

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 dicembre 2006, n. 922.

Integrazione deliberazione Giunta regionale n. 143/06. Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale "e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta";

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

VISTO il D.L.vo 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTO l'accordo Stato-Regioni 8.8.2001 con il quale è stato sancito l'impegno delle Regioni ad adottare le possibili iniziative per il contenimento della spesa sanitaria nell'ambito delle risorse disponibili e per la corretta ed efficace gestione del Servizio Sanitario;

VISTA la DGR 864 del 28.6.2002 sulle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriata;

PRESO ATTO che il quadro economico-finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'amministrazione regionale per l'anno 2006 è caratterizzato dalle disposizioni contenute nella legge 30 dicembre 2004 n.311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato", in particolare al comma 173 dell'art.1 ove è sancito l'obbligo delle Regioni di garantire in sede di programmazione, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie e degli altri Enti che partecipano al S.S.R.;

PRESO ATTO altresì dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e in particolare dell'art. 4 che impegna le Regioni ad una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata garantendo entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%;

RILEVATA l'esigenza di proseguire nelle azioni tese a migliorare il livello di appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che rappresenta una caratteristica inderogabile del servizio sanitario regionale, al fine di perseguire obiettivi di qualità professionale, di efficacia e di uso efficiente delle risorse;

VISTA la DGR 731/05 ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.

VISTA la DGR 143/06 ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.

CONSIDERATO che, nell'ambito dell'indirizzo strategico programmatico di potenziare i servizi territoriali e le forme di assistenza alternative al ricovero e di riqualificare l'assistenza, appare necessario individuare per il 2007 quale azione prioritaria all'interno del SSR;

1. il trasferimento delle attività inappropriate verso i regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, quindi, dal ricovero ordinario verso il day hospital e da questo verso l'ambulatorio;
2. il potenziamento e la qualificazione dell'assistenza ambulatoriale, in specie attivando ed organizzando con adeguata dotazione di risorse la modalità ambulatoriale del Day Service nella quale dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in day hospital;

RITENUTO necessario integrare, in via sperimentale per l'anno 2007, la lista dei 27 DRG inclusi nella tabella B della DGR 143/06, con l'inserimento di ulteriori 4 DRG, con le relative soglie di ammissibilità, che sono temporaneamente fissate al 25° percentile:

CONSIDERATO che, in linea con gli obiettivi e le finalità indicate dalla DGR 143/06 sono stati individuati ulteriori settori di attività, prevalentemente chirurgica, che è possibile trasferire al regime ambulatoriale, sia come APA che come prestazioni semplici;

RITENUTO opportuno pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio;

RITENUTO che il presente atto non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali;

All'unanimità

DELIBERA

per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato ed approvato:

- di integrare la DGR 143/06 ampliando la tabella B dell'allegato 4 con ulteriori 4 DRG a rischio di inappropriatazza con le relative soglie di ammissibilità, riportati nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante della presente delibera
- di introdurre ulteriori Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali per :
 - interventi sulla cute (codici ICD-9-CM 86.3 ed 86.4);
 - circoncisione terapeutica (codice ICD-9-CM 64.0);
 - mini-stripping delle vene (codice ICD-9-CM 38.59);
 - litotripsia per patologie muscolo-scheletriche (codice ICD-9-CM 98.59);
 - dilatazione o raschiamento dell'utero (codice ICD-9-CM 69.09);
 - asportazione delle emorroidi (codice ICD-9-CM 49.46);

analiticamente descritti nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante della presente delibera

- di introdurre ulteriori Pacchetti di prestazioni Ambulatoriali Complesse per:
 - PAC diagnostico per la celiachia (P5790A)
 - PAC diagnostico per la perdita transitoria di coscienza (P78002)
 - PAC diagnostico per il dolore toracico (P7865)
 - PAC per la gestione dello scompenso cardiaco (P428)
 - PAC per il diabete neodiagnosticato e non complicato (P2500)
 - PAC per la broncopatia cronica ostruttiva con e senza insufficienza respiratoria cronica (P4912)
 - PAC per l'asma bronchiale (P4939);

descritti nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante della presente delibera.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e la pubblicazione ha valore a tutti gli effetti di notifica per tutti i soggetti erogatori.

ALLEGATO 1**PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA
DELL'ATTIVITA' ASSISTENZIALE****1. PREMESSA**

La ricerca sistematica di percorsi assistenziali che, seguendo le indicazioni delle DGR 731/05 e DGR 143/06, ha individuato quale azione essenziale il trasferimento di attività inappropriate verso regimi assistenziali che consentano una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, conduce al trasferimento di attività dal ricovero ordinario verso il day hospital e da questo verso l'ambulatorio.

L'obiettivo atteso è quello di una sostanziale riduzione dell'elevato tasso di ospedalizzazione, presente nella regione Lazio, per tendere al raggiungimento dell'obiettivo previsto nell'Intesa Governo-Regioni del 23 marzo 2005 di un tasso di ospedalizzazione di 180 ricoveri per 1000 abitanti residenti, entro l'anno 2007, senza che venga meno la capacità da parte del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie.

Il trasferimento di attività e prestazioni sanitarie, che attualmente vengono erogate in maniera inappropriata, è in linea con le finalità di riqualificare l'assistenza ospedaliera e di potenziare i servizi territoriali: essa consente una migliore programmazione dell'offerta dei servizi per soddisfare la domanda di assistenza con qualità e una maggiore efficienza delle risorse.

2. INTRODUZIONE DI ULTERIORI DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA E RELATIVE SOGLIE DI AMMISSIBILITA'

In coerenza con la programmazione sanitaria regionale, al fine di promuovere l'erogazione delle prestazioni al livello assistenziale più appropriato, così come previsto dalle precedenti deliberazioni (DGR 731/05, 143/06 e 427/06), le prestazioni di ricovero ordinario per acuti prodotte da ciascun soggetto erogatore che, a decorrere dal 1/1/07, superano nell'anno oggetto di valutazione il valore soglia regionale, vengono riclassificate e remunerate come ricoveri a carattere diurno.

In particolare, i ricoveri ordinari vengono remunerati, se associati ad un DRG chirurgico, in base alle tariffe previste per i ricoveri diurni. La diversa remunerazione conseguente alla riclassificazione dei ricoveri incide direttamente nel valore complessivo della produzione dell'anno 2007.

La lista dei 27 DRG inclusi nella tabella B della DGR 143/06 viene integrata, in via sperimentale per l'anno 2007, con l'inserimento di ulteriori 4 DRG con le relative soglie di ammissibilità, che sono temporaneamente fissate al 25° percentile:

**SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE (25° PERCENTILE)
SECONDO IL METODO APPRO.**

DRG	Tipo di DRG	Descrizione	Soglia di ammissibilità
227	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	28,6
229	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza CC Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	14,4
231	C	femore	32,7
339	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	42,9

3. INTRODUZIONE DI ULTERIORI ACCORPAMENTI DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI (APA)

In linea con gli obiettivi e le finalità indicate dalla DGR 143/06 sono stati individuati ulteriori settori di attività, prevalentemente chirurgica, che è possibile trasferire al regime ambulatoriale, sia come APA che come prestazioni semplici.

Parte di questa attività può essere garantita ed erogata in ambulatorio, sia sotto il profilo clinico che organizzativo ed amministrativo.

A partire dal gennaio 2007, vengono introdotti i seguenti APA e prestazioni ambulatoriali:

- interventi sulla cute (codici ICD-9-CM 86.3 ed 86.4);
- circoncisione terapeutica (codice ICD-9-CM 64.0);
- mini-stripping delle vene (codice ICD-9-CM 38.59);
- litotripsia per patologie muscolo-scheletriche (codice ICD-9-CM 98.59);
- dilatazione o raschiamento dell'utero (codice ICD-9-CM 69.09);
- asportazione delle emorroidi (codice ICD-9-CM 49.46).

Tabella 1.1 - Interventi sulla cute.

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Br 4	Tar_€
AH	86.3.6	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONE DELLA CUTE NON COINVOLGENTE LE STRUTTURE SOTTOSTANTI PER PATOLOGIE BENIGNE (es. nevi, lipomi etc.) (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento compreso esame istologico). ESCLUSO: crioterapia di lesione cutanea, asportazione di lesione cutanea mediante cauterizzazione o folgorazione (codici 86.3.1 e 86.3.3)	52	12	9		200
AH	86.4.7	ASPORTAZIONE CHIRURGICA RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE COINVOLGENTE LE STRUTTURE SOTTOSTANTI E/O CON IMPORTANTE ESTENSIONE SUPERFICIALE PER PATOLOGIE NEOPLASTICHE O ALTRE LESIONI MOLTO ESTESE (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento compreso esame istologico).	52	12	9		450

Tabella 1.2 - Circoncisione terapeutica.

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Br 4	Tar_€
AH	64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento).	9	43			400

Tabella 1.3 - Ministripping delle vene dell'arto inferiore.

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Br 4	Tar_€
AH	38.59.1	FLEBECTOMIA (MINISTRIPPING) DI VENE VARICOSE SINGOLA O MULTIPLA DELL'ARTO INFERIORE (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento).	5	9			430

Tabella 1.4 - Litotripsia per patologie muscolo scheletriche.

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Br 4	Tar_€
H *	98.59.1	TERAPIA AD ONDE D'URTO FOCALIZZATE PER PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE massimo tre sedute	36	56			60
H **	98.59.2	TERAPIA AD ONDE D'URTO RADIALI PER PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE massimo tre sedute	36	56			30

* indicazioni cliniche: necrosi asettiche e ritardo - pseudoartrosi

** indicazioni cliniche: patologie infiammatorie e degenerative muscolotendinee

Tabella1.5 – Dilatazione e raschiamento dell'utero.

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Br 4	Tar_€
AH	69.09	DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento, compreso esame istologico). Escluso: dilatazione e raschiamento per interruzione di gravidanza ed a seguito di parto o aborto.	37				400

Tabella 1.6 – Intervento sulle emorroidi.

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Br 4	Tar_€
AH	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento)	09				500

L'introduzione dei sopra elencati APA comporta la modifica delle prestazioni presenti nel nuovo nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di cui alla DGR 562 del 5/9/06, come di seguito indicato:

APA 64.0 sostituisce lo stesso codice 64.0.

APA 38.59.1 sostituisce lo stesso codice 38.59.1.

Le tariffe sono state individuate sulla base di un confronto con le tariffe dei ricoveri ospedalieri e quelle in vigore presso altre regioni che hanno già introdotto le prestazioni nel proprio nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, tenendo presente i minori costi, per alcune voci, che il regime ambulatoriale richiede rispetto al ricovero.

Nel corso del 2007 è atteso lo svolgimento in regime ambulatoriale della maggior parte dell'attività attualmente svolta in ricovero ospedaliero relativamente ai DRG 270 (altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc), 266 (trapianti di pelle e/o sbrigliamenti ecc), 342 (circoncisione età > 17 anni), 343 (circoncisione età < 18 anni), 119 (legatura e stripping di vene) 248 (tendinite, miosite e borsite), 364 (dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne) e 158 (interventi su ano e stoma senza cc) . Questo trasferimento di attività è finalizzato a raggiungere l'obiettivo previsto di un tasso di ospedalizzazione di 180 ricoveri per 1000 abitanti residenti.

Si stabilisce che, tenendo conto della sostanziale sovrapposibilità tra le attività di day surgery e la chirurgia ambulatoriale, le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private provvisoriamente accreditate che già effettuino le suddette prestazioni in regime di ricovero ordinario e/o day hospital possono effettuare, a partire dal 1 gennaio 2007, i nuovi accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), in regime ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Come già previsto nella DGR 143/06, tenendo conto dei volumi di attività svolti dalle diverse strutture relativamente alle suddette prestazioni in regime ospedaliero nell'anno 2005, e coerentemente con l'atteso trasferimento in regime ambulatoriale, si stabilisce che nel corso dei primi mesi del 2007 vengano disattivati, nelle relative discipline, i posti letto indicati nella tabella 2. Tali disattivazioni rientrano nell'ambito degli interventi e azioni mirate alla razionalizzazione della rete ospedaliera, prevista dal Piano regionale di rientro triennale per il disavanzo del SSR.

I Direttori Generali delle ASL e degli ospedali aziendalizzati sono tenuti pertanto a disattivare, secondo le indicazioni della tabella 2, entro i primi tre mesi dell'anno, i posti letto a gestione diretta. Inoltre, i Direttori Generali delle ASL sono tenuti a verificare, attraverso gli Uffici delle ASL preposti, l'avvenuta disattivazione da parte delle Case di cura provvisoriamente accreditate e degli ospedali classificati presenti nel territorio dell'ASL. L'avvenuta disattivazione dovrà essere comunicata alla Direzione Regionale competente.

Le risorse così liberate dovranno essere indirizzate al potenziamento dell'attività ambulatoriale, attraverso l'erogazione degli APA e dei PAC.

Il ricovero ospedaliero è da riservarsi ai soli casi in cui per le particolari condizioni del paziente il trattamento ambulatoriale non offra sufficienti garanzie di sicurezza.

A fine anno verranno valutati, attraverso l'impiego combinato dei dati confluiti al SIO ed al SIAS, per ogni singola struttura i seguenti indicatori:

- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 270 con procedura 86.3 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 270 con procedura 86.3 e APA 86.30.0 (valore soglia=2%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 266 con procedura 86.4 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 266 con procedura 86.4 e APA 86.40.0 (valore soglia=16%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti ai DRG 342 e 343 con procedura 64.0 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti ai DRG 342 e 343 con procedura 64.0 e APA 64.0 (valore soglia=10%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 248 con procedura 98.59 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 248 con procedura 98.59 e prestazioni ambulatoriali 98.59.1 e 98.59.2 (valore soglia=1%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 364 con procedura 69.09 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 364 con procedura 69.09 e APA 69.09 (valore soglia=10%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 158 con procedura 49.46 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 158 con procedura 49.46 e APA 49.46 (valore soglia=15%).

Qualora il valore di questi indicatori dovesse superare il relativo valore soglia, le quote eccedenti di ricoveri ospedalieri vengono riclassificate come APA/prestazioni ambulatoriali e come tali remunerate e contabilizzate dal SIAS.

I valori soglia sono stati determinati tenendo conto delle diverse possibilità di trasferimento delle singole procedure verso l'ambulatorio in maniera da permettere il trattamento in ricovero di quei casi in cui, per le particolari condizioni del paziente, il trattamento ambulatoriale non garantisce la necessaria sicurezza.

Gli APA seguono il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (SIAS). E' obbligatoria l'indicazione nel campo "determinante clinico" del codice ICD-9-CM di diagnosi (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la patologia per la quale si ricorre all'intervento chirurgico.

Per l'anno 2007 non si prevede la partecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni di cui sopra.

Tabella 2 - Posti letto disattivabili

ISTITUTO	SPECIALITA	PL ORDINARI	PL DH
019 San Camillo de Lellis	09 CHIRURGIA GENERALE		1
026 P.O. Santo Spirito	09 CHIRURGIA GENERALE		2
027 San Giacomo	09 CHIRURGIA GENERALE		1
044 P.O. Albano-Genzano	09 CHIRURGIA GENERALE		2
045 San Paolo	09 CHIRURGIA GENERALE		1
047 San Sebastiano Martire	52 DERMATOLOGIA		2
048 San Giuseppe	09 CHIRURGIA GENERALE		1
057 San Giovanni Battista	09 CHIRURGIA GENERALE		1
058 CTO	12 CHIRURGIA PLASTICA		1
066 Sant'Eugenio	09 CHIRURGIA GENERALE	1	
	52 DERMATOLOGIA		1
	37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	
071 San Pietro - Fatebenefratelli	09 CHIRURGIA GENERALE		1
073 San Carlo di Nancy	09 CHIRURGIA GENERALE		3
	36 ORTOPEDIA		1
074 Cristo Re	09 CHIRURGIA GENERALE		1
075 Israelitico	09 CHIRURGIA GENERALE		2
	52 DERMATOLOGIA		1
083 Villa Valeria	09 CHIRURGIA GENERALE		1
084 Villa Tiberia	09 CHIRURGIA GENERALE		1
097 Villa Aurora	09 CHIRURGIA GENERALE		1
099 Life Hospital	09 CHIRURGIA GENERALE		1
134 Sant'Anna	09 CHIRURGIA GENERALE		1
140 Siligato	09 CHIRURGIA GENERALE		1
155 Chirurgia Addominale all'Eur	09 CHIRURGIA GENERALE		1
157 Fabia Mater	09 CHIRURGIA GENERALE	1	1
165 Policlinico Casilino	09 CHIRURGIA GENERALE		1
	12 CHIRURGIA PLASTICA		3
166 Nuova Itor	09 CHIRURGIA GENERALE		1
176 INI	26 MEDICINA GENERALE	1	
180 Aurelia Hospital	09 CHIRURGIA GENERALE	1	4
209 Casa del Sole	09 CHIRURGIA GENERALE		2
211 Villa Azzurra	09 CHIRURGIA GENERALE		1
212 ICOT	36 ORTOPEDIA		4
213 San Marco	09 CHIRURGIA GENERALE		2
215 Città di Aprilia	09 CHIRURGIA GENERALE	1	1
221 Civile di Ceccano	09 CHIRURGIA GENERALE		2
225 Pasquale Del Prete	09 CHIRURGIA GENERALE		1
226 Santissima Trinita'	09 CHIRURGIA GENERALE	1	1
	37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	
	38		
230 Sant'Anna	OTORINOLARINGOIATRIA		1
234 Villa Gioia	09 CHIRURGIA GENERALE		1
236 Santa Teresa	09 CHIRURGIA GENERALE		3
901 San Camillo - Forlanini	11 CHIRURGIA PEDIATRICA		1
	12 CHIRURGIA PLASTICA		2
	26 MEDICINA GENERALE		1
902 San Giovanni	09 CHIRURGIA GENERALE		1
	12 CHIRURGIA PLASTICA		2
903 San Filippo Neri	09 CHIRURGIA GENERALE		1
	12 CHIRURGIA PLASTICA		2
904 Bambino Gesù	11 CHIRURGIA PEDIATRICA	1	2
	12 CHIRURGIA PLASTICA	3	1
	52 DERMATOLOGIA		1
	78 UROLOGIA PEDIATRICA		1
905 Policlinico A. Gemelli	09 CHIRURGIA GENERALE	1	1

	12 CHIRURGIA PLASTICA	1	2
	36 ORTOPIEDIA		3
	52 DERMATOLOGIA	4	10
906 Policlinico Umberto I	09 CHIRURGIA GENERALE		2
	12 CHIRURGIA PLASTICA		1
	52 DERMATOLOGIA		2
908 IFO	12 CHIRURGIA PLASTICA		6
911 IDI	12 CHIRURGIA PLASTICA	9	
	14 CHIRURGIA VASCOLARE	2	1
	52 DERMATOLOGIA	9	19
	64 ONCOLOGIA	2	
915 Campus Biomedico	09 CHIRURGIA GENERALE	1	3
919 Sant'Andrea	36 ORTOPIEDIA		1
920 Tor Vergata	09 CHIRURGIA GENERALE		2

TOTALE**41****126**

** non risultano al SIPLET posti letto di DH nella disciplina, dato da verificare con Asl di competenza.*

4. INTRODUZIONE DI ULTERIORI PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI (PAC)

Nella tabella 3 sono riportate le specifiche dei nuovi Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) in continuità con la DGR 731/05, comprensive delle branche specialistiche di riferimento, della tipologia di pazienti cui il PAC è destinato, della composizione del PAC, delle strutture autorizzate allo svolgimento, della tariffa e di eventuali ulteriori note.

I dati relativi ai PAC confluiscono nel Sistema Informativo per l'Assistenza Ambulatoriale (SIAS).

E' obbligatoria l'indicazione nel campo "determinante clinico" del codice ICD-9-CM di diagnosi (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la patologia o il sospetto diagnostico per il quale si ricorre al PAC.

Al fine di evitare che le scelte organizzative messe in atto dalle strutture gravino sui cittadini, in via transitoria per il 2007, non si applica quanto previsto per la compartecipazione alla spesa (ticket) relativamente all'erogazione dei PAC.

Per quanto attiene la modalità di registrazione del PAC, viene introdotta la possibilità di segnalare i PAC che, per imprevisti eventi occorsi al paziente, non si concludano nell'arco temporale previsto. Per tali PAC non conclusi, la struttura erogatrice utilizzerà il codice specifico del PAC, seguito dalla lettera "V". Onde prevenire eventuali comportamenti opportunistici a riguardo, saranno effettuati controlli in base ai dati del flusso SIAS.

Vengono introdotti i seguenti PAC:

- PAC diagnostico per la celiachia (P5790A)
- PAC diagnostico per la perdita transitoria di coscienza (P78002)
- PAC diagnostico per il dolore toracico (P7865)
- PAC per la gestione dello scompenso cardiaco (P428)
- PAC per il diabete neodiagnosticato e non complicato (P2500)
- PAC per la broncopatia cronica ostruttiva con e senza insufficienza respiratoria cronica (P4912)
- PAC per l'asma bronchiale (P4939).

TABELLA 3**PAC DIAGNOSTICO PER LA CELIACHIA (P5790A)****Disciplina di riferimento**

Gastroenterologia, Pediatria, Neonatologia

Razionale

La celiachia è una patologia cronica che colpisce soggetti geneticamente predisposti con danno della mucosa del piccolo intestino (ipertrofia/atrofia dei microvilli). La diagnosi è spesso tardiva ed espone il paziente a complicanze e ricoveri in regime ospedaliero. Una corretta e precoce diagnosi può essere gestita con maggiore efficienza e tempestività a livello ambulatoriale evitando le complicanze e il moltiplicarsi dei ricoveri ospedalieri.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sospetto diagnostico di celiachia.

Composizione

Per configurarsi il PAC diagnostico per la celiachia devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sottoindicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	costo
P5790A	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi. Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche.	€ 12,80
45.16	Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno.	€ 71,00
91.41.4	Es. istocitopatologico App. digerente: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	€ 46,50
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO O DELL'OBESO PROGRAMMA DI EDUCAZIONE PRE-DIALISI (PEP) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute).	€ 4,40
Analisi cliniche		
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	€ 0,50
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,30
90.22.4	Ferro	€ 5,30
90.42.4	Transferrina (Capacità ferrolegante)	€ 4,00
90.82.5	Velocità eritrosedimentazione delle emazie (VES)	€ 1,30
90.72.3	Proteina C reattiva (Quantitativa)	€ 4,80
90.49.5	Anticorpi anti-gliadina (IgG e IgA)	€ 11,40
90.69.4	Immunoglobuline IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,80
90.04.5	Alanina aminotransferasi (ALT) (GPT)	€ 2,90
90.09.2	Aspartato aminotransferasi (AST) (GOT)	€ 2,90
90.25.5	Gamma Glutamyl Transpeptidasi (gamma GT)	€ 2,60
90.75.4	Tempo di protrombina (PT-INR)	€ 2,90
90.42.1	Tireotropina (TSH)	€ 19,10
90.23.2	Folato	€ 19,10
90.13.5	Cobalamina (Vit. B12)	€ 19,10

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

I Centri e Presidi di Riferimento per la Sprue Celiaca di cui all'Al 1 della DGR n. 1324 del 5 dicembre 2003

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

Note

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

La prestazione 93.82.1 identifica anche l'attività di counseling dietologico per il rispetto della dieta senza glutine.

La determinazione degli anticorpi antitransglutaminasi non è prevista nel nomenclatore tariffario regionale pertanto, qualora fosse effettuata, potrà essere indicata utilizzando il codice 90.49.5 "Anticorpi anti-gliadina (IgG e IgA)".

PAC DIAGNOSTICO PER LA PERDITA TRANSITORIA DI COSCIENZA (P78002)**Disciplina di riferimento**

Medicina generale, Cardiologia, Neurologia

Razionale

La valutazione diagnostica della perdita transitoria di coscienza può essere causa nella nostra regione 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 un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno sperimentato una sincope, definita come "una perdita di coscienza transitoria e autolimitante che porta in genere a caduta, con insorgenza relativamente rapida, ripresa spontanea, completa ed in genere rapida e per i quali non si è giunti ad una diagnosi certa

Composizione

Per configurarsi il PAC diagnostico di perdita transitoria di coscienza devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sottoindicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	costo
P78002	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	12,80
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo.	62,00
89.52	Elettrocardiogramma	11,60
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici e digitali (Holter); LOOP RECORDER NON IMPIANTABILE (ciclo minimo di 15 giorni).	62,00
89.41	TEST ERGOMETRICO CON PEDANA MOBILE O CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1).	55,80
89.59.2	TILT TEST (test di ortostatismo passivo con tavolo basculante con o senza provocazione farmacologica)	52,00
89.13	Visita Neurologica	13,60
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita.	13,60
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnèa). Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17).	23,20
Analisi cliniche		
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,50
90.14.1	Colesterolo HDL	1,90
90.14.3	Colesterolo totale	2,30
90.16.3	Creatinina	2,60
90.27.1	GLUCOSIO Non associabile ai codici 90.26.4 e 90.26.5 .	1,70
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, Gb, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.	3,30
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	1,10
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU]/(Sg)Er]	2,80
90.43.2	Trigliceridi	5,20
90.40.4	SODIO [S/U/dU]/(Sg)Er]	2,80
90.11.4	CALCIO TOTALE	2,80
90.24.5	Fosforo	1,00
90.22.4	FERRO	5,30
90.22.3	FERRITINA	19,10
90.42.5	Transferrina [S]	5,20
90.38.4	Proteine (elettroforesidelle) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	6,00

90.42.1	Tireotropina (TSH)	19,10
---------	--------------------	-------

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

Note

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

PAC DIAGNOSTICO PER IL DOLORE TORACICO (P7865)**Disciplina di riferimento**

Cardiologia

Razionale

La valutazione diagnostica del dolore toracico può essere causa nella nostra regione di ricovero ospedaliero 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 un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale

Tipologia di pazienti

Pazienti che hanno sperimentato un dolore toracico per i quali non si è giunti ad una diagnosi certa

Composizione

Per configurarsi il PAC diagnostico di dolore toracico devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sottoindicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>costo</i>
P 7865	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	12,80
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo.	62,00
88.72.8	ECOGRAFIA CARDIACA CON PROVA FISICA O FARMACOLOGICA (Ecostress)	46,50
89.52	Elettrocardiogramma	11,60
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici e digitali (Holter); LOOP RECORDER NON IMPIANTABILE (ciclo minimo di 15 giorni).	62,00
89.41	TEST ERGOMETRICO CON PEDANA MOBILE O CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1).	55,80
92.10.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE DOPO STIMOLO fisico o farmacologico	154,00
92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO	154,00
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita.	13,60
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]; CORONARO-TC (associato al codice 88.90.2).	137,90
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE STANDARD [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni).	15,50
Analisi cliniche		
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,50
90.14.1	Colesterolo HDL	1,90
90.14.3	Colesterolo totale	2,30
90.16.3	Creatinina	2,60
90.27.1	GLUCOSIO Non associabile ai codici 90.26.4 e 90.26.5 .	1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	1,10
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,80
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,80
90.11.4	CALCIO TOTALE	2,80
90.22.4	FERRO	5,30
90.22.3	FERRITINA	19,10
90.42.5	Transferrina [S]	5,20
90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [S] Incluso: Dosaggio Proteine Totali	6,00

90.42.1	Tireotropina (TSH)	19,10
90.34.6	OMOCISTEINA	20,00

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per la disciplina di riferimento del PAC

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

Note

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

PAC PER LA GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO (P428)**Disciplina di riferimento**

Cardiologia, Medicina generale.

Razionale

Lo scompenso cardiaco rappresenta l'evoluzione finale della maggior parte delle cardiopatie: la malattia è caratterizzata da un andamento cronico e progressivo e presenta frequenti episodi di riacutizzazione e di instabilità clinica che comportano ripetuti ricoveri ospedalieri con pesanti risvolti economici e sociali.

La valutazione diagnostica e l'inquadramento prognostico dello scompenso cardiaco richiedono una valutazione clinica ed esami strumentali che devono essere eseguiti in tempi brevi dal sospetto clinico data la gravità della patologia. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per erogare prestazioni in regime appropriato di assistenza, diffondere percorsi diagnostico-terapeutici per i quali esiste ampia evidenza di efficacia 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 scompenso cardiaco eleggibili per l'erogazione dei PAC in regime di Day Service:

1- Pazienti con anamnesi positiva per cardiopatia ischemica (pregresso IMA e/o angina con pregresso bypass aortocoronarico o PTCA), cardiopatia degenerativa, valvulopatia degenerativa o reumatica, ipertensione arteriosa, familiarità per miocardiopatia primitiva, con segni e sintomi suggestivi per insufficienza cardiaca.

2- Pazienti recentemente dimessi da ricovero entro un mese con diagnosi già codificata di insufficienza cardiaca scompensata e con segni clinici di stabilizzazione.

Composizione

Per configurarsi il PAC per la gestione dello scompenso cardiaco devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sottoindicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma per la gestione dello scompenso cardiaco viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>costo</i>
P428	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi. Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	12,80
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	11,60
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo.	62,00
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE STANDARD [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni).	15,50
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici e digitali (Holter); LOOP RECORDER NON IMPIANTABILE (ciclo minimo di 15 giorni).	62,00
89.41	TEST ERGOMETRICO CON PEDANA MOBILE O CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1).	55,80
89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi.	83,70
89.44.2	TEST DEL CAMMINO 6 -12 min. walking test in monitoraggio saturimetrico.	55,80

89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita. Visita Anestesiologica pre-operatoria con valutazione del rischio anestesiológico. Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02). In caso di diagnostica per immagini visita non seguita contestualmente da prestazione strumentale.	13,60
Analisi cliniche		
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,50
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, Ind.Der.F.L.	3,30
90.16.3	Creatinina	2,60
90.27.1	GLUCOSIO Non associabile ai codici 90.26.4 e 90.26.5 .	1,70
90.43.5	Urato	1,70
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,80
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,80
90.13.3	CLORURO	2,80
90.10.5	Bilirubina: totale e frazionata	3,40
90.38.5	PROTEINE	1,90
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali.	6,00
90.21.1	FARMACI DIGITALICI	19,00
90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	9,10
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	2,60
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	19,10
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	2,30
90.14.1	COLESTEROLO HDL	1,90
90.14.2	COLESTEROLO LDL calcolo - Erogabile solo in associazione ai codici 90.14.1, 90.14.3, 90.43.2 .	0,70
90.43.2	TRIGLICERIDI	5,20
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT-INR)	2,90
91.48.5	Prelievo di sangue arterioso	5,20
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso.	13,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	1,10

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC.

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

Note

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

PAC PER DIABETE NEODIAGNOSTICATO E NON COMPLICATO (P2500)**Disciplina di riferimento**

Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione; Medicina generale.

Razionale

La prevalenza del diabete mellito, in particolare del tipo 2 è in costante aumento per una serie di ragioni (incremento di prevalenza, minore mortalità, maggiore attenzione alla diagnosi) e si calcola che possa superare il 10% sulla popolazione generale nel prossimo futuro. Più del 96% dei casi è rappresentato dal Diabete mellito tipo 2. Data la insidiosità della comparsa della iperglicemia è estremamente difficile datare l'inizio della malattia, ma si ritiene che mediamente sino al momento della diagnosi siano trascorsi almeno 7 anni per il diabete mellito di tipo 2. La valutazione del paziente diabetico neodiagnosticato così come lo screening delle complicanze croniche può essere causa di ricovero 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 un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti neodiagnosticati e diabete non complicato secondo i criteri esplicitati nella Nota (1)

Composizione

Per configurarsi il PAC di diabete 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 sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>costo</i>
P2500	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi. Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	12,76
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Visita medico nucleare pretrattamento e successivo follow up. Visita radioterapica pretrattamento. Stesura del piano di trattamento di terapia oncologica e successivo follow up. Visita di terapia del dolore e stesura del piano di trattamento. Visita da parte di Team Diabetologico. Stesura del piano di trattamento nutrizionale. Valutazione idoneità al trapianto di rene (trimestrale).	20,70
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO O DELL'OBESO PROGRAMMA DI EDUCAZIONE PRE-DIALISI (PEP) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute).	4,40
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	11,60
95.02	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).	13,60
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS Per occhio.	3,90

88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo; Ecografia giunzione esofagea; Ecografia piloro; Ecografia anse intestinali senza contrasto. Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1).	43,90
88.77.3	DOPPLER O (LASER)DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	23,20
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI Include: Studio degli Assi carotideli, arterie vertebrali e arterie succlavie. A riposo o dopo prova fisica.	43,90
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23),quello con polisonnogramma (89.17)	10,30
89.59.1	Test cardiovascolari per valutazione di neuropatia autonoma	41,30
89.39.3	Valutazione soglia sensibilità vibratoria	18,60
Analisi cliniche		
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,50
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	3,30
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	1,30
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	10,60
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	2,60
90.27.1	GLUCOSIO Non associabile ai codici 90.26.4 e 90.26.5 .	1,70
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	2,30
90.14.1	HDL-colesterolo	1,90
90.14.2	COLESTEROLO LDL calcolo - Erogabile solo in associazione ai codici 90.14.1, 90.14.3, 90.43.2 .	0,70
90.43.2	TRIGLICERIDI	5,20
90.16.3	CREATININA	2,60
90.33.4	MICROALBUMINURIA	4,70
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	2,90
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	2,90
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,80
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,80
90.15.1	CORPI CHETONICI	0,80
90.11.1	C PEPTIDE	19,10
90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)	39,10
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	13,50
90.43.5	URATO (acido urico)	1,70
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	19,10
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	1,10
90.34.6	OMOCISTEINA	20,00

90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.	6,50
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	2,00
90.23.2	FOLATO	19,10

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

Note

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

(1) Criteri per la diagnosi del diabete

1. Sintomi di diabete e una glicemia casuale = o > 200 mg/dl.
Per casuale si intende una glicemia effettuata durante la giornata indipendentemente dall'assunzione di cibo. I classici sintomi del diabete includono: poliuria, polidipsia e inspiegabile calo ponderale

Oppure

2. Glicemia a digiuno = o > 126 mg/dl.

Il digiuno è definito da almeno 8 ore senza ingestione di cibo; il valore deve essere confermato ripetendo il test in un giorno successivo

Oppure

3. Glicemia plasmatica a 2 ore = o > 200 mg/dl durante un OGTT.

Il test deve essere effettuato come consigliato dall'OMS, utilizzando un carico orale di 75 g di glucosio anidro sciolto in acqua

L'OGTT non è consigliato per la routine diagnostica, ma deve essere utilizzato nei pazienti con IFG o quando il diabete è ancora sospettato nonostante un valore glicemico a digiuno nella norma e nella valutazione post-partum delle donne con diabete gestazionale.

Gli standard ADA delle cure mediche per i pazienti con diabete mellito - 2006

Standards of Medical Care in Diabetes

© 2006 American Diabetes Association from Diabetes Care, Vol. 29, Supp. 1, 2006

Traduzione italiana, revisione e adattamento a cura di:

LUCA MONGE e ALBERTO DE MICHELI

PAC PER LA BPCO con e senza insufficienza respiratoria cronica (P4912)**Disciplina di riferimento**

Pneumologia, Medicina generale, Cardiologia.

Razionale

La Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), è patologia ad andamento cronico con fasi cliniche concatenate, progressivamente debilitante che necessita di una gestione a lungo termine per attenuare i sintomi, prevenire le frequenti ricadute e mantenere la funzionalità respiratoria.

La fase diagnostica della BPCO latente deve essere indagata sulla base di definite procedure diagnostiche consolidate.

Una volta diagnosticata la malattia, la successiva gestione del paziente con BPCO ha lo scopo di determinare miglioramenti clinico-funzionali nel paziente, migliorare la qualità di vita e prevenire il peggioramento della malattia prima che evolva nella insufficienza respiratoria. La BPCO, la cui gestione richiede una strategia di continuità assistenziale, è anche spesso causa di ricovero ospedaliero, ordinario o day hospital, non appropriato.

Tipologia di pazienti

Pazienti > 35 anni con diagnosi accertata o sospetta di BPCO che necessitano di approfondimento diagnostico o follow-up con sintomatologia manifesta, tosse cronica* e/o dispnea da sforzo

Composizione

Per configurarsi il PAC di BPCO con o senza insufficienza respiratoria cronica devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sottoindicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 (laboratorio analisi), possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	costo
P4912	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.	€ 12,80
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE STANDARD [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni).	€ 15,50
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]; CORONARO-TC (associato al codice 88.90.2).	€ 137,90
87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni.	€ 22,20
33.24	BIOPSIA MUCOSA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] Broncoscopia (fibre ottiche) con: biopsia esfoliativa del polmone, brushing o washing per prelievo di campione, biopsia asportativa. Escluso: Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa.	€ 129,10
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Escluso: Endoscopia con biopsia (45.16).	€ 56,80
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita. Visita Anestesiologica pre-operatoria con valutazione del rischio anestesilogico. Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02). In caso di diagnostica per immagini visita non seguita contestualmente da prestazione strumentale.	€ 13,60
89.37.9	Monitoraggio continuo della saturazione notturna di O2	€ 40,00
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso.	€ 13,70

89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE Test dell'iperossia.	€ 18,60
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,20
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE CURVA FLUSSO-VOLUME E VOLUMI POLMONARI (WASH DI N2 O DiL.He)	€ 37,20
89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	€ 23,20
89.37.8	SPIROMETRIA GLOBALE CON TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	€ 43,00
89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE ASPECIFICO	€ 55,80
89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria.	€ 23,20
89.38.3	DIFFUSIONE ALVEO-CAPILLARE DEL CO2	€ 23,20
95.42	IMPEDENZOMETRIA CON TIMPANOGRAMMA	€ 8,70
89.44.2	TEST DEL CAMMINO 6 -12 min. walking test in monitoraggio saturimetrico.	€ 55,80
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,60
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo.	€ 62,00
91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	€ 27,20
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,50
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,30
90.16.3	CREATININA	€ 2,60
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (aPTT)	€ 2,50
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT-INR)	€ 2,90
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,80
90.13.3	CLORURO	€ 2,80
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,80
90.24.5	FOSFORO	€ 1,00
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,10
90.27.1	GLUCOSIO Non associabile ai codici 90.26.4 e 90.26.5	€ 1,70
90.11.4	CALCIO TOTALE	€ 2,80
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali.	€ 6,00
90.38.5	PROTEINE	€ 1,90
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,30
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT)	€ 2,60
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,60
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	€ 2,90

90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	€ 2,90
90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	€ 9,10
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)	€ 2,60
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA	€ 6,30
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,80
90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA "a fresco" o dopo colorazione.	€ 1,90
90.68.3	IgE TOTALI	€ 19,10
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	€ 6,50
90.93.6	ESAME MICROSCOPICO CAMPIONI PER VALUTAZIONE DI IDONEITA' ALLA CULTURA	€ 3,00
90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.,almeno 10 antibiotici, o meno a seconda dei microrganismi sulla base di protocolli validati	€ 12,00

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC.

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

Note

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

* tosse cronica: > di 3 mesi resistente alla terapia

PAC PER L'ASMA BRONCHIALE (P4939)**Discipline di riferimento**

Pneumologia, Medicina generale, Allergologia, Pediatria.

Razionale

La valutazione dell'asma bronchiale (diagnostica o di follow-up) è spesso causa di ricovero ospedaliero inappropriato in DH. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare prestazioni in un regime appropriato, quando si rendano necessarie più indagini in stretto arco di tempo.

Tipologia pazienti

Soggetti caratterizzati da sintomatologia dispnoica accessoriale ricorrente o saltuaria, stagionale o perenne, non ancora diagnosticata eziologicamente, o soggetti già diagnosticati che lamentano sintomi intermittenti o persistenti, allorché una rivalutazione può prevenire le riacutizzazioni asmatiche.

Composizione del PAC

Per configurarsi il PAC per 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 viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	costo
P4939	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.	12,80
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE STANDARD [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni).	15,50
87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni.	22,20
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE CURVA FLUSSO-VOLUME E VOLUMI POLMONARI (WASH DI N2 O DiL.He)	37,20
33.24	BIOPSIA MUCOSA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] Broncoscopia (fibre ottiche) con: biopsia esfoliativa del polmone, brushing o washing per prelievo di campione, biopsia asportativa. Escluso: Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa.	129,10
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Escluso: Endoscopia con biopsia (45.16).	56,80
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita. Visita Anestesiologica pre-operatoria con valutazione del rischio anestesilogico. Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02). In caso di diagnostica per immagini visita non seguita contestualmente da prestazione strumentale.	13,60
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso.	13,70
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	5,20
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE SVC E CURVA FLUSSO-VOLUME	23,20
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	11,60
89.44.2	TEST DEL CAMMINO 6 -12 min. walking test in monitoraggio saturimetrico.	55,80
89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi.	83,70
89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE ASPECIFICO	55,80
89.37.8	SPIROMETRIA GLOBALE CON TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	43,00
Analisi cliniche		

91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	0,50
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	3,30
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	1,30
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali.	6,00
90.68.3	IgE TOTALI	19,10
90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO (Per pannello, fino a 12 allergeni)	19,10
90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	12,00
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (FINO A 12 ALLERGENI)	23,20
91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (FINO A 20 ALLERGENI)	32,50
90.27.1	GLUCOSIO Non associabile ai codici 90.26.4 e 90.26.5 .	1,70
90.16.3	Creatinina	2,60
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,80
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,80
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA	6,30

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC.

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

Note

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.