS	[Non valorizzato]
AA	NUMERO NOTA ALLEGATO 4D DPCM 12.1.17	[Non valorizzato]
AB	NUMERO NOTA ALLEGATO A DGR n. 666 26.05.2020	[Non valorizzato]

1.3 Modalità di lettura e prescrizione delle prestazioni

Vengono di seguito descritti i valori assunti da ciascuna colonna, il loro significato e le regole da prevedere ed implementare per un corretto utilizzo del Catalogo Veneto del Prescrivibile.

- La colonna A – CODICE NTR/PADRE contiene i codici delle prestazioni presenti nel Nomenclatore Tariffario Regionale (DRG 859/2011 e successive modifiche e integrazioni) o, in alternativa, i codici regionali attribuiti alle prestazioni incluse nel CVP ma non presenti nel NTR in quanto non rientrano nella specialistica ambulatoriale (es. prestazioni termali).
- La colonna B – DESCRIZIONE NTR contiene la descrizione delle prestazioni presenti nel Nomenclatore Tariffario Regionale (DRG 859/2011 e successive modifiche e integrazioni) o, in alternativa, le diciture regionali nel caso di prestazioni incluse nel CVP ma non presenti nel NTR (es. prestazioni termali).
- La colonna C – DESCRIZIONE PADRE contiene le descrizioni "PADRE" delle prestazioni (che sono prescrivibili o meno); partendo dal NTR o da delibere regionali, spesso le diciture sono state modificate per renderle più comprensibili al prescrittore ed agevolarne la ricerca.
- La colonna D – DESCRIZIONE FIGLI riporta le descrizioni delle prestazioni create come dettaglio delle prestazioni padre; se il campo è vuoto, vuol dire che il corrispondente codice non è stato declinato.
- La colonna E - N. PROGRESSIVO riporta un numero progressivo a partire dal numero "0", che è funzionale alla creazione dei codici CVP. Tale numero identifica in modo univoco la singola prestazione.
In particolare:

- Le prestazioni del NTR che non sono state dettagliate con dei "figli" sono identificate da un codice progressivo "0" e sono prescrivibili con la dicitura presente nella colonna "C";
- Le prestazioni "padre" che sono state dettagliate con dei "figli" sono identificate da un codice progressivo "1", il quale indica che tale prestazione NON è prescrivibile, bensì lo sono i rispettivi "figli", descritti nella colonna "D". Ne consegue che, in corrispondenza di N. PROGRESSIVO = 1, il relativo CODICE CVP non è stato costituito.
Esistono dei casi particolari, inseriti in via sperimentale, in cui una prestazione presente nel NTR non prevede "figli" ma le è stato associato comunque il progressivo "1". Questo espediente permette di non eliminare dal CVP una prestazione del NTR (operazione non consentita!), bensì di renderla NON prescrivibile (ad es. perché obsoleta);
- I figli delle prestazioni "padre" sono identificate da un numero progressivo a partire dal numero "2" (colonna "E") e sono tutti prescrivibili;
- La colonna F – CODICE CVP riporta il codice del CVP della singola prestazione, composta secondo le regole definite. Solo per gli accorpamenti ed i pacchetti di Day Service, che hanno il campo vuoto, nel tracciato di prescrizione e nella stampa della ricetta si indicherà il valore presente nella colonna "Codice NTR/PADRE".
- La colonna G – COMPATIBILITA' riporta la compatibilità di prescrizione, all'interno della medesima ricetta, tra "figli" di uno stesso "padre".
E' quindi utile stabilire se due o più "figli" possano essere inseriti o meno nella stessa impegnativa:
 - I figli associati a lettere uguali (es. B, B) non sono prescrivibili nella stessa ricetta;
 - I figli associati a lettere diverse (es. B, C) possono essere prescritti nella stessa ricetta;
 - La lettera A è utilizzata per i padri senza figli;
 - La lettera A* è utilizzata per indicare una prestazione figlia non associabile a nessuno degli altri figli presenti.
- La colonna H - PESO riporta i pesi da assegnare a ciascuna prestazione. Tali pesi sono necessari per la compilazione della prescrizione, nel rispetto delle regole regionali/nazionali.

Il peso può assumere i seguenti valori per le prestazioni specialistiche:

- "0" per indicare una prestazione ciclica cioè erogabile in più sedute oppure un pannello che prevede un certo numero di esami;
 - "1" per indicare la prestazione erogata in una unica seduta;
 - "2" è associato alle prestazioni di Odontoiatria (sottogruppo della branca 35) per facilitare l'applicazione dei regolamenti regionali (poiché NON sono prescrivibili in numero superiore a 4 in una singola ricetta);
 - valori da "2" a "N" sono associati agli Accorpamenti ed indicano il numero di prestazioni di cui si compongono. L'unica eccezione è rappresentata dall'ESTRNA: il peso pari ad "1" indica che deve essere sempre associato agli accorpamenti che lo prevedono.
- La colonna I - REGOLE DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA' riporta le indicazioni del NTR in merito alla prescrivibilità delle prestazioni, a seconda della tipologia di assistito.

In tale colonna possono essere presenti i seguenti valori:

- "N" per indicare prestazioni prescrivibili a tutti gli assistiti;
 - "1" per indicare prestazioni erogabili solo ai residenti in Regione del Veneto, secondo condizioni di erogabilità DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni;
 - "2" per indicare i LEA aggiuntivi, erogabili ai soli residenti in Regione del Veneto.
- Le colonne J...N - BRANCA contengono le codifiche della o delle branche di appartenenza delle prestazioni, così come riportate nel NTR.
Per la dematerializzazione delle prestazioni ex art. 26 è stato necessario associare loro la branca "zero".

La codifica e la descrizione delle branche è riportata nel relativo foglio di lavoro "Legenda Branche".

- La colonna O - INCOMPATIBILITA' CON ALTRI CODICI contiene l'indicazione del o dei codici NTR che presentano una incompatibilità prescrittiva con il codice indicato (solitamente si tratta di indicazioni ricavate dal Nomenclatore Tariffario). Ne consegue che la prestazione in esame NON potrà essere inserita in ricetta con le prestazioni ("padre" o "figlie") derivanti dal o dai codici presenti nella colonna "O". Trattandosi di un controllo eseguito sul codice NTR, infatti, l'incompatibilità relativa ad un "padre" sarà estesa a tutti i "figli".
In presenza di più valori, viene utilizzata la virgola come carattere separatore.

- La colonna P – INCLUSIONI indica quali sono le prestazioni già incluse in quella in esame (come da NTR). Il prescrittore deve essere avvisato di tale inclusione per evitare un'inutile ridondanza in ricetta, ma potrebbe comunque voler prescrivere un secondo esame, in aggiunta a quello già compreso.
- La colonna Q – NOTE E CONDIZIONI DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA' PARTICOLARI contiene la descrizione di particolari condizioni a cui è obbligatorio attenersi per la prescrizione della prestazione "padre" e di ogni eventuale "figlio". Le condizioni presenti in questo campo possono essere di due tipi:
 - condizione/i riportate in forma testuale esplicita;
 - condizione/i contenute in documenti ufficiali (es. Delibere Regionali) di cui si riporta il riferimento.

In tale colonna sono state riportate anche le note relative agli esami/procedure esclusi dalla prestazione in esame, così come descritte nel Nomenclatore Tariffario Regionale (si tratta di note testuali, non codificate).

- La colonna R – PRESCRIZIONE UNICA IN RICETTA può essere valorizzata solo con il simbolo "*" (asterisco), che identifica essenzialmente le visite e le richieste di ricovero e di trasporto che NON sono ripetibili e NON possono essere associate, nella medesima ricetta, ad altre prestazioni identificate con lo stesso simbolo.
- La colonna S – N. SEDUTE CICLO, in base alla tipologia di prestazione:
 - per prestazioni cicliche indica il numero di sedute massime per un ciclo di prestazioni come da NTR o da Delibere Regionali (prestazioni ex art. 26 a ciclo)
 - per le prestazioni di laboratorio relative alle curve da carico indica il numero massimo di determinazioni. Tale informazione sarà composta da una stringa di 6 caratteri così formata:
 - prefisso di 3 cifre: 888
 - numero massimo di determinazioni composto da tre caratteri.

Ad esempio se la prestazione ha un numero massimo di 5 determinazioni il codice sarà 888005.

 - per le prestazioni a pannello indica il numero massimo di allergeni. Tale informazione sarà composta da una stringa di 6 caratteri così formata:
 - prefisso di 3 cifre: 999
 - numero massimo di allergeni composto da tre caratteri.

Ad esempio se la prestazione ha un numero massimo di 12 allergeni il codice sarà 999012.

- La colonna T – TIPO ACCESSO ammette i seguenti valori:
 - “0” è associato a prestazioni definite di “controllo”;
 - “1” è associato a prestazioni di “primo accesso”;
 - “null” (campo vuoto) lo si trova in corrispondenza di prestazioni che possono essere intese sia come controlli che come primi accessi. In particolare, se sono associate in ricetta a prestazioni con codice di accesso noto, ne assumono il valore.

A questo proposito si precisa che:

- nella prescrizione devono essere inserite prestazioni con lo stesso codice di accesso;
 - se la prestazione scelta ha il campo TIPO ACCESSO valorizzato a “null”, tale prestazione può essere associata in ricetta a prestazioni di tipo “0” o “1”;
 - l'impegnativa che contiene prestazioni con TIPO ACCESSO “0” NON richiede la scelta delle priorità U, B, D, P, ma solo l'indicazione della tempistica di esecuzione, secondo le disposizioni regionali.
 - le prestazioni con TIPO ACCESSO “1” richiedono l'inserimento obbligatorio della priorità. Tra queste sono ricomprese tutte le prestazioni definite come visite di controllo per RIVALUTAZIONE;
 - qualora tutte le prestazioni che compongono una prescrizione presentino TIPO ACCESSO valorizzato a “null”, ad esclusione delle prestazioni di “Branca 3 – Laboratorio” per le quali non occorre specificare alcuna priorità, in quanto si tratta di esami ad accesso diretto, il valore acquisito del TIPO ACCESSO sarà legato alla presenza o meno della priorità. Ciò implica che il prescrittore può intenderle, indifferentemente, come dei controlli o dei primi accessi.
- La colonna U – TARIFFA contiene la tariffa che deve essere associata alla prestazione. Si precisa che la tariffa riportata nel CVP è solo la trascrizione di quanto contenuto nel Nomenclatore Tariffario Regionale, documento che rimane di riferimento per questo dato. Si ricorda che per i cicli e per i pannelli, la tariffa espressa nel NTR si riferisce alla singola unità, sia essa un trattamento o una determinazione, e quindi deve essere moltiplicata per il numero effettivamente eseguito (non necessariamente pari a quello previsto nella colonna “S”).

- La colonna V – STAMPA contiene la descrizione della prestazione in versione stampabile, ovvero avente lunghezza massima compatibile per la stampa sui supporti cartacei previsti, così come concordato a livello regionale.
- La colonna W – CATEGORIA PRESTAZIONE riporta la categoria di classificazione della prestazione.

I codici presenti sono i seguenti:

Prestazioni specialistiche ambulatoriali:

- **TR: prestazioni di specialistica ambulatoriale (come da Nomenclatore Tariffario Regionale)**

Altre tipologie di prestazioni specialistiche:

- **TE: prestazioni termali**
- **EX: prestazioni ex-articolo 26**

Prestazione non prescrivibile su ricetta rossa (usata per lo screening)

- **NP: prestazione non prescrivibile**

Accorpamenti:

- **AC: accorpamenti**

Pacchetti "Day Service":

- **DS: pacchetti di "Day Service"**

Richieste di ricovero e di trasporto:

- **RR: richieste di ricovero e di trasporto**

Le uniche categorie di prestazioni associabili all'interno della stessa impegnativa sono "TR" e "AC", secondo le note regole di prescrivibilità. Tutte le altre devono trovarsi su ricette distinte, ad esclusione della voce con etichetta "NP".

- La colonna X - REGOLE KR DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA riportano le descrizioni delle regole di tipo "Knowledge rule" di prescrizione per assolvere al concetto di appropriatezza prescrittiva. Per approfondire tale argomento si rimanda al documento "Specifiche tecniche per l'applicazione di un sistema di supporto decisionale per l'appropriatezza prescrittiva Laboratorio v_2.1" e versioni successive.

- La colonna Y – VINCOLO ACCORPAMENTO contiene il o i codici degli accorpamenti (separati da virgole) per cui esiste un vincolo di prescrivibilità che rende la prestazione prescrivibile UNICAMENTE all'interno degli accorpamenti indicati.
- La colonna Z – PRESCRIZIONE MMG-PLS riporta ulteriori indicazioni per i medici territoriali. Al momento è presente soltanto il valore "NO" indicante che la prestazione corrispondente NON deve essere prescritta da MMG e PLS, bensì è di pertinenza esclusiva del medico specialista.
- La colonna AA – NUMERO NOTA ALLEGATO 4D DPCM 12.1.2017 riporta il numero della nota determinata nell'allegato 4D del DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA per determinare le condizioni di erogabilità o di appropriatezza prescrittiva.
- La colonna AB - NUMERO NOTA ALLEGATO A DGR n. 666 26.05.2020 riporta il numero della nota determinata nell'allegato A della DGR n. 666 del 26 maggio 2020.

N.B. Per le altre regole di composizione della ricetta si rimanda al regolamento regionale/nazionale.

2 Foglio di lavoro "Legenda Branche"

Nel foglio di lavoro denominato "Legenda Branche" è riportata la legenda (codice e descrizione) delle branche a cui appartengono le prestazioni del CVP, così come previste nel NTR. Sono presenti 25 branche specialistiche più la branca "zero", corrispondente ad "Altre Prestazioni":

0	ALTRE PRESTAZIONI
3	LABORATORIO
8	CARDIOLOGIA
9	CHIRURGIA GENERALE
12	CHIRURGIA PLASTICA
14	CHIRURGIA VASCOLARE
19	ENDOCRINOLOGIA
29	NEFROLOGIA
30	NEUROCHIRURGIA
32	NEUROLOGIA
34	OCULISTICA
35	ODONTOSTOMATOLOGIA

36	ORTOPEDIA
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
38	OTORINOLARINGOIATRIA
40	PSICHIATRIA
43	UROLOGIA
52	DERMOSIFILOPATIA
56	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
58	GASTROENTEROLOGIA
61	MEDICINA NUCLEARE
64	ONCOLOGIA
68	PNEUMOLOGIA
69	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
70	RADIOTERAPIA
82	ANESTESIA

3 Foglio di lavoro “Accorpamenti”

3.1 Descrizione del contenuto e del significato delle colonne

Gli Accorpamenti sono da intendersi come raggruppamenti di prestazioni appartenenti alla stessa branca (già presenti nel foglio di lavoro “CVP”), i quali rispondono a varie esigenze:

- agevolazione del prescrittore che può cercare l'indagine clinica desiderata e trovare tutte le prestazioni necessarie che devono essere inserite in ricetta, senza dover fare ricerche ulteriori;
- composizione di una ricetta che contenga tutti gli esami necessari all'esecuzione dell'indagine richiesta, senza l'esigenza di dover fare una nuova impegnativa in fase di accettazione/esecuzione (a causa di prestazioni scorrette o numericamente insufficienti);
- chiara comprensione, mediante la rilevazione del codice dell'accorpamento, dell'indagine da dover eseguire, soprattutto in presenza di codici CVP generici.

Per l'importanza che rivestono gli accorpamenti, sarebbe opportuno che questi ultimi fossero messi in evidenza in fase di prescrizione. Quando si esegue una ricerca testuale, infatti, il software dovrebbe guidare il prescrittore nella scelta dell'accorpamento, che è da preferire rispetto alla prestazione singola avente una dicitura simile. Ad es. l'accorpamento “ROSOLIA ANTICORPI” è da scegliere al posto di una soltanto delle

due prestazioni contenute in esso: "VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG" o "VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM (E.I.A.)".

Quando si sceglie un accorpamento, dovranno essere prescritte tutte le prestazioni contenute in esso, che verranno esplose nelle singole righe all'interno della/e ricetta/e necessaria/e. Se si decide, invece, di prescrivere in modo parziale l'accorpamento, allora quest'ultimo decade ed il relativo codice non comparirà da nessuna parte (né nel tracciato, né in stampa).

La prescrivibilità dell'accorpamento rispecchia la prescrivibilità delle prestazioni componenti l'insieme, mantenendo la condizione più restrittiva.

Nel foglio di lavoro "CVP", oltre alle singole prestazioni, quindi, sono riportate le codifiche per la prescrizione degli "Accorpamenti".

Il contenuto delle colonne assume il significato di quanto descritto al paragrafo 1.2, sezione "Accorpamenti".

La composizione degli accorpamenti, invece, è riportata nel foglio di lavoro "Accorpamenti". Di seguito si illustrano le informazioni presenti:

COLONNA	TITOLO DELLA COLONNA	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO DELLA COLONNA
A	CODICE ACCORPAMENTO	CODICE DELL'ACCORPAMENTO
B	DESCRIZIONE ACCORPAMENTO	DESCRIZIONE DELL'ACCORPAMENTO
C	DESCRIZIONE PRESTAZIONI CVP	DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE DEL CVP
D	CODICE PRESTAZIONE CVP	CODICE DELLA PRESTAZIONE DEL CVP
E	PESO	PESO DELL'ACCORPAMENTO (righe gialle) □ ottenuto dal peso delle singole prestazioni che lo compongono PESO DELLA PRESTAZIONE SINGOLA (righe bianche) □ valore presente nella tabella "CVP"
F	BRANCA	BRANCA DELLE PRESTAZIONI DEL CVP CONTENUTE NELL'ACCORPAMENTO (tutte appartenenti alla medesima branca)

G	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA'	REGOLE DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA' A LIVELLO REGIONALE/NAZIONALE (nel caso in cui le prestazioni che costituiscono l'accorpamento abbiano valori differenti, si prende come riferimento il più restrittivo)
---	--	--

In particolare, mentre la colonna "A" contiene il codice che sarà veicolato mediante la prescrizione (sia nel tracciato XML che in stampa); la colonna "B" riporta la descrizione estesa che visualizzerà solo il prescrittore al momento della selezione ed, eventualmente, anche l'accettatore, se è previsto dalle funzionalità dell'applicativo.

3.2 Modalità di prescrizione degli Accorpamenti

Gli accorpamenti sono selezionabili dal prescrittore attraverso il codice presente in colonna "A" o attraverso la descrizione estesa presente in colonna "B".

Devono poi essere gestiti con le seguenti indicazioni:

- Le prestazioni componenti gli accorpamenti devono essere trattate come singole prestazioni, quindi stampate in ricetta occupando le righe corrispondenti.
- Il codice dell'accorpamento dovrà essere stampato sia sul promemoria che su ricetta rossa di seguito alla descrizione stampabile di ogni prestazione, ripetendolo per tante volte quante sono le prestazioni che compongono l'accorpamento.

In questo modo è possibile individuare in modo univoco se una prestazione è prescritta singolarmente o come componente di un accorpamento e a quale accorpamento essa appartiene, nel caso in cui siano presenti più accorpamenti nella stessa ricetta.

Nel caso di ricetta non dematerializzata stampata su ricetta rossa cartacea, la stampa del codice è sicuramente necessaria per individuare l'accorpamento di appartenenza delle prescrizioni, in quanto questa informazione non sarebbe recuperabile dal tracciato.

Con la ricetta dematerializzata, il codice dell'accorpamento (colonna "A") dovrà anche essere inserito a livello informatico, nel tracciato XML di prescrizione, secondo le specifiche tecniche descritte nel documento redatto

dal Consorzio Arsenà.IT "Dematerializzazione della ricetta rossa v_2.12" e versioni successive.

La stampa dell'accorpamento nel promemoria, anche se ridondante, è utile nel caso di indisponibilità dei sistemi informatici al momento della prenotazione/erogazione o nel caso in cui il software di accettazione non abbia ancora fatto gli sviluppi necessari per l'acquisizione automatica del codice.

- Nel caso di selezione di più accorpamenti, la compilazione e la successiva stampa della ricetta dovrà essere gestita in modo da generare meno ricette possibili e nella formulazione più favorevole per il paziente, a livello economico (pagamento del *ticket*).

A questo scopo, è consigliato operare per tutte le prestazioni prescritte, comprese eventualmente anche quelle al di fuori degli accorpamenti, un ordinamento decrescente rispetto al costo delle prestazioni e proporre tale ordinamento nella composizione, invio e stampa delle ricette.

- Il pacchetto denominato in colonna A "ESTRNA", dovrà essere associato obbligatoriamente agli accorpamenti che lo prevedono (come riportato nella colonna "NOTE E CONDIZIONI DI PRESCRIVIBILITA'/EROGABILITA'" del foglio di lavoro "CVP"). Nel foglio "Accorpamenti", tutti gli accorpamenti inseriti prima di "ESTRNA" dovranno essere associati a quest'ultimo.

Tale associazione dovrà essere fatta UNA SOLA VOLTA per momento prescrittivo anche se in presenza di più accorpamenti che lo richiedono, indipendentemente dal numero di ricette che si dovranno generare.

- Per quanto riguarda le prestazioni prescrivibili solo all'interno di accorpamenti, nel momento in cui il medico ne seleziona una sarebbe opportuno che il software proponesse direttamente l'accorpamento corrispondente o chiedesse al medico di sceglierne uno tra quelli previsti. Al prescrittore è opportuno che sia mostrata la descrizione, in quanto più esplicativa del codice.

4 Foglio di lavoro "Day Service"

Nel Day Service Ambulatoriale vengono svolte attività cliniche multidisciplinari di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni integrate, arricchendo i set assistenziali ed organizzativi disponibili in ambito sanitario; tale modello è coerente con quanto previsto dal DPCM 29/11/2001, al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione.

I pacchetti di Day Service sono, quindi, dei pacchetti predefiniti che contengono prestazioni afferenti a varie branche, ovvero codici presenti nel foglio di lavoro “CVP” e prescrivibili anche singolarmente.

Tali pacchetti sono prescrivibili SOLO dai medici specialisti ospedalieri, previa opportuna autorizzazione da parte della Regione del Veneto, e derogano le usuali regole di composizione delle ricette regionali/nazionali.

Per quanto attiene alle modalità organizzative, è necessario che l'attività in Day Service Ambulatoriale sia garantita in maniera sistematica all'interno delle strutture sanitarie attraverso un'organizzazione specificatamente dedicata con presenza di relazioni strutturate fra il Day Service Ambulatoriale e gli altri servizi diagnostico-terapeutici.

4.1 Descrizione del contenuto e del significato delle colonne

Il foglio di lavoro denominato “Day Service” contiene la descrizione dei pacchetti di Day Service selezionabili. Ad ogni pacchetto corrisponde un set di prestazioni prescrivibili in ricetta, anche se di branca diversa.

Nelle colonne di questo foglio di lavoro sono contenute le seguenti informazioni:

COLONNA	TITOLO DELLA COLONNA	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO DELLA COLONNA
A	CODICE PACCHETTO	CODICE DEL PACCHETTO DI DAY SERVICE
B	DESCRIZIONE PACCHETTO	DESCRIZIONE DEL PACCHETTO DI DAY SERVICE
C	DESCRIZIONE NTR PRESTAZIONI	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI, come da NTR
D	CODICE NTR	CODICE DELLE PRESTAZIONI DEL NTR
E	DESCRIZIONE CVP PRESTAZIONI	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI, come da CVP (valorizzata solo per gli accorpamenti di pertinenza della radioterapia)
F	CODICE CVP	CODICE CVP DELLE PRESTAZIONI (valorizzata solo per gli accorpamenti di pertinenza della radioterapia)

G	MOLTEPLICITA' MASSIMA	NUMERO MASSIMO PRESCRIVIBILE DI UNA CERTA PRESTAZIONE affinché il pacchetto mantenga la sua validità (tra le prestazioni previste, il prescrittore può scegliere quali includere, senza superare tale molteplicità)
---	-----------------------	---

4.2 Modalità di prescrizione dei pacchetti di Day Service

- Per ora, gli unici pacchetti per i quali è possibile produrre una o più ricette dematerializzate sono quelli di pertinenza della Radioterapia: R19, R20, R21, R22, R23.

- Per la costituzione di una ricetta elettronica o dematerializzata, la ricerca dei pacchetti di Day Service può essere fatta mediante il codice presente in colonna "A" o attraverso la descrizione estesa presente in colonna "B".

Dopo la selezione del pacchetto, si dovrà avere la possibilità di scegliere le prestazioni di interesse, tra quelle previste all'interno del pacchetto stesso. Solo per i cinque pacchetti di radioterapia le diciture saranno quelle del CVP (colonna "E"); tutti gli altri riporteranno le diciture del NTR (colonna "C").

- La prescrizione sarà completa solamente dopo la selezione delle singole prestazioni, avendo la premura di controllare che per ciascuna di esse non sia stata superata la molteplicità massima indicata nella colonna "G".

Per i pacchetti di Radioterapia, alcuni codici NTR sono stati distinti in due "figli" CVP: il prescrittore deve poter scegliere indistintamente l'uno o l'altro, sempre con il vincolo che la loro somma non superare la molteplicità prevista.

- Le prestazioni componenti i pacchetti devono essere gestite come singole prestazioni (sia quelle che hanno peso "1" che quelle cicliche, con peso pari a "0") e stampate in ricetta occupando progressivamente una riga. Oltre le 8 prestazioni consentite, si procederà alla produzione di una nuova ricetta.
- I pacchetti di Day Service prevedono l'associazione, nella stessa impegnativa, di prestazioni afferenti a branche diverse. Inoltre, le visite devono essere assimilate a tutte le altre prestazioni ripetibili in ricetta.
- In maniera analoga agli accorpamenti, il codice del pacchetto deve essere veicolato all'interno del tracciato XML di prescrizione e stampato sul promemoria di seguito alla descrizione stampabile di ogni prestazione

(ripetendolo per tante volte quante sono le prestazioni che compongono il pacchetto).

5 Foglio di lavoro “Note Prescrizione”

Il DPCM del 12 gennaio 2017 ha introdotto l'obbligo di indicare da parte del medico prescrittore, nella ricetta dematerializzata e nel modello rosso SSN di prescrizione, un numero di nota per alcune prestazioni. Questo numero deve essere accompagnato dall'indicazione di una condizione di erogabilità o dall'indicazione di appropriatezza prescrittiva. Successive DGR hanno introdotto nuove note di prescrizione e condizioni di erogabilità come la DGR n. 666 del 26/05/2020.

Il foglio di lavoro denominato “Note Prescrizione” riporta l'elenco dell'associazione del Numero di nota alle rispettive condizioni di erogabilità o di appropriatezza prescrittiva.

La tabella seguente schematizza il significato assunto dalle varie colonne presenti nel foglio “Note Prescrizione”:

COLONNA	TITOLO DELLA COLONNA	DESCRIZIONE DEL CONTENUTO DELLA COLONNA
A	NUMERO NOTA	CODICE (numerico) DELLA NOTA
B	SUBCODICE NUMERO NOTA	CODICE (letterale) DELLA NOTA
C	DESCRIZIONE NOTA	DESCRIZIONE DELLA NOTA
D	CLASSE NOTA	INDICAZIONE DEL TIPO DI NOTA: 0 se CONDIZIONE DI EROGABILITA', 1 se APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

- Fine documento -