



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 7 del 27/01/2016

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2015, n. 2481

Day - service "Ipertensione" Modifica della D.G.R. n. 433/2011 e della D.G.R. n. 1202/2014.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, riferisce:

Visto:

- Il D.P.C.M. 29-11-2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8/2/2002, n. 33, nell'Allegato 2C, che ha individuato le prestazioni incluse nel 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 inappropriatezza 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, 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 inappropriatezza 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 nuovo 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", 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 inappropriatezza, 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”.

- L'art. 20 (Tariffe per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri a partire dall'anno 2009) della Legge regionale n. 34/2009 ha disposto che la Giunta regionale definisca la metodologia e criteri per la definizione delle tariffe e del calcolo del “valore dei ricoveri”, da applicare dal 10 gennaio 2010.

Premesso che:

- La deliberazione di Giunta Regionale n. 35 del 27 gennaio 2009, modificata ed integrata dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 1492 del 4/08/2009, in attuazione del DPCM 29/11/2001, nonché dell'intesa sopra citata e della legge regionale 19/09/2008 n. 23, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, al fine di avviare il trasferimento dei ricoveri potenzialmente inappropriati in regime ambulatoriale, ha definito il nuovo modello organizzativo assistenziale denominato “Day service”, oltre alle modalità di accesso e di erogazione delle citate prestazioni.

- La Giunta Regionale con atto n. 433 del 10/03/2011, modificato ed integrato con provvedimento n.1789 dell'11/9/2012, ha approvato due differenti tipologie di day service “Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale” (PCA) e “Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC)” e ha definito e tariffato i percorsi assistenziali di chirurgia ambulatoriale cataratta e tunnel carpale, follow-up diabete ed ipertensione.

- Con successivo provvedimento n. 2863 del 20 dicembre 2011 la Giunta Regionale ha integrato e modificato il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con ulteriori prestazioni di chirurgia ambulatoriale (PCA) e pacchetti ambulatoriali complessi e coordinati (PACC). Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1202 del 18/06/2014 e n. 2774 del 22/12/2014 sono stati trasferiti in setting assistenziale day - service i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui al Patto della Salute 2010 - 2012 e sono state altresì definite: tariffe, soglie di ammissibilità e le relative discipline.

- Nella deliberazione di Giunta Regionale n. 433 del 10/03/2011 è stato stabilito:

1. che le prestazioni relative ai percorsi assistenziali di day service “possono essere erogate in regime di ricovero ordinario e di day hospital solo in presenza di complicanze certificate e documentate dallo specialista. In quest'ultima fattispecie il referente medico del day service, qualora lo ritenga più appropriato, procede direttamente ad erogare il percorso assistenziale in regime di ricovero ordinario o di day hospital riportando in cartella clinica la motivazione ed allegando alla stessa la prescrizione di day service”;

2. è stato introdotto il day - service “follow-up ipertensione” e la relativa tariffa.

- 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 sono stati trasferiti, nei limiti della soglia di ammissibilità in regime di day-service i suddetti 108 DRG “ad alto rischio di inappropriatazza”, di cui al Patto della Salute 2010 - 2012, individuando tra l'altro anche il pacchetto PC103, di cui al DRG 134 “Ipertensione”;

- con deliberazione di Giunta regionale n. 44 del 27/01/2015 è stata istituita la Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare composta da Centri di I livello (Centri Spoke) e da Centri di II livello (Centri Hub), sono stati definiti i requisiti minimi dei Centri di I e II livello e il relativo fabbisogno regionale, nonché le modalità organizzative dei PACC di I e II livello.

Atteso che il gruppo di lavoro regionale sulla Patologia dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare, nel documento trasmesso alla Sezione PAOSA, ha chiarito come sia

necessario che, nell'ambito del team delle cure, il paziente sia affidato ad un medico specialista di riferimento, e non ad un "servizio", riaffermando la centralità e la peculiarità del singolo paziente e del rapporto medico-paziente e riproponendo, così, la professionalità e la responsabilità del medico ed, in particolare, dell'ipertensiologo. L'obiettivo è quello di favorire la costituzione del team di cure tra medici di medicina generale, specialista di riferimento, care manager e paziente, secondo il modello di gestione delle condizioni croniche (Chronic Care Model) programmato in ambito di assistenza primaria ed avviato in Puglia con il Progetto Nardino.

E', quindi, utile che il medico possa ricorrere al day-service, riconvertendo molta parte dell'attività sinora erogata in regime di day-hospital o addirittura di ricovero ordinario.

L'ottimizzazione di tale servizio si realizza attraverso una rete di competenze ipertensiologiche finalizzate a fornire una capillare, ma selezionata, rete di assistenza e di consulenza sulla patologia ipertensiva e sulla prevenzione cerebro-cardio-vascolare.

A tal fine, onde evitare che la valutazione dell'ipertensione arteriosa sia causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato, è consigliabile eseguire le prestazioni in regime di day service. Per questo, il gruppo di lavoro regionale ha individuato i Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC) di I e II livello eseguibili rispettivamente dai Centri di I e II livello che entreranno a far parte della Rete regionale per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare. I PACC di I e II livello rappresentano 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 specifica preparazione ipertensiologica, responsabile del processo diagnostico e delle risorse impiegate, per un approccio globale e la definizione della gestione assistenziale specifica per l'inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente iperteso.

Le discipline afferenti ai pacchetti "ipertensione" di I e II livello, rivenienti dal DRG 134, a modifica ed integrazione delle deliberazioni di Giunta regionale n. 1202/2014 e n. 2774 del 22/12/2014, autorizzate alla erogazione dei citati pacchetti sono:

- cod. 26 "Medicina generale";
- cod. 32 "Neurologia";
- cod. 19 "Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione";
- cod. 21 "Geriatrics";
- cod. 29 "Nefrologia";
- codice 08 "Cardiologia".

In particolare, dal punto di vista del percorso assistenziale, il PAC di I livello sarà gestito dal MMG/PLS e sarà eseguibile, in relazione ai previsti criteri di selezione dei pazienti, presso "Centri di primo livello" che, capaci di fornire i previsti esami nell'ambito della medesima struttura, funzioneranno come "spoke". I Centri di I livello dovranno collaborare con il MMG o il PLS per la gestione dei progetti di educazione dei pazienti ipertesi, incluse le terapie non farmacologiche operando in sintonia con i programmi assistenziali e di ricerca della rete ipertensiologica.

Il Centro di I livello o il MMG/PLS, in caso di pazienti che richiedano un approfondimento clinico (rischio cerebro-cardio-vascolare aggiunto elevato, ipertensione resistente, ipertensione pediatrica, incongruenti elevati valori pressori domiciliari, fondato sospetto di ipertensione secondaria, etc.) invieranno i pazienti ai "Centri di secondo livello" per l'esecuzione del PACC di II livello. Questi Centri funzioneranno come "hub", garantendo l'esecuzione del PACC di II livello ed integrando gli esami del PACC di I livello entro tre mesi dalla presa in carico del paziente. A tal fine è il medico che gestisce il caso che contatta il Centro di II livello, che organizzerà opportune liste di attesa, al fine di assicurare lo scambio di informazioni e la continuità del processo assistenziale.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 44 del 27/01/2015, per l'approvazione dei pacchetti di prestazioni da effettuarsi in regime di day - service distinti e specifici per i Centri di I e II livello (PAC di I

e di II livello), si rimandava a successivo provvedimento di Giunta regionale.

In particolare, il pacchetto Day-Service di primo livello può essere attivato dal medico di famiglia, dal pediatra di libera scelta nonché dallo specialista e sarà eseguibile, in relazione ai previsti criteri di selezione dei pazienti, presso “Centri di primo livello” che, capaci di fornire i previsti esami nell’ambito della medesima struttura, funzioneranno come “spoke”. Nel rispetto delle competenze già maturate, i centri di I livello possono essere individuati dalle ASL, in numero di almeno uno per ogni distretto, presso le strutture in grado di erogare le prestazioni indicate (vedi pib avanti criteri minimi). I centri di I livello devono collaborare con il MMG o il PLS, per la gestione dei programmi di educazione dei pazienti ipertesi, incluse le terapie non farmacologiche.

Il centro di I livello o il medico di famiglia, in caso di pazienti che richiedano un approfondimento clinico (rischio cerebro-cardio-vascolare aggiunto elevato, ipertensione resistente, ipertensione pediatrica, incongruenti elevati valori pressori domiciliari, fondato sospetto di ipertensione secondaria, etc.) possono avviare i pazienti ai “Centri di secondo livello” per l’esecuzione degli ulteriori approfondimenti clinico - diagnostici indicati nel modello, di cui all’Allegato A del presente schema di provvedimento. Questi centri funzioneranno come “hub”, garantendo l’esecuzione del pacchetto di Day Service di II livello, integrando gli esami di Day Service di I livello entro tre mesi dalla presa in carico del paziente nonché l’erogazione del Day Service di I livello. A tal fine è il medico che gestisce il caso che contatta il Centro di II livello, che organizzerà opportune liste di attesa, al fine di assicurare lo scambio di informazioni e la continuità del processo assistenziale.

ATTIVAZIONE DEL PAC E MODALITÀ PRESCRITTIVE

Le modalità relative alla proposta di attivazione di un PAC e la prescrizione delle prestazioni contenute all’interno del PAC stesso, seguono le disposizioni già in vigore, di cui alla normativa di riferimento.

La proposta di attivazione di un PAC deve essere formalizzata utilizzando il ricettario regionale, e può essere formulata dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, dal medico specialista, che richiedono “visita specialistica per PAC - PCB14” (I° LIVELLO) o “PCB15” (II° LIVELLO).

Il medico referente del PAC, una volta decisa la sua attivazione, prescrive - utilizzando il ricettario regionale e specificando il PAC di riferimento - le singole prestazioni che compongono il PAC.

Eventuali richieste di esami strumentali non compresi nelle liste del PAC di I e II livello andranno considerate come richieste interne all’azienda, nella programmazione degli esami per i pazienti ricoverati, al fine di completare in breve termine il percorso clinico - diagnostico del paziente.

PAC PER L’IPERTENSIONE ARTERIOSA

La valutazione dell’ipertensione arteriosa è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Il PAC 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 specifica preparazione ipertensiologica, responsabile del processo diagnostico e delle risorse impiegate, per un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale specifica per l’inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente iperteso.

PACC “IPERTENSIONE ARTERIOSA I LIVELLO”- CODICE PCB 14

Tipologia di pazienti (ispirato alle linee guida ESC-ESH 2013)

- pazienti con PA normale-alta (PA sistolica 130-139, PA diastolica 85-89) con rischio cerebro-cardio-vascolare (RCV) lieve, moderato ed elevato;
- ipertesi lievi (PA sistolica 140-159, PA diastolica 90-99) (grado 1) con RCV lieve o moderato.
- ipertesi moderati (PA sistolica 160-179, PA diastolica 100-109) (grado 2) con RCV lieve o moderato.

La tariffa del PAC I livello non può superare la tariffa massima prevista nell’Allegato A della delibera di

Giunta regionale n. 1202/2014, pari ad € 158,00 ed il relativo rimborso verrà determinato sulla base della sommatoria delle singole prestazioni effettivamente erogate, risultati sulla Scheda di Day - Service (SDA)

PACC "IPERTENSIONE ARTERIOSA II LIVELLO" CODICE PCB 15

Tipologia di pazienti (ispirato alle linee guida ESC-ESH 2013)

- pazienti con PA normale-alta (PA sistolica 130-139, PA diastolica 85-89) con RCV molto elevato;
 - ipertesi lievi (PA sistolica 140-159, PA diastolica 90-99) (grado 1) con RCV elevato o molto elevato;
 - ipertesi moderati (PA sistolica 160-179, PA diastolica 100-109) (grado 2) con RCV elevato o molto elevato;
 - ipertesi gravi (PA sistolica >180, PA diastolica >110) (grado 3) con RCV elevato o molto elevato;
 - ipertesi con ipertensione resistente (PA sistolica >140, PA diastolica >90 nonostante la terapia con almeno 3 farmaci anti ipertensivi a pieno dosaggio tra cui un diuretico);
 - Ipertese in gravidanza con ipertensione cronica e/o preclampsia;
 - ipertesi in età pediatrica ed adolescenziale;
 - ipertesi con fondato sospetto di ipertensione secondaria.
-

La tariffa non può superare l'importo pari ad € 470,00 ed il relativo rimborso verrà determinato sulla base della sommatoria delle singole prestazioni, risultanti sulla Scheda di Day - Service (SDA)

In un'ottica di autonomia decisionale, il medico potrà scegliere tra le prestazioni individuate nell'Allegato A del presente schema di provvedimento, nei limiti della tariffa massima stabilita, nella erogazione del PAC di I o II livello.

Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'Allegato A, composto da n. 5 (cinque) fogli, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori dei PAC mediante prescrizione su ricettario unico regionale rossa.

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:

1. di modificare e rettificare le deliberazioni di Giunta regionale n. 411 del 10/03/2011 e n. 1202/2014, sostituendo il PAC 02 "Follow - up ipertensione" ed il PC103 "Ipertensione" con i seguenti, di cui all'Allegato A del presente schema di provvedimento che, compost° di n. 5 (cinque) fogli e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- a) PACC "IPERTENSIONE ARTERIOSA I LIVELLO" - codice PCB 14;
- b) PACC "IPERTENSIONE ARTERIOSA II LIVELLO" - codice PCB 15.

2. di stabilire, a modifica ed integrazione delle deliberazioni di Giunta regionale n. 1202/2014 e n. 2774 del 22/12/2014, che le discipline afferenti ai pacchetti "Ipertensione" di I e II livello autorizzate alla erogazione dei citati pacchetti siano:

- cod. 26 "Medicina generale";
- cod. 32 "Neurologia";
- cod. 19 "Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione";
- cod. 21 "Geriatrics";
- cod. 29 "Nefrologia";
- codice 08 "Cardiologia".

3. di stabilire che il pacchetto Day-Service di prima livello possa essere prescritto dal medico di famiglia

o pediatra di libera scelta nonché dallo specialista e sarà eseguibile, in relazione ai previsti criteri di selezione dei pazienti, presso “Centri di prima livello” che, capaci di fornire i previsti esami nell’ambito della medesima struttura, funzioneranno come “spoke”;

4. di stabilire che il centro di I livello o il medico di famiglia, in caso di pazienti che richiedano un approfondimento clinico (rischio cerebro-cardio-vascolare aggiunto elevato, ipertensione resistente, ipertensione pediatrica, incongruenti elevati valori pressori domiciliari, fondato sospetto di ipertensione secondaria, etc.) possano avviare i pazienti ai “Centri di secondo livello” per l’esecuzione degli ulteriori approfondimenti clinico diagnostici indicati nel modello, di cui all’Allegato A del presente schema di provvedimento;

5. di ribadire che le prestazioni ricondotte al regime ambulatoriale rientrano nei tetti di spesa per l’assistenza ospedaliera, stabiliti annualmente con il DIEF per le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici e privati, per gli Enti Ecclesiastici e dalle AA.SS.LL. per le Case di Cura private accreditate, secondo le tariffe determinate con il presente schema di provvedimento. Questi centri funzioneranno come “hub”, garantendo l’esecuzione del pacchetto di Day Service di II livello, integrando gli esami di Day Service di I livello entro tre mesi dalla presa in carico del paziente nonché l’erogazione del Day Service di I livello. A tal fine è il medico che gestisce il caso che contatta il Centro di II livello, che organizzerà opportune liste di attesa, al fine di assicurare lo scambio di informazioni e la continuità del processo assistenziale;

6. di stabilire che le Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA) e i Pacchetti Ambulatoriali Coordinati e Complessi (PCCA), indipendentemente dal soggetto erogatore (pubblico o privato), siano soggette al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino non esente nella misura di € 36,15, oltre la quota fissa di € 10,00 di cui alla Legge 15.07.2011, n.111;

7. di stabilire che, in un’ottica di autonomia decisionale, il medico possa scegliere tra le prestazioni individuate nell’Allegato A del presente schema di provvedimento, nei limiti della tariffa massima stabilita, nella erogazione del PAC di I o II livello. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell’Allegato A, composto da n. 5 (cinque) fogli, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC mediante prescrizione su ricettario unico regionale (ricetta rossa);

8. di subordinare l’attivazione del PAC di I e II livello “Ipertensione” alla definizione della Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell’ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare composta da Centri di I livello (Centri Spoke) e da Centri di II livello (Centri Hub);

9. di stabilire che i Centri di I livello (Centri Spoke) e di II livello (Centri Hub) in corso della prevista assemblea annuale verifichino le coerenze di spesa e propongano alla Regione, basandosi sull’evidenza della letteratura scientifica e delle esperienze maturate nel territorio pugliese, variazioni alla lista di esami per i PAC PCB14 e PCB15.

Eventuali variazioni proposte dall’Assemblea, prevista dalla deliberazione di Giunta regionale n. 44 del 27/01/2015, saranno valutate dal Tavolo tecnico regionale “Day - service” entro sessanta giorni dalla presentazione alla Sezione PAOSA e qualora valutate positivamente le predette proposte, verranno adottate con determina dirigenziale della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento.

10. di demandare al Servizio Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità la modifica dei sistemi informativi regionali entro tre mesi dall’adozione del presente atto, nonché a fornire, con proprie note, indicazioni tecniche ed operative di dettaglio per il conferimento dei dati ai sistemi informativi regionali.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

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.

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.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile A. P., dal Dirigente della Sezione e dal Direttore del Dipartimento;

a voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

per quanto esposto nella relazione in narrativa, che qui si intende integralmente riportata

di modificare e rettificare le deliberazioni di Giunta regionale n. 411 del 10/03/2011 e n. 1202/2014, sostituendo il PAC 02 "Follow - up ipertensione" ed il PC103 "Ipertensione" con i seguenti, di cui all'Allegato A del presente schema di provvedimento che, composto di n. 5 (cinque) fogli è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- c) PACC "IPERTENSIONE ARTERIOSA I LIVELLO" - codice PCB 14;
- d) PACC "IPERTENSIONE ARTERIOSA II LIVELLO" - codice PCB 15.

2. di stabilire, a modifica ed integrazione delle deliberazioni di Giunta regionale n. 1202/2014 e n. 2774 del 22/12/2014, che le discipline afferenti ai pacchetti "Ipertensione" di I e II livello autorizzate alla erogazione dei citati pacchetti siano:

- cod. 26 "Medicina generale";
- cod. 32 "Neurologia";
- cod. 19 "Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione";
- cod. 21 "Geriatrics";
- cod. 29 "Nefrologia";
- codice 08 "Cardiologia".

3. di stabilire che il pacchetto Day-Service di primo livello possa essere prescritto dal medico di famiglia o pediatra di libera scelta nonché dallo specialista e sarà eseguibile, in relazione ai previsti criteri di selezione dei pazienti, presso "Centri di primo livello" che, capaci di fornire i previsti esami nell'ambito della medesima struttura, funzioneranno come "spoke";

4. di stabilire che il centro di I livello o il medico di famiglia, in caso di pazienti che richiedano un approfondimento clinico (rischio cerebro-cardio-vascolare aggiunto elevato, ipertensione resistente, ipertensione pediatrica, incongruenti elevati valori pressori domiciliari, fondato sospetto di ipertensione secondaria, etc.) possano avviare i pazienti ai "Centri di secondo livello" per l'esecuzione degli ulteriori approfondimenti clinico - diagnostici indicati nel modello, di cui all'Allegato A del presente schema di provvedimento;

5. di ribadire che le prestazioni ricondotte al regime ambulatoriale rientrano nei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, stabiliti annualmente con il DIF per le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici e privati, per gli Enti Ecclesiastici e dalle AA.SS.LL. per le Case di Cura private

accreditate, secondo le tariffe determinate con il presente schema di provvedimento. Questi centri funzioneranno come “hub”, garantendo l’esecuzione del pacchetto di Day Service di II livello, integrando gli esami di Day Service di I livello entro tre mesi dalla presa in carico del paziente nonché l’erogazione del Day Service di I livello. A tal fine è il medico che gestisce il caso che contatta il Centro di II livello, che organizzerà opportune liste di attesa, al fine di assicurare lo scambio di informazioni e la continuità del processo assistenziale;

6. di stabilire che le Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA) e i Pacchetti Ambulatoriali Coordinati e Complessi (PCCA), indipendentemente dal soggetto erogatore (pubblico o privato), siano soggette al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino non esente nella misura di € 36,15, oltre la quota fissa di € 10,00 di cui alla Legge 15.07.2011, n. 111;

7. di stabilire che, in un’ottica di autonomia decisionale, il medico possa scegliere tra le prestazioni individuate nell’Allegato A del presente schema di provvedimento, nei limiti della tariffa massima stabilita, nella erogazione del PAC di I o II livello. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell’Allegato A, composto da n. 5 (cinque) fogli, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori dei PAC mediante prescrizione su ricettario unico regionale (ricetta rossa);

8. di subordinare l’attivazione dei PACC di I e II livello “Ipertensione” alla definizione della Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell’ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare composta da Centri di I livello (Centri Spoke) e da Centri di II livello (Centri Hub);

9. di stabilire che i Centri di I livello (Centri Spoke) e di II livello (Centri Hub) in corso della prevista assemblea annuale verifichino le coerenze di spesa e propongano alla Regione, basandosi sull’evidenza della letteratura scientifica e delle esperienze maturate nel territorio pugliese, variazioni alla lista di esami per i PAC PCB14 e PCB15.

Eventuali variazioni proposte dall’Assemblea, prevista dalla deliberazione di Giunta regionale n. 44 del 27/01/2015, saranno valutate dal Tavolo tecnico regionale “Day - service” entro sessanta giorni dalla presentazione alla Sezione PAOSA e qualora valutate positivamente le predette proposte, verranno adottate con determina dirigenziale della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento;

10. di demandare al Servizio Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità la modifica dei sistemi informativi regionali entro tre mesi dall’adozione del presente atto, nonché a fornire, con proprie note, indicazioni tecniche ed operative di dettaglio per il conferimento dei dati ai sistemi informativi regionali;

11. di autorizzare il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento (PAOSA) ad apportare con atto dirigenziale eventuali modifiche ai PAC “Ipertensione” di I e II livello, di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, anche ai fini della corretta implementazione nel Sistema Informativo Regionale “Edotto” del presente provvedimento;

12. di stabilire, infine, che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURP ai sensi dell’art. 6, comma 1, della L.R. n. 13/94;

13. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, ai Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e degli IRCCS pubblici, agli Enti Ecclesiastici e agli IRCCS privati e al Servizio Sistemi Informativi e Investimenti in sanità;

14. di notificare il presente provvedimento e alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, territorialmente competenti.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Dott. Bernardo Notarangelo Dott. Michele Emiliano