



# REGIONE PUGLIA

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE,  
DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO  
SPORT PER TUTTI**

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO  
DELL'OFFERTA**

---

## PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

---

Codice CIFRA: SGO / DEL / 2016/

**OGGETTO: Remunerazione delle prestazioni di assistenza Ospedaliera ed in regime di "day - service" Modifica e integrazione delle DD.GG.RR. n. 951, n. 561 del 2/04/2014 e n. 1202/2014.**

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Con il Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 23 del 28/01/2013 - Suppl. Ordinario n. 8, è stata definita la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

All'art. 2 comma 4 è stato stabilito che *“Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero. Le regioni possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifiche dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati **nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria** approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati ...”*.

In attuazione del Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, con deliberazione di Giunta Regionale n. 951 del 13/05/2013 è stato approvato il nuovo tariffario regionale relativo alla remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale, erogabili dal SSR della Puglia, con decorrenza dal 1/06/2013, successivamente modificata ed integrata con le deliberazioni di Giunta regionale n. 1304 del 09/07/2013, n. 561 del 02/04/2014 e n. 1172 del 26/05/2015.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1202 del 18/06/2014 e la successiva delibera di modifica e integrazione n. 2274 del 22/12/2014:

- a) sono stati trasferiti in altro setting assistenziale “day – service” i 108 DRG “ad alto rischio di inappropriatazza”, di cui al Patto della Salute 2010 -2012, nei limiti della soglia di ammissibilità, definita dall'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S);
- b) è stata definita, altresì, la composizione del tavolo tecnico “day – service” e con la successiva determinazione dirigenziale n. 109/2015 sono stati nominati i relativi componenti;
- c) al punto 12 della D.G.R. n. 1202/2014 è stato stabilito che il pacchetto delle prestazioni che individuano il percorso diagnostico-terapeutico delle specifiche patologie possa essere aggiornato sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere Universitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale nonché dalle strutture private accreditate.

Preso atto di:

1. Legge 25 febbraio 2016, n. 21 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210: Proroga di termini previsti da disposizioni legislative (milleproproghe)” (G.U. 26 febbraio 2016, n. 47) che all’art. 6 “Proroga di termini in materie di competenza del Ministero della salute”, comma 3 ha stabilito: “*All’articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il comma 16, è sostituito dal seguente: “16. **Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ambulatoriale** di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, **nonché le tariffe delle prestazioni relative all’assistenza protesica** di cui all’articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, **costituiscono riferimento fino alla data del 30 settembre 2016**, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica. **Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera** di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, **costituiscono riferimento, fino alla data del 31 dicembre 2016**, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica”.*

2. di alcune segnalazioni di criticità pervenute in merito alle diagnosi principali e secondarie, riconducibili ai ricoveri per parto cesareo (DRG 370 e 371), in assenza delle quali, come da deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 si procede all’abbattimento tariffario;

3. dei verbali degli incontri del citato Tavolo tecnico “day –service”, agli atti del Servizio, dai quali risulta che, ad unanimità, è stato deciso:

a) l’applicazione della seguente metodologia per la determinazione della tariffa dei nuovi pacchetti:

- pacchetti per i quali è previsto il “**follow-up**”: applicazione della tariffa del DH all’80% del relativo DRG;

- pacchetti di tipo “**diagnostico**”: definizione da parte della competente commissione regionale di una tariffa che tenga conto delle prestazioni che compongono un percorso diagnostico “medio” per la situazione clinica in esame.

b) l’abrogazione di tutti i day service approvati con le deliberazioni di Giunta regionale n. 433/2011 e n. 2863/2011, di seguito dettagliati, in quanto riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza:

DAY SERVICE DA ABROGARE	DRG di
-------------------------	--------

CODICE	DESCRIZIONE	Tariffa in €	provvedimento	riferimento
04.44	Liberazione del tunnel tarsale	1.398,52	DGR n.2863/2011	8
08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore	695,78	DGR n.2863/2011	40
08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore	695,78	DGR n.2863/2011	40
13.70.1	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio facho)	1.261,60	DGR n.2863/2011	39
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale	1.261,60	DGR n.2863/2011	39
13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato	713,6	DGR n.2863/2011	39
14.75	Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	213,33	DGR n.2863/2011	39
53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi diretta o indiretta	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi	1.041	DGR n.2863/2011	160
53.49.1	Riparazione di ernia ombelicale	1.069,67	DGR n.2863/2011	160
80.20	Artroscopia sede non specificata	1.058,43	DGR n.2863/2011	232
81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto	1.248,52	DGR n.2863/2011	229
81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto	1.248,52	DGR n.2863/2011	229
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano	1.200	DGR n.2863/2011	229
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice	1.200	DGR n.2863/2011	229
98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale prima seduta	581,57	DGR n.2863/2011	323
98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale per seduta successiva alla prima	386,92	DGR n.2863/2011	323
98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/0 vescica per seduta	386,92	DGR n.2863/2011	323
PA.00.1	Follow-Up diabete	101,49	DGR n. 433/2011	294
PA.00.2	Follow-Up ipertensione	129,17	DGR n.433/2011	134
PC.A0.1	Intervento di facoemulsione e aspirazione di cataratta ed inserzione di cristallino artificiale intraoculare	750	DGR n. 433/2011	39
PC.A0.2	Intervento di liberazione tunnel carpale	650	DGR n.433/2011	6

c) la conferma per i DRG di cui al punto a) i pacchetti e le relative tariffe previste nell'Allegato A della deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2014 e precisamente:

Codice identificativo Day Service (da delibera e nota prot. AOO_151/8281 del 16/7/2014)	Codice identificativo operativi Day Service (da usare in fase di prescrizione e per l'invio dei flussi informativi)	Descrizione	Tariffa	Data di Validità	DRG di riferimento
PCA100	PCB01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.068,00	01/09/2014	8
PCA101	PCB02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	796,00	01/09/2014	39
PCA102	PCB03	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.292,00	01/09/2014	40
PC103	PCB04	Ipertensione	158,00	01/09/2014	134
PCA104	PCB05	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.218,00	01/09/2014	160
PCA105	PCB06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.024,00	01/09/2014	162
PCA106	PCB07	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.037,00	01/09/2014	229
PC107	PCA98	Diabete età > 35 anni	189,00	01/09/2014	294
PC108	PCB09	Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	512,00	01/09/2014	323

d) l'approvazione dei pacchetti proposti dall'Associazione Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) su day – service pneumologici dettagliati nell'Allegato B, di cui al presente schema di provvedimento:

1. Sindrome delle Apnee Ostruttive Correlate;
2. Asma bronchiale;
3. Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) di cui: Follow – up e diagnostico Valutativo.

e) che le prestazioni riconducibili ai seguenti DRG, possano intendersi “a ciclo”. Pertanto, al fine di non procurare nocumento al paziente, ai sensi dell'art. 35 della legge 27/12/1997, in ogni ricetta possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni di day service, trattandosi della medesima branca specialistica, con riferimento ai DRG di seguito esplicitati:

- DRG 323 “Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni”;
- DRG 409 “Radioterapia”;
- DRG 249 “Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo”;
- DRG 465 “Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria”;
- DRG 466 “Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria”;
- DRG 467 “Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)”;

- DRG 248 “Tendinite, miosite e borsite”;
- DRG 256 “Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo”.

f) l’approvazione di alcuni dei pacchetti di prestazioni in regime di day – service, dettagliati nell’Allegato B, di cui al presente schema di provvedimento, proposti dall’ Azienda Ospedaliera Policlinico Consorziata di Bari e precisamente:

- Valutazione sordità infantile;
- PAC terapeutico somministrazione controllata di farmaci;
- Albinismo.

4. preso atto della nota del Ministero della Salute prot. n. DPPRE 7660 – P del 16/02/2015, di approvare i Day – service per radiometabolica con alfa – emettitore, di cui all’Allegato B del presente schema di provvedimento.

Alla luce di quanto sopra esposto sulla normativa vigente in materia di tariffe e preso atto del fatto che la Regione Puglia, come da ultima verifica LEA, registra un tasso di ospedalizzazione che, sia pur in decremento, risulta comunque superiore alla media nazionale, con particolare riferimento ai 108 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza, di cui al Patto della Salute 2010 – 2012, si propone di:

1. prorogare le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale **fino alla data del 30 settembre 2016** nonché le tariffe previste per l’assistenza ospedaliera **fino alla data del 31 dicembre 2016**, riportate nella deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 e s.m.i. e comunque fino alla pubblicazione del nuovo tariffario nazionale;
2. di applicare, a rettifica della deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 e ss.mm.ii, per l’anno 2016 la tariffa prevista per il DRG 373 - parto vaginale senza cc a tutti i ricoveri per parto cesareo (DRG 370 e 371) che non presentano annotata nelle relative SDO, in diagnosi principale o nelle diagnosi secondarie, almeno una delle diagnosi di rischio definite da Age.Na.S., di cui all’Allegato A che, composto da n. 2 (due) fogli, è parte integrante del presente schema di provvedimento;
3. di recepire la seguente metodologia per la determinazione della tariffa dei nuovi pacchetti di day – service, condivisa dal tavolo tecnico regionale “day service”:
  - pacchetti per i quali è previsto il **“follow-up”**: applicazione della tariffa del DH all’80% del relativo DRG;
  - pacchetti **di tipo “diagnostico”**: definizione da parte della competente commissione regionale di una tariffa che tenga conto delle prestazioni che compongono un percorso diagnostico “medio” per la situazione clinica in esame.
4. di abrogare tutti i day service approvati con le deliberazioni di Giunta regionale n. 433/2011 e n. 2863/2011, di seguito dettagliati, in quanto riconducibili ai 108 DRG ad alto

rischio di inapproprietezza, il cui passaggio ad altro setting assistenziale “day – service” è stato disciplinato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1202/201

DAY SERVICE DA ABROGARE				DRG di riferimento
CODICE	DESCRIZIONE	Tariffa in €	provvedimento	
04.44	Liberazione del tunnel tarsale	1.398,52	DGR n.2863/2011	8
08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore	695,78	DGR n.2863/2011	40
08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore	695,78	DGR n.2863/2011	40
13.70.1	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fatico)	1.261,60	DGR n.2863/2011	39
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale	1.261,60	DGR n.2863/2011	39
13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato	713,6	DGR n.2863/2011	39
14.75	Iniezione intravitteale di sostanze terapeutiche	213,33	DGR n.2863/2011	39
53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi diretta o indiretta	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi	1.041	DGR n.2863/2011	160
53.49.1	Riparazione di ernia ombelicale	1.069,67	DGR n.2863/2011	160
80.20	Artroscopia sede non specificata	1.058,43	DGR n.2863/2011	232
81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto	1.248,52	DGR n.2863/2011	229
81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto	1.248,52	DGR n.2863/2011	229
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano	1.200	DGR n.2863/2011	229
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice	1.200	DGR n.2863/2011	229
98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale prima seduta	581,57	DGR n.2863/2011	323
98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale per seduta successiva alla prima	386,92	DGR n.2863/2011	323
98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/0 vescica per seduta	386,92	DGR n.2863/2011	323
PA.00.1	Follow-Up diabete	101,49	DGR n. 433/2011	294
PA.00.2	Follow-Up ipertensione	129,17	DGR n.433/2011	134
PC.A0.1	Intervento di facoemulsione e aspirazione di cataratta ed inserzione di cristallino artificiale intraoculare	750	DGR n. 433/2011	39
PC.A0.2	Intervento di liberazione tunnel carpale	650	DGR n.433/2011	6

5. di confermare per i DRG di cui al punto a) i pacchetti e le relative tariffe previste nell'Allegato A della deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2014 e precisamente:

Codice identificativo Day Service (da delibera e nota prot. AOO_151/8281 del 16/7/2014)	Codice identificativo operativi Day Service (da usare in fase di prescrizione e per l'invio dei flussi informativi)	Descrizione	Tariffa	Data di Validità	DRG di riferimento
PCA100	PCB01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.068,00	01/09/2014	8

PCA101	PCB02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	796,00	01/09/2014	39
PCA102	PCB03	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.292,00	01/09/2014	40
PC103	PCB04	Ipertensione	158,00	01/09/2014	134
PCA104	PCB05	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.218,00	01/09/2014	160
PCA105	PCB06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.024,00	01/09/2014	162
PCA106	PCB07	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.037,00	01/09/2014	229
PC107	PCA98	Diabete età > 35 anni	189,00	01/09/2014	294
PC108	PCB09	Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	512,00	01/09/2014	323

6. di approvare i pacchetti proposti dall'Associazione Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) su day – service pneumologici dettagliati nell'Allegato B, di cui al presente schema di provvedimento:

- a) Sindrome delle Apnee Ostruttive Correlate;
- b) Asma bronchiale;
- c) Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) di cui: Follow – up e diagnostico Valutativo.

7. di stabilire che le prestazioni riconducibili ai seguenti DRG, possano intendersi “a ciclo”. Pertanto, al fine di non procurare nocumento al paziente, ai sensi dell'art. 35 della legge 27/12/1997, in ogni ricetta possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni di day service, trattandosi della medesima branca specialistica, con riferimento ai DRG di seguito esplicitati:

- a) DRG 323 “Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni”;
- b) DRG 409 “Radioterapia”;
- c) DRG 249 “Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo”;
- d) DRG 465 “Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria”;
- e) DRG 466 “Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria”;
- f) DRG 467 “Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)”;
- g) DRG 248 “Tendinite, miosite e borsite”;
- h) DRG 256 “Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo”.



8. di approvare alcuni dei pacchetti di prestazioni in regime di day – service, dettagliati nell'Allegato B, di cui al presente schema di provvedimento, proposti dall' Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziata Policlinico di Bari e precisamente:

- Valutazione sordità infantile;
- PAC terapeutico somministrazione controllata di farmaci;
- Albinismo;

9. di approvare, preso atto dei Day – service per radiometabolica con alfa – emettitore, di cui all' B del presente schema di provvedimento;

10. di stabilire che il codice, di cui ai pacchetti di day – service esplicitati nell'Allegato B del presente schema di provvedimento, verranno attribuiti dalla Sezione “Risorse strumentali e tecnologie”, compatibilmente con le esigenze informatiche.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

#### **COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L. R. N. 28/01 E S.M. E I.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

#### **LA GIUNTA**

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

1. di prorogare le tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale **fino alla data del 30 settembre 2016** nonché le tariffe previste per l'assistenza ospedaliera **fino alla data del 31 dicembre 2016,** riportate nella deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 e s.m.i. e comunque fino alla pubblicazione del nuovo tariffario nazionale;

2. di applicare, a rettifica della deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 e ss.mm.ii, per l'anno 2016, la tariffa prevista per il DRG 373 - parto vaginale senza cc a tutti i ricoveri per parto cesareo (DRG 370 e 371) che non presentano annotata nelle relative SDO, in diagnosi principale o nelle diagnosi secondarie, almeno una delle diagnosi di rischio definite da Age.Na.S., di cui all'Allegato A che, composto da n. 2 (due) fogli, è parte integrante del presente schema di provvedimento;

3. di recepire la seguente metodologia per la determinazione della tariffa dei nuovi pacchetti di day – service, condivisa dal tavolo tecnico regionale “day service”:

- pacchetti per i quali è previsto il **“follow-up”**: applicazione della tariffa del DH all’80% del relativo DRG;
- pacchetti **di tipo “diagnostico”**: definizione da parte della competente commissione regionale di una tariffa che tenga conto delle prestazioni che compongono un percorso diagnostico “medio” per la situazione clinica in esame.

4. di abrogare tutti i day service approvati con le deliberazioni di Giunta regionale n. 433/2011 e n. 2863/2011, di seguito dettagliati, in quanto riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, il cui passaggio ad altro setting assistenziale “day – service” è stato disciplinato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2012:

DAY SERVICE DA ABROGARE				DRG di riferimento
CODICE	DESCRIZIONE	Tariffa in €	provvedimento	
04.44	Liberazione del tunnel tarsale	1.398,52	DGR n.2863/2011	8
08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore	695,78	DGR n.2863/2011	40
08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore	695,78	DGR n.2863/2011	40
13.70.1	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fatico)	1.261,60	DGR n.2863/2011	39
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale	1.261,60	DGR n.2863/2011	39
13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato	713,6	DGR n.2863/2011	39
14.75	Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	213,33	DGR n.2863/2011	39
53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi diretta o indiretta	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi	1.041	DGR n.2863/2011	160
53.49.1	Riparazione di ernia ombelicale	1.069,67	DGR n.2863/2011	160
80.20	Artroscopia sede non specificata	1.058,43	DGR n.2863/2011	232
81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto	1.248,52	DGR n.2863/2011	229
81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto	1.248,52	DGR n.2863/2011	229
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano	1.200	DGR n.2863/2011	229
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice	1.200	DGR n.2863/2011	229
98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale prima seduta	581,57	DGR n.2863/2011	323
98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale per seduta successiva alla prima	386,92	DGR n.2863/2011	323
98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/0 vescica per seduta	386,92	DGR n.2863/2011	323
PA.00.1	Follow-Up diabete	101,49	DGR n. 433/2011	294

PA.00.2	Follow-Up ipertensione	129,17	DGR n.433/2011	134
PC.A0.1	Intervento di facoemulsione e aspirazione di cataratta ed inserzione di cristallino artificiale intraoculare	750	DGR n. 433/2011	39
PC.A0.2	Intervento di liberazione tunnel carpale	650	DGR n.433/2011	6

5. di confermare per i DRG di cui al punto a) i pacchetti e le relative tariffe previste nell'Allegato A della deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2014 e precisamente:

Codice identificativo Day Service (da delibera e nota prot. AOO_151/8281 del 16/7/2014)	Codice identificativo operativi Day Service (da usare in fase di prescrizione e per l'invio dei flussi informativi)	Descrizione	Tariffa	Data di Validità	DRG di riferimento
PCA100	PCB01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.068,00	01/09/2014	8
PCA101	PCB02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	796,00	01/09/2014	39
PCA102	PCB03	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.292,00	01/09/2014	40
PC103	PCB04	Iperensione	158,00	01/09/2014	134
PCA104	PCB05	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.218,00	01/09/2014	160
PCA105	PCB06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.024,00	01/09/2014	162
PCA106	PCB07	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.037,00	01/09/2014	229
PC107	PCA98	Diabete età > 35 anni	189,00	01/09/2014	294
PC108	PCB09	Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	512,00	01/09/2014	323

6. di approvare i pacchetti proposti dall'Associazione Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) su day – service pneumologici dettagliati nell'Allegato B, che composto da n. 11 (undici) pagine è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- d) Sindrome delle Apnee Ostruttive Correlate;
- e) Asma bronchiale;
- f) Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) di cui: Follow – up e diagnostico Valutativo.

7. di stabilire che le prestazioni riconducibili ai seguenti DRG, possano intendersi “a ciclo”. Pertanto, al fine di non procurare nocumento al paziente, ai sensi dell'art. 35 della legge 27/12/1997, in ogni ricetta possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni di day service, trattandosi della medesima branca specialistica, con riferimento ai DRG di seguito esplicitati:

- DRG 323 “Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni”;
- DRG 409 “Radioterapia”;

- DRG 249 “Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo”;
- DRG 465 “Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria”;
- DRG 466 “Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria”;
- DRG 467 “Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)”;
- DRG 248 “Tendinite, miosite e borsite”;
- DRG 256 “Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo”.

8. di approvare alcuni dei pacchetti di prestazioni in regime di day – service, dettagliati nell'Allegato B, che composto da n. 11 (undici) pagine è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, proposti dall' Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziata Policlinico di Bari e precisamente:

- Valutazione sordità infantile;
- PAC terapeutico somministrazione controllata di farmaci;
- Albinismo;

9. di approvare, preso atto dei Day – service per terapia radiometabolica con alfa – emettitore, di cui all'Allegato B che composto da n. 11 (undici) pagine è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

10. di stabilire che, atteso l'evoluzione costante delle prestazioni e delle metodiche adottate, eventuali modifiche ai pacchetti approvati con il presente provvedimento, per quanto attiene sia il dettaglio delle prestazioni sia la relativa tariffa, possano essere apportate con determina dirigenziale della Sezione Strategie Governo dell'Offerta;

11. di stabilire che il codice, di cui ai pacchetti di day – service esplicitati nell'Allegato B del presente schema di provvedimento, vengano attribuiti dalla Sezione “Risorse strumentali e tecnologie”, compatibilmente con le esigenze informatiche;

12. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione “Strategie e governo dell'Offerta” alla Sezione “Risorse strumentali e tecnologiche”, ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici;

13. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;

14. di pubblicare il presente atto sul BURP;

15. di pubblicare il presente atto sul Portale della Salute della Regione Puglia.

**IL Segretario della Giunta  
Giunta**

**IL Presidente della**

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Responsabile A.P. e quindi dalla Sezione Strategia Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE A.P.: **Antonella CAROLI**

IL DIRIGENTE di Sezione: **Giovanni CAMPOBASSO**

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti: **Giancarlo RUSCITTI**

IL PRESIDENTE: **Michele EMILIANO**

**REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLA SANITA'**

**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**ALLEGATO A**

**Il presente allegato è composto  
2di n. 2 (due) fogli escluso il presente**

**Il Dirigente della Sezione  
(Giovanni CAMPOBASSO)**

**FATTORI DI RISCHIO – CODICI ICD- 9 – CM PER IL PARTO CESAREO (decorrenza  
1/1/2016)**

<b>I codici ICD-9CM sono ricercati in diagnosi principale e in qualsiasi campo di diagnosi secondaria.</b>		
<b>Fattore di rischio</b>	<b>Codice ICD-9-CM</b>	
	<b>Nel ricovero per parto</b>	<b>Nei precedenti ricoveri</b>
Tumori maligni	140.0–208.9, V10	140.0–208.9, V10
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1), 648.2	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Malattie cardiache	390-398, 410-429	390-398, 410-429
Malattie cardiovascolari in gravidanza	648.5, 648.6	
Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio	745-747	745-747
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	580-589	580-589
Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzione di ipertensione	646.2	
Malattie del collagene	710	710
HIV	042, 079.53, V08	042, 079.53, V08
Malattie della tiroide	240-246, 648.1	240-246
Diabete	250.0-250.9, 648.0	250.0-250.9
Iperensione arteriosa	401-405, 642.0-642.3, 642.9	401-405
Eclampsia/pre-eclampsia	642.4-642.7	
BPCO	491-492, 494, 496	491-492, 494, 496
Asma	493	493
Fibrosi cistica	277.0	277.0
Miscellanea malattie polmonari acute	480-487, 510-514	
Miscellanea pneumopatie croniche	500-508, 515-517	500- 508, 515-517
Tubercolosi	010-018, 647.3	010-018
Herpes genitale	054.1	
Altre malattie veneree	077.98, 078.88, 079.88, 079.98, 090-099, 647.0-647.2	
Perdita ematica antepartum /abruptio placentae/placenta previa	641	
Parto pre-termine	644.1, 644.2	
Parto post-termine	645	
Disordini del fegato in gravidanza	646.7	
Patologia liquido amniotico/infezione cavità amniotica	657, 658.0, 658.4	
Rottura prematura delle membrane	658.1	
Prolasso del cordone ombelicale	663.0	

Posizione e presentazione anomale del feto	652 (escluso 652.0, 652.1, 652.5)	
Sproporzione /eccessivo sviluppo del feto	653, 656.60, 656.61, 656.63	
Anomalie fetali		655
<b>I codici ICD-9CM sono ricercati in diagnosi principale e in qualsiasi campo di diagnosi secondaria.</b>		
Ritardo di crescita intrauterina	656.5, 764	
Distress fetale	656.3, 768	
Gravidanza multipla	651, V27.2 –V27.9, V31-V37, 761.5	
Isoimmunizzazione Rh	656.1	
Malattie della madre con ripercussioni sul feto o neonato	760.0, 760.1, 760.3	
Abuso di sostanze	303-305; 648.3 (escluso 648.32 e 648.34)	
Gravidanza a rischio	640, 644.0, V23.0, V23.2, V23.4, V23.5, V23.7, V23.8	
Fecondazione assistita	V26	



**REGIONE PUGLIA**  
**ASSESSORATO ALLA SANITA'**  
**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**ALLEGATO B**

**3Il presente allegato è composto  
4di n. 11 (undici) fogli escluso il presente**

**Il Dirigente della Sezione  
(Giovanni CAMPOBASSO)**

## **PACCHETTO DAY – SERVICE SINDROME APNEE NOTTURNE**

### **PREMESSA**

Al disturbi respiratori sonno-correlati (DRS) viene dedicata sempre maggiore attenzione in campo sanitario, essendo considerati un problema di Sanità Pubblica, in ragione dei rilevanti dati epidemiologici. La Sindrome delle apnee ostruttive sonno-correlate (OSAS), è caratterizzata da ricorrenti episodi di parziale o completo collasso delle vie aeree superiori, che determinano eventi respiratori quali russamento, limitazione del flusso aereo ed ipopnee e apnee ostruttive; tali eventi determinano desaturazioni ossiemoglobiniche, frammentazione del sonno ed alterazioni dell'emodinamica cardiovascolare cui possono far seguito eccessiva sonnolenza diurna, complicanze cardio e cerebrovascolari e insufficienza respiratoria, presente anche in veglia.

E. una della più frequenti condizioni morbose correlate al sonno, di interesse multi-specialistico, con plurime competenze (pneumologiche, otorinolaringoiatriche, odontoiatriche, maxillo-facciali, neurologiche e cardiologiche). L'OSAS è una condizione che richiede una diagnosi basata sul sapere, sul patrimonio culturale e su una "golden therapy" di tipo pneumologico.

Questo pacchetto di day - service ha l'obiettivo di migliorare la gestione del paziente affetto da OSAS cercando di razionalizzare le risorse esistenti e di sfruttare meglio le competenze specialistiche disponibili, al fine di:

1. rendere omogeneo, con riferimento alle linee guida nazionali e internazionali, il percorso diagnostico-terapeutico ed il follow up del paziente affetto da OSAS su tutto il territorio regionale, fornendo uno standard di prodotto;
2. facilitare il percorso, fornendo tutte le prestazioni ad esso correlate in un "pacchetto" unico evitando all'utenza dispersione in tempi e risorse nel tentativo di prenotare tutte le prestazioni, riunire i referti e dare infine univoca interpretazione ai fini terapeutici;
3. snellire le procedure di prenotazione e lista di attesa.

### **DIMENSIONE DEL PROBLEMA IN ITALIA E NELLA REGIONE PUGLIA**

I DRS sono in costante aumento nel mondo occidentale e la prevalenza attuale dell'OSA nella popolazione generale è elevata, pari al 17% degli adulti tra i 30-60 anni, con valori del 6% per le forme moderato-severe. In Italia, più di 2 milioni di soggetti sono affetti dalla sindrome (OSAS) di moderato-severa entità e di questi, solo 100.000 circa impiegano un respiratore a pressione positiva continua (CPAP) durante le ore del sonno. Esistono solide evidenze che l'OSAS è responsabile di:

- danno cardio-cerebro-vascolare acuto e cronico,
- mortalità cardio-vascolare,
- rischio di incidenti lavorativi e stradali (per sonnolenza diurna, derivante dall'alterata architettura del sonno a causa delle apnee) di 3.5-8 volte più alto, rispetto ai soggetti sani.
- impegno di ingenti risorse sanitarie per trattare le conseguenze dell'OSAS non diagnosticata e non adeguatamente trattata, connessa con l'insorgenza di patologie cerebro-cardio-vascolari croniche (Fig.1).



Se non trattati, i pazienti con DRS (e OSAS in particolare) costano alla sanità pubblica più dei soggetti di controllo (no OSAS) di pari età e con le precedenti comorbidità associate. La sopravvivenza a 10 anni dei casi non diagnosticati risulta essere nettamente inferiore rispetto a chi non è affetto e solo un trattamento efficace normalizza le curve di sopravvivenza. I costi totali stimati per OSAS corrispondono ad una percentuale del PIL variabile fra 0,29 e 0,4% (2002) e se si riuscisse a trattare i R/4 della popolazione italiana affetta da OSAS, si otterrebbe un risparmio di 2.8 mld di euro (costi sanitari, costi ridotta produzione, costi da incidenti stradali, sul lavoro, etc...).

I dati della letteratura mostrano come la sonnolenza patologica aumenti il rischio di errori umani, incidenti stradali e sul lavoro. In Italia, recentemente, sono stati stimati i costi socio-sanitari causati da incidenti stradali dovuti a pazienti affetti da OSAS che ammontano a circa 37.000.000 di euro.

Nella regione Puglia, nel 2011 è stata effettuata dalla Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) la prima ricognizione dell'impatto dei DRS. Si stima che i pazienti affetti da OSAS siano circa 133.000 e la stragrande maggioranza di questi soggetti è ancora fuori da percorsi diagnostico-terapeutici. Solo 2/3 dei pazienti visitati nel 2011 ottiene una diagnosi strumentale; di questi, solo il 50% circa viene avviato all'uso domiciliare di un respiratore a pressione positiva CPAP (intervento altamente efficace e di basso costo). Il problema dell'accesso non tempestivo alla procedure diagnostiche (giustificato anche da un netto sbilancio fra domanda e offerta clinico-strumentale non adeguata) per i lunghi tempi di attesa (Fig.2), ha prodotto anche in Puglia un numero esorbitante di soggetti sospetti per DRS, di fatto esclusi da programmi di trattamento efficace e tempestivo.

Nella Regione Puglia il tempo totale intercorso per compiere tutto il percorso per OSAS (screening, diagnosi strumentale notturna, adattamento notturno al respiratore e prescrizione-concessione da parte della ASL territoriale), può protrarsi, in alcuni centri pneumologici, fino a 18 mesi.

E' quindi fortemente sentita, sia la necessità di implementare percorsi clinico-assistenziali di qualità e di specificità pneumologica condivisi anche organizzativamente, che riducano le attese dei pazienti agli accessi diagnostici, terapeutici e di follow up, sia di interventi da parte della Regione che soddisfino le richieste di prestazioni per quadri clinici diffusi e destinati ad aumentare nei prossimi anni (poiché fortemente radicati ad errati stili di vita: obesità e fumo di sigaretta su tutti). Una migliore riorganizzazione della gestione dell'OSAS, consentirebbe quindi un notevole risparmio di tempo e risorse sanitarie oggi impegnate per il trattamento della eccessiva sonnolenza e delle comorbidità cardio-vascolari conseguenti alla mancata impostazione di una precoce terapia per i DRS.

Si prevedono due PAC che si riconducono al DRG 73 cui codice day – service è PCA39.

1. **PCA per percorso diagnostico per DRS (Sindrome OSA)**
2. **PCA per percorso follow up in OSAS in trattamento non compensato.**

# 1. PCA PER PERCORSO DIAGNOSTICO PER DRS (SINDROME OSA)

Possono costituire indicazioni al PACC, le seguenti condizioni di priorità:

## **B. BREVE (priorità alta): tempo di attesa < 10 giorni**

- Alto rischio per OSAS grave
- OSAS + scompenso cardiaco acuto o cronico riacutizzato
- OSAS in Overlap (BPCO, patologie della gabbia toracica, polmonari, neuro-miopatie con IRA o IRA su IRC)

## **D. DIFFERITA: tempo di attesa < 30 giorni**

- Alto rischio per OSAS non severa
- Presenza di malattie gravi di altri organi/apparati
- OSAS associata ad altri disturbi del sonno
- OSAS non corretta da trattamento con dispositivo CPAP

## **P. PROGRAMMATA > 30 e < 180 giorni**

- Tutte le altre condizioni

I pazienti possono essere inseriti nel percorso sulla base di criteri clinici che si rifanno alla linee guida italiane e ai criteri diagnostici internazionali (LL.GG. AIPO-AIMS). Priorità: il livello di priorità alla esecuzione esame strumentale va modulato su:

- Sintomatologia clinica/severità del quadro/presenza insufficienza respiratoria ipossiémica e/o ipercapnica.
- Comprovata co-morbidity cardio-vascolare;
- Occupazioni e professioni a rischio di incidenti strada/lavoro.
- Anamnesi di incidenti stradali/lavoro con sospetti di essere dovuti ad eccessiva sonnolenza diurna.

Come da D.G.R. n.1202 del 18/06/2014, Allegato A, in riferimento al PCA 39, la tariffa prevista è rapportata all'80% dei ricoveri ordinari con durata degenza 0-1 giorno-ricoveri diurni, pari a 192 euro. La tariffa della prestazione erogata in day service è omnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a 3. La durata massima della presa in carico è di 30 giorni, con max 3 accessi, vista l'articolazione multidisciplinare.

<b>PACC DIAGNOSTICO PER DRS</b>
<b>DISCIPLINE INTERESSATE: OTORINOLARINGOIATRIA (codice 38) E PNEUMOLOGIA (codice 68) – TARIFFA = 450,00</b>
valutazione clinica (vista pneumologica) e strumentale (PSG/MC-R notturno ambulatoriale) presso centro/U.O.C. + prelievi + Rx torace + funzionalità respiratoria (Ega, spirometria semplice/globale) + ECG: I accesso (OBBLIGATORIO)
Consulenza ORL + VFLscopia: I accesso (OPZIONALE)
Consulenza cardiologica, endocrinologica, dietologica/nutrizionale, neurologica, ortodontica, maxillo-facciale: I accesso (OPZIONALI)

## 2.PCA per percorso follow - up in OSAS in trattamento non compensato.

Ai fini del governo clinico ed economico, tutti i pazienti OSAS devono essere controllati in follow-up per verificare l'efficacia della terapia impostata (paziente guarito migliorato; invariato) e la compliance al trattamento (particolarmente del dispositivo PAP). L'accesso deve avvenire in modalità PROGRAMMATA, ossia almeno ad 1 anno giorni dall'avvio di qualsiasi programma terapeutico (conservativo, chirurgico, CPAP).

Come da D.G.R. n.1202 del 18/06/2014, Allegato A, in riferimento al PCA 39, la tariffa prevista è rapportata all'80% dei ricoveri ordinari con durata degenza 0-1 giorno-ricoveri diurni, pari a 192 euro. La tariffa della prestazione erogata in day service è omnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a 3.

<b>PACC FOLLOW UP PAZIENTI OSA IN TRATTAMENTO NON COMPENSATO (max 3 accessi) TARIFFA = 192 €</b>
Valutazione anamnestica + Ega + PSG/MC-R notturno ambulatoriale presso centro/U.0.C: 1 accesso (OBBLIGATORIO).
Consulenza ORL: 1 accesso (OPZIONALE)
Consulenza cardiologica, neurologica, ortodontica, dietologica/nutrizionale: (OPZIONALI): 1 accesso

### FASE DI FOLLOW-UP

La gestione del paziente OSAS, con interventi multispecialistici conseguenti alla multifattorialità della eziologia, non può prescindere da un adeguato follow-up. Questa fase è complessa ed onerosa: il numero dei pazienti in carico alle singole Strutture aumenta progressivamente con il passare degli anni.

Tutti i pazienti vanno rivalutati, per verificare: la corretta utilizzazione dei presidi terapeutici consigliati; l'efficacia della terapia impostata ed il completo controllo della sintomatologia; la necessità di interventi terapeutici ulteriori, come, ad esempio, una terapia farmacologica di supporto per migliorare la continuità del sonno. E' possibile che i pazienti, nonostante il buon utilizzo dei presidi terapeutici, lamentino ancora sonnolenza diurna residua. In questi casi è necessario provvedere ad una rivalutazione dei sintomi, programmando eventuali ulteriori approfondimenti clinici (visita neurologica) e/o strumentali (PSG; Test delle Latenze Multiple di Sonno, MSLT; Test di Mantenimento della Vigilanza, MWT).

Pazienti in trattamento con PAP

La prescrizione del ventilatore non esaurisce l'atto terapeutico. L'adattamento della struttura ipnica (macro e microstruttura del sonno) si modifica e si consolida nell'arco di qualche settimana, i tessuti dell'orofaringe si decongestionano e il paziente si adatta all'utilizzo del ventilatore in modo progressivo: pertanto le prescrizioni, soprattutto quelle eseguite in una prima ed unica notte di titolazione dovrebbero essere riaggornate nei mesi successivi, (comunque non più tardi di 4-6 mesi) e poi su base annuale/bi-annuale.

La PAP è un trattamento protesico e non una guarigione, perseguibile e non infrequentemente raggiungibile con misure generali, (calo ponderale), a cui il paziente va sempre, continuamente, indirizzato e incoraggiato.

Ad ogni controllo si raccomanda di:

- valutare la presenza di sonnolenza, attraverso l'uso di apposite scale (ESS);
- verificare la compliance al trattamento con PAP, attraverso il colloquio con il paziente ed il suo partner di letto e attraverso l'analisi delle schede di memoria che consentono di verificare il reale Impiego giornaliero del ventilatore. Quando disponibili, i tracciati di flusso aereo, registrati dal dispositivo, consentono di verificare la persistenza di eventi respiratori;

- verificare le condizioni igieniche e la funzionalità della protesi, del circuito, dell'interfaccia e dell'eventuale umidificatore, la presenza di eventuali decubiti e quanto riferito dal paziente in relazione all'utilizzo;
- calcolare l'ANI residuo, corretto per la reale aderenza al trattamento PAP da parte del paziente: in caso di insufficiente uso della PAP, con conseguente persistenza di un alto rischio cardiovascolare, prima di considerare terapie alternative o integrative occorre intraprendere sedute di adattamento, sedute educazionali e quando possibile terapia cognitivo-comportamentale.

Ai fini del Governo Clinico e Economico, tutti i pazienti OSAS devono essere controllati in follow-up per verificare:

1. l'efficacia della terapia impostata (paziente guarito; migliorato; invariato);
2. la compliance al trattamento (particolarmente del dispositivo PAP).

**PACC DIAGNOSTICO DI ASMA BRONCHIALE (tariffa è pari a € 450,00).**

## Razionale

La valutazione diagnostica dell'asma bronchiale è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Pertanto una larga quota delle prestazioni attualmente erogate, soprattutto se in DH, potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale, e la definizione della gestione assistenziale.

## Tipologia di pazienti

Pazienti con asma moderato o grave secondo le linee guida GINA ( soggetti che presentano almeno una crisi d'asma diurna a settimana o 2 crisi notturne mensili)

## Composizione

Per configurarsi il PACC di asma bronchiale devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente della struttura accettante sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle di laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PACC.

Nota	Codice	Descrizione
	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
H	33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE
	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO
	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO
	89.44.2	TEST DEL CAMMINO
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA
	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO per ciascun
	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO
	90.68.3	IgE TOTALI
	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)
	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni)

**PACC BRONCOPOATIA CRONICA OSTRUTTIVA DIAGNOSTICO  
VALUTATIVO (tariffa è pari a € 450,00).**

**Razionale**

La valutazione diagnostica della BPCO è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in Day Hospital) non appropriato. Pertanto un larga quota delle prestazioni attualmente erogate, soprattutto se in DH, potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service. Il PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale.

**Tipologia di pazienti**

Pazienti con diagnosi clinico strumentale accertata di BPCO, in condizioni di stabilità clinica, ma con uno stadio di malattia che abbia determinato un livello di insufficienza respiratoria latente ( da sforzo) o comunque non tale da condizionare la necessità di trattamento in ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (PaO2> 60 mmHg). I pazienti che presentano la malattia in fase iniziale (senza segno alcuno di insufficienza respiratoria) vanno assistiti attraverso il regime ambulatoriale tradizionale

**Composizione**

Per configurarsi il PACC di BPCO devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente della struttura accettante sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle di laboratorio di analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PACC.

Nota	Codice	Descrizione
	89.7	VISITA GENERALE
H	33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE
	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO
	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO
	89.44.2	TEST DEL CAMMINO
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA
	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO per ciascun
	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO
	90.68.3	IgE TOTALI
	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)
	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni)



## PACC DAY SERVICE ALBINISMO

VISITA OCULISTICA: esame dell'occhio comprendente esame clinico del visus con prescrizione lenti, tonometria, esame del segmento anteriore ed esame fundus (Escluso 95.15 e 95.09.1)	95.02
TOPOGRAFIA CORNEALE	95.03.1
CAMPIMETRIA	95.05
Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	95.06
STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	95.07
STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	95.07.01
MICROPERIMETRIA (studio funzionale della regione maculare)	95.08.3
ESAME DEL FUNDUS OCULI	95.09.1
FOTOGRAFIA DEL FUNDUS Per occhio.	95.11
FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	95.11.1
STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE (comprende Valutazione ortottica)	95.15
OCT.	95.17
TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO Test di Hess - Lancaster Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)	95.2
ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN)	95.21
ELETTROOCULOGRAMMA (EOG)	95.22
POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)	95.23
INTERFEROMETRIA	95.23.1
STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	95.24.1
STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO CALORICO	95.24.2
VIDEO-OCULOSCOPIA	95.24.3
VIDEO-OCULOGRAMMA	95.24.4
ELETTROMIOGRAMMA DELL'OCCHIO (EMG)	95.25
TONOGRAMMA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	95.26
TRAINING ORTOTTICO Per seduta (prestazione non ciclica).	95.35
Visita ORL	
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95.41.1
ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	95.41.2
AUDIOMETRIA AUTOMATICA	95.41.3
ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	95.41.4
VALUTAZIONE AUDIOLOGICA con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber.	95.43
Consulenza Psicologica	
VISITA NEUROLOGICA	89.13
TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	94.08.5
TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING.	94.08.6
	94.09
ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10	91.30.1

mutazioni)	
CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	91.30.4
CONSULENZA GENETICA	89.02
CONSULENZA DERMATOLOGICA 89.02	

La tariffa è pari ad € 500.

### VALUTAZIONE SORDITA' INFANTILE

<b>DRG 73 PCA 39 TARIFFA DI CUI ALL'ALLEGATO A DELLA D.G.R. n. 1202/2014 = € 192</b>
Iniezione intratimpanica in anestesia locale di sostanze o medicinali
Valutazione paziente acufenopatico
Valutazione sordità infantile

### PAC terapeutico somministrazione controllata di farmaci

- a) Tariffa pari ad € 297,00, comprensiva del farmaco (non ad alto costo), il cui codice del pacchetto verrà definito dalla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche";
- b) la cui tariffa è pari ad € 37,00 oltre al costo del farmaco ad alto costo da caricare nel file F), il cui codice del pacchetto verrà definito dalla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche".

**Tale pacchetto si riferisce a tutti i ricoveri (ordinari o DH) che posso essere trasferiti nel setting assistenziale "day – service" e soprattutto si riconducono ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, qualora richiedano la sola somministrazione del farmaco e le condizioni cliniche del paziente lo consentono.**

## DAY – SERVICE PER TERAPIA RADIOMETABOLICA CON ALFA – EMETTITORE

### Strutture autorizzate: Medicina Nucleare

Il Punto 7 della Parte II dell'Allegato I del Decreto legislativo 187/2000 prevede che ogni terapia radio metabolica, ad eccezione dei casi previsti al Punto 6, debba venire effettuata in regime di ricovero protetto con raccolta delle deiezioni dei pazienti.

Il 223 Radio dicloruro è stato approvato ed immesso in commercio in un tempo successivo alla emanazione della citata norma, talché, al momento attuale, pur in presenza di documentati requisiti di sicurezza, non risulta ricompreso nell'elenco dei radiofarmaci per i quali non si prevede il ricovero protetto.

Il Ministero della Salute, con nota 7660 del 16/2/2015 ha, tra l'altro, richiamato la previsione di aggiornamento entro il 2018 del Decreto legislativo 187/2000 di recepimento della Direttiva 59/2013 Euratom finalizzato all'inserimento dei radioisotopi alfa-emettitori tra le esenzioni dell'obbligo del regime di ricovero.

Nelle more di detto recepimento, sulla base di evidenze solide, nonché della sopra citata nota del Ministero della Salute, dei pronunciamenti dell'INAIL, dell'Istituto Superiore di Sanità e delle determinazioni di altre Regioni, risulta che il radiofarmaco alfa-emettitore 223 Radio dicloruro può essere somministrato in piena sicurezza, ai fini della radioprotezione del paziente, degli operatori, dei visitatori, in regimi assistenziali alternativi al ricovero.

Il parere dell'Istituto Superiore di Sanità evidenziava come l'esposizione esterna al 223 Radio dicloruro fosse considerevolmente minore di quella ad altri radiofarmaci inclusi nel Decreto legislativo 187/2000 per i quali non è previsto il ricovero protetto.

La citata nota del Ministero della Salute indicava l'opportunità di codificare l'utilizzo del radiofarmaco 223 Radio dicloruro in regime di Day Hospital.

Si reputa che il "setting" assistenziale di Day Service sia appropriato all'erogazione della prestazione di che trattasi in piena efficacia e sicurezza, garantendo il rispetto delle procedure assistenziali e delle norme di radioprotezione. Il Day Service infatti, con denominazioni e modalità amministrative di codifica e di registrazione differenti rispetto al Day Hospital, garantisce il medesimo impegno assistenziale in termini di qualificazione specialistica del personale e tecnologie impiegate.

Per quanto sopra esposto, si propone l'attivazione del regime assistenziale di Day Service per la somministrazione di radioterapia metabolica con 223 Radio dicloruro.

Il Day Service di riferimento è il PCCA 84 "Radioterapia" corrispondente al DRG 409, quest'ultimo ricompreso tra i 108 DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di ricovero e trasferibile in piena sicurezza in regime ambulatoriale.

Le diagnosi che concorrono alla definizione del Pacchetto Ambulatoriale Complesso e Coordinato PCCA 84 sono: V58.0 "Radioterapia". 198.5 "Tumore maligno secondario di osso e midollo osseo" e 185 "Tumore maligno della prostata". La procedura principale è 92.28 "Iniezione o instillazione di radioisotopi".

Nell'ambito del PACC si prevede l'erogazione di altre prestazioni cliniche (Visita specialistica di inquadramento e di formulazione di indicazione al trattamento "Anamnesi e valutazioni definite complessive" 89.03) e laboratoristiche (Emocromo con formula, Elettroforesi proteica, Chimica clinica in particolare Creatinina, Fosfatasi alcalina, Fosfatasi alcalina ossea, PSA).

La risposta al bisogno assistenziale di eventuali esami di diagnostica strumentale pesante quali Scintigrafia scheletrica e RM della colonna, oppure interventi di cure palliative, sarà fornita mediante l'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale al di fuori del Pacchetto Ambulatoriale Complesso e Coordinato.

Considerato l'alto costo del radiofarmaco e che:

- a) l'autorizzazione alla somministrazione deve avvenire esclusivamente presso i centri autorizzati alla somministrazione con appositi atti regionali;
- b) le procedure di registrazione e quindi l'utilizzo dei farmaci in questione devono rispettare la normativa vigente in materia;

la tariffa del pacchetto di day service è la seguente:

- c) PCA 84 "Radioterapia" = € 283,00, per gli esami sopra descritti;
- d) Il costo del radiofarmaco è rendicontato separatamente in File F alla ASL di residenza del paziente tramite compensazione in mobilità del costo totale del farmaco.