

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 giugno 2018, n. 984

**Approvazione pacchetti di day-service di oculistica e gastroenterologia. Modifica e integrazione delle DD.GG. RR. n. 951 del 13/05/2013 e n. 2051 del 13/12/2016. Recepimento indicazioni in materia di appropriatezza del DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA.**

Assente 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 il Vice Presidente:

**Visti:**

- Il D.P.C.M. 29-11-2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, nell'Allegato 2C, che ha individuato le prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione. Si definiscono "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse". Il DPCM 29/11/01, in particolare, demanda alle Regioni l'individuazione di soglie di ammissibilità per 43 DRG a elevato rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario;

- L'intesa Stato -Regioni del 03.12.2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, in particolare all'art.6, comma 5 e nell'Allegato B, che, al fine di razionalizzare ed incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, nel rispetto dell'Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001, ha individuato una lista di 108 DRG, comprensiva dei suddetti 43 DRG ad alto rischio di inappropriata qualora erogati in regime di ricovero ordinario, trasferibili in regime ambulatoriale, in piena sicurezza per pazienti ed operatori, atteso lo sviluppo della pratica medica, l'organizzazione attuale ospedaliera e la disponibilità di nuove tecnologie, che consentono oggi di erogare, con la stessa efficacia, tali prestazioni;

- 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, che ha definito la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale;

- Il Patto della Salute per gli anni 2014- 2016 (Rep. Atti n. 82/CSR) del 10 luglio 2014, all'art. 5 "Assistenza territoriale", punto 19 "specialistica ambulatoriale", che ha stabilito che:

*"In vista dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, nei termini di cui al comma 2 dell'articolo 1, resta confermato che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, è integrata dalle Regioni e dalle Province Autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati al Patto per la salute 2010-2012.*

*Si conferma che le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale. Ai fini dell'inserimento nel nomenclatore, le Regioni e le Province Autonome provvedono a individuare per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni la definizione, la codifica, le eventuali limitazioni all'erogazione (H, R, ecc.) e, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero, provvedendo alla trasmissione telematica di tali informazioni al Sistema Tessera Sanitaria e tenendo conto dei procedimenti di controllo (ex DM 11/12/2009) delle eventuali esenzioni dalla compartecipazione alla spesa";*

- le deliberazioni di Giunta Regionale n. 1202 del 18/06/2014 e n. 2774 del 22/12/2018 con cui sono stati trasferiti in setting assistenziale day-service i 108 DRG ad alto rischio di inappropriata di cui al Patto della Salute 2010 - 2012 e sono state altresì definite le tariffe, le soglie di ammissibilità e le relative discipline;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 2051 del 13/12/2016 con cui sono stati approvati nuovi pacchetti di prestazioni in regime di day - service;
- Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ad oggetto "Definizione aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

**Atteso che:**

- all'art. 2 comma 4 del Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 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 e ss.mm.ii. 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 01/06/2013;
- all'art. 13 della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1202/2014 è stata prevista la possibilità che vengano proposti nuovi pacchetti di prestazione in regime di day- service;
- con il D.P.C.M. 12/01/2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 18/03/2017, è stato, tra l'altro, stabilito quanto segue:

**- Art. 38. Ricovero ordinario per acuti**

1. *Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione medico infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.*

2. *Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, inclusa la terapia del dolore e le cure palliative, o di specifici controlli clinici e strumentali; sono altresì garantite le prestazioni assistenziali al neonato, nonché le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente e dalla buona pratica clinica, incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del Ministro della salute in attuazione dell'art. 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, nei limiti e con le modalità definite dallo stesso decreto..."*

5. *Gli interventi di chirurgia estetica sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale solo in conseguenza di incidenti, esiti di procedure medico-chirurgiche o malformazioni congenite o acquisite.*

**- Art. 39. Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario**

1. *Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in day hospital o in day surgery con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.*

2. *Le regioni e le province autonome adottano adeguate misure per incentivare l'esecuzione in ricovero diurno delle classi di ricovero elencate nell'allegato 6° in una percentuale, sul totale dei ricoveri, fissata per ciascuna classe, entro il 31 marzo 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati.*

**- Art. 40. Day surgery**

1. *Nell'ambito delle attività di day surgery il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni*

*assistenziali per l'esecuzione programmata di interventi chirurgici o di procedure invasive che, per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni e condizioni sociali e logistiche del paziente e dei suoi accompagnatori, sono eseguibili in sicurezza nell'arco della giornata, senza necessità di osservazione postoperatoria prolungata e, comunque, senza osservazione notturna. Oltre all'intervento chirurgico o alla procedura invasiva sono garantite le prestazioni propedeutiche e successive, l'assistenza medico infermieristica e la sorveglianza infermieristica fino alla dimissione.*

**- Art. 41. Criteri di appropriatezza del day surgery**

*1. Si definiscono appropriati i ricoveri in day surgery per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.*

*2. Le regioni e le province autonome adottano entro il 15 marzo 2017 adeguate misure per incentivare il trasferimento dal regime di day surgery al regime ambulatoriale degli interventi chirurgici elencati nell'allegato 6B in una percentuale, sul totale dei ricoveri di day surgery, fissata per ciascuna classe, entro il 28 febbraio 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati. Le regioni possono prevedere l'erogabilità di ulteriori interventi chirurgici, precedentemente erogati in day surgery, nelle strutture ambulatoriali a ciò specificamente accreditate e tenute alla compilazione di idonea documentazione clinica, dandone tempestiva comunicazione alla suddetta Commissione nazionale ai fini dell'eventuale aggiornamento dell'allegato 4 al presente decreto, e al Ministero della salute ai fini della fissazione della corrispondente tariffa.*

**- Art. 42. Day hospital**

*1. Nell'ambito delle attività di day hospital medico il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali programmabili, appartenenti a branche specialistiche diverse, volte ad affrontare patologie o problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico, terapia, accertamenti clinici, diagnostici o strumentali, nonché assistenza medico infermieristica prolungata, non eseguibili in ambulatorio. L'attività di day hospital si articola in uno o più accessi di durata limitata ad una sola parte della giornata, senza necessità di pernottamento.*

**- Art. 43. Criteri di appropriatezza del ricovero in day hospital**

*1. I ricoveri in day hospital per finalità diagnostiche sono da considerarsi appropriati nei seguenti casi:*  
*a) esami su pazienti che, per particolari condizioni di rischio, richiedono monitoraggio clinico prolungato;*

*b) accertamenti diagnostici a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa.*

*2. I ricoveri in day hospital per finalità terapeutiche sono da considerarsi appropriati nei seguenti casi:*

*a) somministrazione di chemioterapia che richiede particolare monitoraggio clinico;*

*b) somministrazione di terapia per via endovenosa di durata superiore a un'ora ovvero necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale dopo la somministrazione di durata prolungata;*

*c) necessità di eseguire esami ematochimici o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;*

*d) procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente.*

*3. Le regioni e le province autonome adottano entro il 15 marzo 2017 adeguate misure per incentivare il trasferimento delle prestazioni dal regime di day hospital al regime ambulatoriale, in una percentuale sul totale dei ricoveri di day hospital, fissata per ciascuna classe di ricovero, entro il 28 febbraio 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati.*

**- Art. 15. Assistenza specialistica ambulatoriale**

1. *Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4 al presente decreto. L'erogazione della prestazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta del quesito o sospetto diagnostico formulato dal medico prescrittore.*

2. *Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali modalità di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali note riferite a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva.*

*L'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva è contenuto nell'allegato 4D.*

3. *Al solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità delle prestazioni per ricetta e di partecipazione al costo da parte dei cittadini, il nomenclatore riporta altresì le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale raggruppate per branche specialistiche.*

4. *Le regioni e le province autonome disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.*

5. *Sono erogati in forma ambulatoriale organizzata i pacchetti di prestazioni orientati a finalità diagnostica o terapeutica, individuati con le modalità indicate dall'art. 5, comma 20 dell'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014/2016, nel rispetto della disciplina in materia di partecipazione alla spesa sanitaria.*

**- Art. 16. Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale**

1. *Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate note corrispondenti a specifiche condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui sussistono le medesime condizioni, risultanti dal numero della nota e dal quesito clinico o dal sospetto diagnostico riportati sulla ricetta dal medico prescrittore.*

2. *Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate specifiche indicazioni di appropriatezza prescrittiva riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo del medico prescrittore di riportare il solo quesito o sospetto diagnostico sulla ricetta.*

3. *Le prestazioni ambulatoriali di densitometria osseo sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4° al presente decreto.*

4. *Le prestazioni ambulatoriali di chirurgia refrattiva sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 48 al presente decreto.*

5. *Le prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C al presente decreto.*

**- Art. 64, comma 2. Norme finali e transitorie**

*Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa*

*intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Dalla medesima data sono abrogati il decreto ministeriale 22 luglio 1996, recante «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe» e il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante «Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale». Fino all'entrata in vigore delle suddette disposizioni, l'elenco delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione è contenuto nell'allegato 8 -bis.*

Nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la Verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutasi in data 29 marzo 2018, è stato evidenziato quanto segue:

- *“Relativamente all'appropriatezza, si evidenzia, nell'anno 2016, un rapporto tra le dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza e le dimissioni non attribuite ai suddetti DRG pari a 0,20, ricompreso nell'intervallo di adeguatezza individuato dal Comitato LEA (inferiore o pari a 0,21); la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici risulta superiore al valore nazionale (34,56 vs 28,59) così come la percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico (63,99 vs 38,57). Si osserva un forte ricorso all'ospedalizzazione della popolazione ultrasessantacinquenne, nel quadriennio considerato, che tuttavia si riduce nel 2016, con un valore pari a circa 283 per 1.000 anziani. Anche il valore della degenza media pre-operatoria risulta ancora superiore al valore medio nazionale (1,99 vs 1,71).*

*Un approfondimento su alcuni specifici indicatori di **qualità assistenziale** evidenzia:*

- *un forte decremento, rispetto alle precedenti annualità, del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per asma e gastroenterite, il cui valore nel 2016 risulta tuttavia ancora ampiamente al di sopra dell'intervallo di riferimento (219,8 vs 141); l'ospedalizzazione in età adulta per specifiche patologie croniche, trattabili a livello territoriale, risulta invece adeguata;*
- *una eccessiva quota di parti cesarei primari: la frequenza di tale procedura, seppure in leggero decremento dal 2013, risulta pari al 33,6% per le strutture con meno di 1.000 parti anno e al 31% nelle strutture con più di 1.000 parti anno, discostandosi ancora dai valori ritenuti accettabili;*
- *un significativo incremento della quota di interventi a pazienti ultra-sessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore, eseguiti entro 2 giorni, che nel 2016 risulta ancora inferiore allo standard di riferimento stabilito dal n. DM 70/2015 (52,50% vs 60%)”.*

In base a quanto stabilito dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1202/2014 e ss.mm.ii., sono pervenute al Servizio “Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera” nuove proposte di pacchetti day-service, così come di seguito dettagliato, approvati dal Tavolo tecnico regionale day-service:

**a) Società scientifiche di Gastroenterologia (AIGO, SIGE e SIED):**

1. PAC “Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC”;
2. PAC “Cirrosi epatica ogni eziologia”;
3. PAC “Percorso per tutti i pazienti che debbano essere inseriti in lista d'attesa per trapianto di fegato”;
4. PAC “Management del sanguinamento oscuro e occulto con anemia 1”;
5. PAC “Management del sanguinamento oscuro e occulto con anemia 2”;
6. PAC “Polipectomia endoscopica - DS terapeutico”;
7. PAC “Sostituzione di kit per gastrostomia endoscopica percutanea”.

I predetti pacchetti, dettagliatamente riportati nell'Allegato A del presente provvedimento, comprendono anche alcune prestazioni introdotte dal D.P.C.M. sui nuovi LEA, ma non ancora tariffate.

La previsione di tali prestazioni non tariffate nei pacchetti è determinata dalla necessità di evitare il ricorso al ricovero diurno di tipo diagnostico per la disciplina in questione, così come segnalato dai Ministeri affiancati.

**b) Società Oftalmologica Italiana (SOI)**

1. PAC "Infezioni acute maggiori dell'occhio";
2. PAC "Neuroftalmologia";
3. PAC "Malattie infiammatorie oculari";
4. PAC "Malattie oculari vascolari";
5. PAC "Iniezione Intravitreale di Sostanze Terapeutiche".

I predetti pacchetti sono riportati dettagliatamente nell'Allegato B del presente provvedimento

A tal proposito si evidenzia che l'erogazione di tali prestazioni esita attualmente in ricoveri riconducibili ai DRG 44, 45 e 47 e tra questi solo il DRG 47 "Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC" rientra tra i 108 DRG ad alto rischio di in appropriatezza. Analogamente a quanto già avvenuto per altre discipline, tuttavia, il Tavolo tecnico regionale day-service, con il supporto delle società scientifiche, ha definito ed approvato ulteriori pacchetti di prestazioni in regime di "day - service" che, non procurando nocimento ai pazienti, consentono un miglior utilizzo dei posti letto.

Da un'analisi dei dati anno 2017 (fonte Edotto) dei predetti DRG emerge quanto segue:

DRG	numero ricoveri anno 2017
DRG 44 "Infezioni acute maggiori" dell'occhio	201
DRG 45 Malattie neurologiche dell'occhio	555
DRG 47 "Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC"	1.129

Inoltre, con nota del 23/02/2014, l'**Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO)** ha trasmesso alcune precisazioni rispetto ai seguenti pacchetti:

1. PCB19 "Percorso diagnostico per DRS":

Indicazioni al PACC, con le seguenti condizioni di Priorità:

B. Breve (priorità alta): tempo di attesa < 10 gg

- Alto rischio per OSAS grave

D. Differita: tempo di attesa <30 gg

- Alto rischio per OSAS non severa
- Rischio per OSAS in presenza di significative comorbidità cardio-respiratorie sufficientemente compensate
- Presenza di malattie di altri organi/apparati di significativa entità
- OSAS associata ad altri disturbi del sonno

P. Programmata >30 e <180 giorni

- Tutte le altre condizioni.

2. PCB22 "BPCO percorso diagnostico(-stadiativo) valutativo":

Tipologia di pazienti: diagnosi clinico-strumentale accertata al III°-IV° stadio GOLD funzionale, in fase di stabilizzazione o di riacutizzazione da lieve a moderata, senza/con insufficienza respiratoria latente.

3. PCB21 "Percorso diagnostico di asma bronchiale":

Tipologia di pazienti: pazienti con asma grave non controllato dalla terapia raccomandata, secondo linee-guida.

Alla luce di quanto sopra esposto si propone di:

1. di prendere atto di quanto stabilito dal D.P.C.M. 12/01/2017 (nuovi LEA), pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 18/03/2017, con particolare riferimento alle indicazioni in materia di assistenza ospedaliera - regimi assistenziali e condizioni di appropriatezza - dettagliatamente riportate in narrativa;
2. di approvare i pacchetti di day-service proposti dalle Società Scientifiche di Gastroenterologia e della Società Oftalmologica Italiana (SOI) di seguito elencati:

**a) Società scientifiche di Gastroenterologia (AIGO, SIGE e SIED):**

- PAC "Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC";

- PAC "Cirrosi epatica ogni eziologia";
- PAC "Percorso per tutti i pazienti che debbano essere inseriti in lista d'attesa per trapianto di fegato";
- PAC "Management del sanguinamento oscuro e occulto con anemia 1";
- PAC "Management del sanguinamento oscuro e occulto con anemia 2";
- PAC "Polipectomia endoscopica - DS terapeutico";
- PAC "Sostituzione di kit per gastrostomia endoscopica percutanea".

I Predetti pacchetti sono dettagliatamente riportati nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

**b) Società Oftalmologica Italiana (SOI)**

- PAC "Infezioni acute maggiori dell'occhio";
- PAC "Neuroftalmologia";
- PAC "Malattie infiammatorie oculari";
- PAC "Malattie oculari vascolari";
- PAC "Iniezione Intravitreale di Sostanze Terapeutiche".

I predetti pacchetti sono riportati dettagliatamente nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di modificare, per il tramite della Sezione "Risorse strumentali e Tecnologiche", il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 951/2013 e ss.mm.ii., introducendo i pacchetti di cui al punto 2 dettagliatamente riportati negli allegati A e B del presente schema di provvedimento;
4. di prendere atto della proposta AIPO, modificando l'Allegato B della deliberazione di Giunta regionale n. 2051 del 13/12/2016 così come di seguito riportato:

1. PCB19 "Percorso diagnostico per DRS":

Indicazioni al PACC, con le seguenti condizioni di Priorità:

B. Breve (priorità alta): tempo di attesa < 10 gg

- Alto rischio per OSAS grave

D. Differita: tempo di attesa <30 gg

- Alto rischio per OSAS non severa
- Rischio per OSAS in presenza di significative comorbidità cardio-respiratorie sufficientemente compensate
- Presenza di malattie di altri organi/apparati di significativa entità
- OSAS associata ad altri disturbi del sonno

P. Programmata >30 e <180 giorni

- Tutte le altre condizioni.

2. PCB22 "BPCO percorso diagnostico(-stadiativo) valutativo":

Tipologia di pazienti: diagnosi clinico-strumentale accertata al III°-IV° stadio GOLD funzionale, in fase di stabilizzazione o di riacutizzazione da lieve a moderata, senza/con insufficienza respiratoria latente.

3. PCB21 "Percorso diagnostico di asma bronchiale":

Tipologia di pazienti: pazienti con asma grave non controllato dalla terapia raccomandata, secondo linee-guida;

5. di abrogare il PCA36, prevedendo per il DRG 47 "Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC" solo il pacchetto proposto dalla SOI denominato "Malattie infiammatorie oculari, di cui all'Allegato B del presente schema di provvedimento;
6. di stabilire che, per il tramite della Sezione "Risorse Strumentali e Tecnologiche" e compatibilmente con le esigenze informatiche, vengano attribuiti i codici relativi ai pacchetti di day service dettagliatamente riportati negli Allegati A e B del presente provvedimento;

7. di stabilire che, attesa la costante evoluzione 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 Determinazione Dirigenziale della Sezione "Strategie Governo dell'Offerta";
8. di confermare quant'altro già stabilito con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1202/2014 e ss.mm.ii.;
9. di confermare l'obbligo di compilazione della scheda di day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day-service, in ottemperanza a quanto espressamente previsto con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2774 del 22/12/2014.

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 DEL D.Lgs. 118/2011.**

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 Vice 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 prendere atto di quanto stabilito dal D.P.C.M. 12/01/2017 (nuovi LEA), pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 18/03/2017, con particolare riferimento alle indicazioni in materia di assistenza ospedaliera - regimi assistenziali e condizioni di appropriatezza - dettagliatamente riportate in narrativa;
2. di approvare i pacchetti di day-service proposti dalle Società Scientifiche di Gastroenterologia e della Società Oftalmologica Italiana (SOI) di seguito elencati:

##### **a) Società scientifiche di Gastroenterologia (AIGO, SIGE e SIED):**

- PAC "Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC";
- PAC "Cirrosi epatica ogni eziologia";
- PAC "Percorso per tutti i pazienti che debbano essere inseriti in lista d'attesa per trapianto di fegato";
- PAC "Management del sanguinamento oscuro e occulto con anemia 1";
- PAC "Management del sanguinamento oscuro e occulto con anemia 2";
- PAC "Polipectomia endoscopica - DS terapeutico";
- PAC "Sostituzione di kit per gastrostomia endoscopica percutanea".

I Predetti pacchetti sono dettagliatamente riportati nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

##### **b) Società Oftalmologica Italiana (SOI)**

- PAC "Infezioni acute maggiori dell'occhio";
- PAC "Neuroftalmologia";
- PAC "Malattie infiammatorie oculari";
- PAC "Malattie oculari vascolari";
- PAC "Iniezione Intravitreale di Sostanze Terapeutiche".

I predetti pacchetti sono riportati dettagliatamente nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di modificare, per il tramite della Sezione "Risorse Strumentali e Tecnologiche", il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 951/2013 e ss.mm.ii., introducendo i pacchetti di cui al punto 2 dettagliatamente riportati negli allegati A e B del presente schema di provvedimento;

4. di prendere atto della proposta AIPO, modificando l'Allegato B della deliberazione di Giunta regionale n. 2051 del 13/12/2016 così come di seguito riportato:

1. PCB19 "Percorso diagnostico per DRS":

Indicazioni al PACC, con le seguenti condizioni di Priorità:

B. Breve (priorità alta): tempo di attesa < 10 gg

- Alto rischio per OSAS grave

D. Differita: tempo di attesa <30 gg

- Alto rischio per OSAS non severa
- Rischio per OSAS in presenza di significative comorbidity cardio-respiratorie sufficientemente compensate
- Presenza di malattie di altri organi/apparati di significativa entità
- OSAS associata ad altri disturbi del sonno

P. Programmata >30 e <180 giorni

- Tutte le altre condizioni.

2. PCB22 "BPCO percorso diagnostico(-stadiativo) valutativo":

Tipologia di pazienti: diagnosi clinico-strumentale accertata al III°-IV° stadio GOLD funzionale, in fase di stabilizzazione o di riacutizzazione da lieve a moderata, senza/con insufficienza respiratoria latente.

3. PCB21 "Percorso diagnostico di asma bronchiale":

Tipologia di pazienti: pazienti con asma grave non controllato dalla terapia raccomandata, secondo linee-guida;

5. di abrogare il PCA36, prevedendo per il DRG 47 "Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC" solo il pacchetto proposto dalla SOI denominato "Malattie infiammatorie oculari, di cui all'Allegato B del presente schema di provvedimento;

6. di stabilire che per il tramite della Sezione "Risorse strumentali e tecnologie" vengano attribuiti i codici ai pacchetti day - service, dettagliatamente esplicitati negli Allegati A e B del presente provvedimento, compatibilmente con le esigenze informatiche;

7. 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";

8. di confermare quant'altro stabilito con la deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2014 e ss.mm.ii;

9. di confermare l'obbligo di compilazione della scheda di day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day-service, in ottemperanza a quanto espressamente previsto con la deliberazione di Giunta regionale n. 2774 del 22/12/2014;

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

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

12. di pubblicare il presente atto sul BURP;
13. di pubblicare il presente atto sul Portale della Salute della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
ROBERTO VENNERI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
ANTONIO NUNZIANTE

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLA SANITA'

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

ALLEGATO A

Il presente allegato è composto  
di n. 8(otto) fogli escluso il presente

Il Dirigente della Sezione  
(Giovanni CAMPOBASSO)



**PAC : Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC**

Tipologia di pazienti		Pazienti con ipertransaminasemia e sospetta epatite cronica virale e non, che necessitino di inquadramento clinico e relativa indicazione terapeutica. Soggetti con epatite cronica di natura virale da valutare per indicazione al trattamento antivirale
Tipo di percorso		Day Service diagnostico — di tipo medico
Codice diagnosi ICD9-CM		571.4 / 571.8 / 571.9 / 571.n Epatite Cronica
Nota	Codice	Descrizione
	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA
	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)
	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
	90.12.5	CERULOPLASMINA
	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
R	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI
	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg
	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg
R	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
	90.42.5	TRANSFERRINA [S]
	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)
	89.7	VISITA GENERALE

**COSTO PAC € 320,00**

1

**PCA : Cirrosi epatica ogni eziologia**

Tipologia di pazienti		Soggetti con sospetta cirrosi epatica di eziologia virale e non, che necessitino di inquadramento e stadiazione ed eventuale terapia. Cirrosi ad eziologia virale nota in cui si debba valutare l'indicazione a trattamenti antivirali.
Tipo di percorso		Day Service diagnostico — di tipo medico
Codice diagnosi ICD9-CM		571.2 / 571.3 / 571.5 / 571.6 Cirrosi...
Nota	Codice	Descrizione
	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)
	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA
R	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE
	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg
	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg
	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM
	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg
R	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI
	89.7	VISITA GENERALE

**COSTO PAC 320,00**

L



**PCA : Percorso per tutti i pazienti che debbano essere inseriti in lista d'attesa per trapianto di fegato che deve obbligatoriamente essere attivato attraverso il "Centro di Riferimento per i Trapianti di Fegato"**

Tipologia di pazienti	PAC per l'accertamento di idoneità al trapianto di fegato	
Tipo di percorso	Day Service diagnostico — di tipo medico	
Codice diagnosi ICD9-CM	V49.83	
Nota	Codice	Descrizione
	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA
	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI
	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA
	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg
	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO
	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)
R	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg
	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg
R	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)
	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)
	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)
	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]



PCA : Percorso per tutti i pazienti che debbano essere inseriti in lista d'attesa per trapianto di fegato che deve obbligatoriamente essere attivato attraverso il "Centro di Riferimento per i Trapianti di Fegato"

Nota	Codice	Descrizione
	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM
	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
R	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)
	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)
	89.7	VISITA GENERALE
		<b>COSTO PAC € 800,00</b>

L



**PAC "Management del sanguinamento oscuro e occulto con anemia 1"**

Tipologia di pazienti	Pazienti con riscontro di anemia sideropenica (+/- positività del FOBT) In caso i precedenti accertamenti dovessero risultare negativi il paziente potrà accedere ad un ulteriore PAC	
Tipo di percorso	Day Service diagnostico — di tipo medico	
Codice diagnosi ICD9-CM	150.9 Tum.malign.Esofago 151.9 Tum.malign.Stomaco 153.9 / 153.6 / 153.2 / 153.1 / 153.3 Tum.malign.Colon 154.1 Tum.malign.Retto 211.3 / 211.4 / 211.1 / 211.0 Tum.benign.( Colon, retto, stomaco, esofago) 456.n Varici Esofag. 530.85 / 530.10 Barret/Esofagite 532.3 / 532.00 Ulcera Duodenale 535.10 / 535.5 / 535.00   535.01 / 535.50 / 535.51 Gastrite/Duodenite 569.84 / 569.85 / 569.89 Angiodisplasie / Disturbi intestino	
<b>Nota</b>	<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA
	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO
	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO
	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.22.5	FERRO [S]
	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO
	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
	89.7	VISITA GENERALE
		<b>COSTO PAC € 350,00</b>

5



**PAC Management del sanguinamento oscuro e occulto con anemia 2**

Tipologia di pazienti	Pazienti con riscontro di anemia sideropenica (+A positività del FOBT) con EGDS e colonscopia negativi per cause di anemia.	
Tipo di percorso	Day Service diagnostico — di tipo medico	
Codice diagnosi ICD9-CM	150.9 Tum.malign.Esofago 151.9 Tum.malign.Stomaco 153.9 / 153.6 / 153.2 / 153.1 / 153.3 Tum.malign.Colon 154.1 Tum.malign.Retto 211.3 / 211.4 / 211.1 / 211.0 Tum.benign.( Colon, retto, stomaco, esofago) 456.n Varici Esofag. 530.85 / 530.10 Barret/Esofagite 532.3 / 532.00 Ulcera Duodenale 535.10 / 535.5 / 535.00 / 535.01 / 535.50 / 535.51 Gastrite/Duodenite 569.84 / 569.85 / 569.89 Angiodisplasie / Disturbi intestino	
<b>Nota</b>	<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]
	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.22.5	FERRO [S]
	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
		VIDEO CAPSULA
	89.7	VISITA GENERALE
		<b>COSTO PAC € 950,00*</b>

\*La tariffa verrà riconosciuta solo in caso di utilizzo di videocapsula



**PCA : Polipectomia endoscopica – DS terapeutico**

Tipologia di pazienti	Pazienti con riscontro di polipi dell'apparato gastrointestinale non asportati durante esame indice per le caratteristiche delle lesioni (dimensioni, volume, difficoltà di accesso) e/o del paziente (terapia anticoagulante in atto, comorbidità, indisponibilità di indici coagulativi)	
Tipo di percorso	Day Service terapeutico — di tipo medico	
Codice diagnosi ICD9-CM	211.3 / 211.1 Tum.benign.Colon 150.9 Tum.malign.Esofago 153.n Tum.malign.Colon 154.1 Tum.malign.Retto	
<b>Nota</b>	<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO
	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO
	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	89.7	VISITA GENERALE
		<b>COSTO PAC € 400,00</b>

f



**PCA : Sostituzione di kit per gastrostomia endoscopica percutanea**

Tipologia di pazienti		Pazienti affetti da patologie varie già portatori di gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) per i quali sa stata posta indicazione specialistica di sostituzione di PEG
Tipo di percorso		Day Service terapeutico — di tipo medico
Codice diagnosi ICD9-CM		150.9 Tum.malign.Esofago 530.3 Stenosi Esofago 306.4 Disf.gastroint.
<b>Nota</b>	<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
PEG	SPEEN1	SET X PEG PULL-I 20 FR (FLOW 20 PULL-I)
	89.7	VISITA GENERALE
		<b>COSTO PAC € 161,81</b>

8



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

ALLEGATO B

Il presente allegato è composto  
di n. 10 (dieci) fogli escluso il presente

Il Dirigente della Sezione  
(Giovanni CAMPOBASSO)



PAC INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	
Codice	Descrizione
9502	Visita oculistica completa
91492	Prelievo di sangue venoso
8903	Anamnesi e valutazione infettivologiche, definite complessive
9512	Angiografia con fluoresceina
90441S	Azotemia
90105	Bilirubina Totale e Frazionata
90875	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)
90114S	Calcio
91141	Citomegalovirus Anticorpi IgG
91143	Citomegalovirus Anticorpi IgM
90133	Cloruro (S/U/DU)
90163S	Creatinina
9513	Ecografia oculare
90384	Elettroforesi sieroproteica
9522	Elettrooculografia (EOG)
9521	Elettroretinografia (ERG, FLASH, PATTERN)
90622	Emocromo: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
91211EA	Epstein Barr Virus (EA) Anticorpi IgG
91211EB	Epstein Barr Virus (EBNA) Anticorpi IgG
91211VC	Epstein Barr Virus (VCA) Anticorpi IgG
91211VC	Epstein Barr Virus (VCA) Anticorpi IgM
90245	FOSFORO
90271	Glucosio (S/P/U/DU/LA)
90281	HB - EMOGLOBINA GLICATA
91221A	Herpes Simplex Virus 1 Anticorpi IgG
91221C	Herpes Simplex Virus 1+2 Anticorpi IgM
91221B	Herpes Simplex Virus 2 Anticorpi IgG
90325	Magnesio Totale (S/U/DU/(SG)ER)
95.03.3	OCT
90374	Potassio (S/U/DU/(SG)ER)
9523	Potenziali evocati visivi (VEP)
90723	Proteina C reattiva (quantitativa)
90385S	Proteine totali
90774	Quantiferon
91264G	Rosolia Anticorpi IgG
91264M	Rosolia Anticorpi IgM
90404	Sodio (S/U/DU/(SG)ER)
91085	Streptococco anticorpi anti antistreptolisina-O (T.A.S.)
9505	Studio del Campo Visivo
90933	Tampone congiuntivale (ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI)
91093	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)
91094	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)
91103	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]
91102	Treponema Pallidum Anticorpi IgG

h



Codice	Descrizione
91102	Treponema Pallidum Anticorpi IgG
91102	Treponema Pallidum Anticorpi IgM
91102	Treponema Pallidum Anticorpi IgM
90443	Urine esame chimico fisico e microscopico
90825	Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)
91224	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
91271	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)
91081	Widal Wright (Brucella-Salmonella-Tifo)

Sospetto diagnostico per l'attivazione del percorso:

1. ascesso corneale
2. ulcera corneale
3. cheratoipopion
4. ipopion
5. vitreite

Note: la presenza di endoftalmite rappresenta una condizione clinica che richiede l'attivazione del ricovero in urgenza per le seguenti motivazioni:

1. necessita di somministrazione di farmaci per via endovenosa ad uso esclusivamente ospedaliero
2. può richiedere il ricorso a procedure diagnostiche invasive (prelievo acqueo/vitreo)
3. può richiedere somministrazione intraoculare di antibiotici
4. può richiedere il ricorso a procedure chirurgiche oculari maggiori (vitrectomia posteriore con infusione intraoperatoria di farmaci)
5. necessita di stretto monitoraggio clinico
6. il follow-up va eseguito con richiesta di visita oculistica di controllo
7. gli esami diagnostici di follow-up vanno richiesti singolarmente
8. eventuali esami integrativi ritenuti clinicamente rilevanti possono essere richiesti singolarmente a discrezione dello specialista

#### TARIFFAZIONE:

La tariffa riferita al pacchetto "Infezioni acute maggiori dell'occhio" è pari ad € 550,00, comprensiva del costo di coordinamento del percorso assistenza



2

PAC NEUROFTALMOLOGIA	
Codice	Descrizione
9502	Visita oculistica completa
91492	Prelievo di sangue venoso
9512	Angiografia con fluoresceina
90514	Anticorpi antimicrosomi
90535	Anticorpi antirecettore TSH
90544	Anticorpi antitireoglobulina
90441S	Azotemia
90105	Bilirubina Totale e Frazionata
90114S	Calcio
90133	Cloruro (S/U/DU)
90141	Colesterolo HDL
90142	Colesterolo LDL
90143	Colesterolo Totale
90602	Complemento: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (CIASCUNO)
90163S	Creatinina
9513	Ecografia oculare
90384	Elettroforesi sieroproteica
9522	Elettrooculografia (EOG)
9521	Elettroretinografia (ERG, FLASH, PATTERN)
90622	Emocromo: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90245	FOSFORO
90433	FT3
90423	FT4
90271	Glucosio (S/P/U/DU/LA)
90281	HB - EMOGLOBINA GLICATA
90691	Immunocomplessi circolanti
90325	Magnesio Totale (S/U/DU/(SG)ER)
95.03.3	OCT
90374	Potassio (S/U/DU/(SG)ER)
9523	Potenziali evocati visivi (VEP)
90723	Proteina C reattiva (quantitativa)
90385S	Proteine totali
90754	PT
90761	PTT
88912	Risonanza nucleare magnetica cervello e tronco encefalico con o senza MDC
9302	Schermo Hess Valutazione ortottica
90092	SGOT
90045	SGPT
90404	Sodio (S/U/DU/(SG)ER)
9505	Studio del Campo Visivo
9515	Studio Motilità oculare
90432	Trigliceridi
90421	TSH
90443	Urine esame chimico fisico e microscopico



Codice	Descrizione
90825	Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)
8913	Visita Neurologica
88915	angio RM distretto vascolare intracranico

**Sospetto diagnostico per l'attivazione del percorso:**

1. diplopia
2. neurite ottica retrobulbare
3. papillite
4. papilledema
5. subatrofia ottica degenerativa
6. atrofia ottica degenerativa
7. difetti del riflesso pupillare

**Note:**

1. il presente PAC non può essere effettuato per più di 2 volte in un anno (a distanza non inferiore a 6 mesi l'uno dall'altro accesso), se di pertinenza oftalmologica.
2. l'individuazione della causa deve comportare la presa in carico del paziente da parte della specialistica di riferimento dell'agente causale:
  - a. in particolare, l'individuazione di patologia demielinizzante comporta l'attivazione del relativo PCA neurologico e le visite e gli eventuali esami specialistici di pertinenza oftalmologica saranno richiesti singolarmente con relativa codifica dal neurologo nel corso del follow-up. ciò evita la possibilità di ricorrere allo stesso PAC una volta individuata la causa e chiarita la pertinenza specialistica non oftalmologica;
  - b. l'individuazione di una patologia vascolare/tumorale (es. Aneurisma cerebrale, neoformazione primitiva o secondaria del cervello, ipertensione endocranica) comporta l'attivazione di protocolli specialistici di competenza specifica (es. neuroradiologia interventistica, neurochirurgia, neurologia);
  - c. l'eventuale insorgenza di peggioramento del quadro clinico deve consentire la possibilità di un ricovero per un approccio clinico e diagnostico integrato e multidisciplinare;
3. eventuali esami integrativi ritenuti clinicamente rilevanti possono essere richiesti singolarmente a discrezione dello specialista.

**TARIFFAZIONE:**

La **tariffa** riferita al pacchetto "Neurooftalmologia" è pari ad € **920,00**, comprensiva del costo di coordinamento del percorso assistenziale.



4

PAC MALATTIE INFIAMMATORIE OCULARI (DRG 47)	
Codice	Descrizione
9502	Visita oculistica completa
91492	Prelievo di sangue venoso
8903	ANAMNESI E VALUTAZIONE INFETTIVOLOGICHE, DEFINITE COMPLESSIVE
9512	Angiografia con fluoresceina
90524	Anticorpi ANA
90521	Anticorpi Anti AMA
90482	Anticorpi Anti ANCA
90522	Anticorpi Anti ASMA
90481	Anticorpi Anti PCA
90441S	Azotemia
90105	Bilirubina Totale e Frazionata
90875	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)
90114S	Calcio
91141	Citomegalovirus Anticorpi IgG
91143	Citomegalovirus Anticorpi IgM
90133	Cloruro (S/U/DU)
90602	Complemento: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (CIASCUNO)
90163S	Creatinina
9513	Ecografia oculare
90384	Elettroforesi sieroproteica
9522	Elettrooculografia (EOG)
9521	Elettroretinografia (ERG, FLASH, PATTERN)
90622	Emocromo: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
91211EA	Epstein Barr Virus (EA) Anticorpi IgG
91211EB	Epstein Barr Virus (EBNA) Anticorpi IgG
91211VC	Epstein Barr Virus (VCA) Anticorpi IgG
91211VC	Epstein Barr Virus (VCA) Anticorpi IgM
91365	Estrazione DNA
90642	Fattore reumatoide
90245	FOSFORO
90271	Glucosio (S/P/U/DU/LA)
90281	HB - EMOGLOBINA GLICATA
91221A	Herpes Simplex Virus 1 Anticorpi IgG
91221C	Herpes Simplex Virus 1+2 Anticorpi IgM
91221B	Herpes Simplex Virus 2 Anticorpi IgG
90691	Immunocomplessi circolanti
90325	Magnesio Totale (S/U/DU/(SG)ER)
95.03.3	OCT
90374	Potassio (S/U/DU/(SG)ER)
9523	Potenziali evocati visivi (VEP)
90723	Proteina C reattiva (quantitativa)
90385	Proteine totali
90774	Quantiferon
87441	Radiografia del torace di routine, NAS



PAC MALATTIE OCULARI VASCOLARI	
Codice	Descrizione
9502	Visita oculistica completa
91492	Prelievo di sangue venoso
9512	Angiografia con fluoresceina
90465	Anticoagulante Lupus-like LAC
90521	Anticorpi Anti AMA
90482	Anticorpi Anti ANCA
90522	Anticorpi Anti ASMA
90475	Anticorpi Anti cardiopina
90481	Anticorpi Anti PCA
90471	Anticorpi Antifosfolipidi
90524	Anticorpi Antinucleo
90575	Antitrombina III
90441S	Azotemia
90.08.02	ANGIOTENSINA II (ACE)
90105	Bilirubina Totale e Frazionata
90114S	Calcio
90133	Cloruro (S/U/DU)
90143	Colesterolo Totale
90602	Complemento: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (CIASCUNO)
90163S	Creatinina
90135	Dosaggio Vitamina B12 nel siero
8952	ECG
88721	Ecocardiogramma
8735	Ecocolordoppler tronchi sovraaortici
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI (vasi epiaortici inclusa arteria temporale)
9513	Ecografia oculare
90384	Elettroforesi sieroproteica
9522	Elettrooculografia (EOG)
9521	Elettroretinografia (ERG, FLASH, PATTERN)
90622	Emocromo: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90642	Fattore reumatoide
90643	Fattore V di Leiden
90651	Fibrinogeno
90245	FOSFORO
90271	Glucosio (S/P/U/DU/LA)
90281	HB - EMOGLOBINA GLICATA
90141	Colesterolo HDL
90691	Immunocomplessi circolanti
90142	Colesterolo LDL
90325	Magnesio Totale (S/U/DU/(SG)ER)
91.29.40	MUTAZIONE FATTORE II GENE PROTROMBINA
91301	Mutazione fattore V
95.03.3	OCT
90374	Potassio (S/U/DU/(SG)ER)

19



Codice	Descrizione
9523	Potenziati evocati visivi (VEP)
90722	Proteina C
90723	Proteina C reattiva (quantitativa)
90724	Proteina S
90.07.3	Aminoacidi totali [s/u/sg/p] (Omocisteina S)
90385S	Proteine totali
90754	Pt
90761	Ptt
90772	Resistenza alla proteina C attivata
90404	Sodio (S/U/DU/(SG)ER)
904964	β2 GPIN IgG
904965	β2 GPIN IgM
91085	Streptococco anticorpi anti antistreptolisina-O (T.A.S.)
9505	Studio del Campo Visivo
87031	Tac del capo con o senza MDC
90693	Tipizzazione linfocitaria (CD3, CD4, CD8)
90432	Trigliceridi
90443	Urine esame chimico fisico e microscopico
90825	Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)
8972	Visita Cardiologica
8975	visita diabetologica

Sto verificando perché senza codice

**Sospetto diagnostico per l'attivazione del percorso:**

1. neurootticopatia ischemica anteriore (NOIA)
2. occlusione arteriosa retinica centrale o di branca
3. occlusione venosa retinica centrale o di branca
4. retinopatia diabetica
5. altre alterazioni vascolari retiniche

**Note:**

1. il presente PAC non può essere effettuato per più di 2 volte in un anno (a distanza non inferiore a 6 mesi l'uno dall'altro accesso), se di pertinenza oftalmologica;
2. il follow-up va eseguito con richiesta di visita oculistica di controllo;
3. gli esami diagnostici di follow-up vanno richiesti singolarmente;
4. eventuali esami integrativi ritenuti clinicamente rilevanti possono essere richiesti singolarmente a discrezione dello specialista;

**TARIFFAZIONE:**

La tariffa riferita al pacchetto "Malattie oculari vascolari" è pari ad € 1.050,00, comprensiva del costo di coordinamento del percorso assistenziale.

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISCIPLINA/BRANCA DI OCULISTICA, DI CUI  
ALL'ALLEGATO 4 DEL DPCM 12 GENNAIO 2017 SUI NUOVI LEA

**14.79 INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre  
procedura. Escluso: costo del farmaco**

**INIEZIONE INTRAVITREALE**

L'occhio può essere anestetizzato mediante l'uso di appositi colliri, ma può anche rendersi necessaria un'iniezione peribulbare o retro bulbare o a volte un'anestesia generale. La scelta viene fatta dall'oculista e dal medico anestesista che terranno conto il più possibile delle sue richieste.

L'intervento viene effettuato in posizione supina, in un ambiente chirurgico sterile (sala operatoria) e con il microscopio, in osservanza alle linee di indirizzo della Società Oftalmologica Italiana (SOI) per l'iniezione di farmaci per via intravitreale. E' un atto chirurgico che si realizza in diverse fasi:

- disinfezione della cute perioculare e del sacco congiuntivale
- iniezione intravitreale a 3.5/4.0 mm dal limbus per via transcongiuntivale o transclerale
- controllo intraoperatorio del tono oculare ed eventuale puntura evacuativa della camera

anteriore

Durante l'intervento, il chirurgo può in qualunque momento essere portato a modificare il piano di trattamento.

Oggi è possibile trattare le infiammazioni non infettive della porzione posteriore dell'occhio e l'edema maculare, mediante la somministrazione direttamente nel vitreo dei farmaci necessari in modo che possano svolgere la loro attività antinfiammatoria là dove serve senza interessare direttamente il resto dell'organismo. Questo vale soprattutto per i cortisonici e per i farmaci in grado di bloccare la proliferazione di nuovi vasi a livello della macula.

Gli studi condotti sull'uomo, dimostrano che questo trattamento è in grado di rallentare l'evoluzione della malattia oculare e di controllare l'edema, stabilizzando o migliorando la vista.

Gli obiettivi essenziali che si pongono i farmaci per iniezione intravitreale sono la riduzione del processo infiammatorio, l'inibizione della formazione di neovasi e la riduzione dell'edema nell'area maculare. Questi effetti non sono sempre accompagnati da un miglioramento della vista, ma spesso aiutano a conservare la vista residua o a rallentare il peggioramento.

Non esistono dati relativi all'uso di questi farmaci in queste categorie di pazienti per cui se ne sconsiglia l'uso. Nelle donne in età fertile in cui sia necessario l'utilizzo di questi farmaci deve essere consigliato un trattamento contraccettivo efficace prima dell'inizio del trattamento. E' sconsigliato il trattamento bilaterale contemporaneo.

9



Per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci, si intendono "on - label" sulla base delle indicazioni contenute nella scheda tecnica di AIFA e, quindi, il medico, nel prescrivere un farmaco, deve attenersi alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio, in quanto tali modalità sono state valutate nella fase di sperimentazione del medicinale.

Prima di lasciare il centro chirurgico al paziente vengono consegnate istruzioni scritte sul comportamento da tenere e sui farmaci da utilizzare. Il paziente non deve mai sospendere le cure di sua iniziativa: esse aiutano l'occhio operato a guarire meglio e a prevenire complicazioni.

#### TARIFFAZIONE

La tariffa si compone del costo della prestazione, legata al tempo dedicato dal personale alla somministrazione del farmaco e in aggiunta il rimborso del costo del farmaco, secondo le rituali procedure previste nell'ambito della specialistica ambulatoriale.

<b>TARIFFA PRESTAZIONE – codice prestazione 14.79</b>	<b>€ 247,00</b>
<b>RIMBORSO FARMACO</b>	Il farmaco verrà rimborsato a parte, secondo le consuete procedure previste nell'ambito della specialistica ambulatoriale

Qualora si intenda eseguire la prestazione "cataratta" (PCB 02) e successivamente l'iniezione intravitreale, si precisa che in tal caso si procederà al riconoscimento della tariffa prevista per il pacchetto PCB02 + rimborso del farmaco secondo le consuete procedure previste nell'ambito della specialistica ambulatoriale.

Nel caso della predetta fattispecie (intervento di cataratta + iniezione intravitreale) la Scheda di Day – Service (SDA) dovrà riportare la diagnosi "edema maculare diabetico" ed in allegato il referto OCT.

Per quanto riguarda il farmaco utilizzato si rimanda alle disposizioni nazionali e regionali anche in materia di appropriatezza.



10