

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 23 gennaio 2009 - Deliberazione N. 102 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria – **Modifiche ed integrazioni alla deliberazione n° 2040 del 23 dicembre 2008 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007): ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione; definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi.**

Richiamata

la propria deliberazione n. 2040 del 23 dicembre 2008 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007): ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione; definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi;

Constatato

- Che nella deliberazione non è stata riportata, prima dell'ultimo periodo, la seguente frase di rito che richiama il Piano di rientro: *"Si precisa che la presente deliberazione sarà adeguata alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte del Ministero della Salute e dell'Economia in applicazione del piano di rientro collegata al piano di rientro"*
- che nell'allegato 1 e 2 della predetta deliberazione sono presenti delle inesattezze e alcuni errori relativi alla descrizione, ai codici ed alle tariffe di alcune prestazioni che compongono i PACC;

Ritenuto necessario

rettificare la delibera n. 2040 del 23 dicembre 2008 e i relativi allegati 1 e 2 integrandoli nelle parti che risultano carenti e correggendoli nelle parti errate;

Considerato

che, a tal fine, appare opportuno integrare il testo della delibera n. 2040 del 23 dicembre 2008 con la predetta frase di rito e sostituire gli allegati 1 e 2 della stessa deliberazione con le versioni corrette degli stessi, parimenti denominati, allegati alla presente deliberazione;

L'Assessore alla Sanità propone e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

Per tutto quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato ed approvato:

- di rettificare la deliberazione di Giunta regionale n.2040 del 23 dicembre 2008, aggiungendo al testo della stessa, prima dell'ultimo periodo, la seguente frase: *" Si precisa che la presente deliberazione sarà adeguata alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte del Ministero della Salute e dell'Economia in applicazione del piano di rientro;*
- di sostituire gli allegati 1 e 2 con le versioni integrate e corrette degli stessi, ugualmente denominati, e che, allegati alla presente deliberazione, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che le restante parte della deliberazione n. 2040 del 23 dicembre 2008 in premessa richiamata, restano invariate;

Il presente atto viene trasmesso, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. 19 "Piano Sanitario" e 20 "Assistenza Sanitaria", ai Settori Programmazione Sanitaria, Assistenza Sanitaria e Assistenza Ospedaliera, all'Arasan, Ai direttori generali delle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.PP., IRCCS., alle associazioni regionali degli ospedali religiosi e delle case di cura private ed al Settore Stampa Documentazione ed informazione per la pubblicazione sul BURC del testo coordinato della presente deliberazione con le parti invariate della deliberazione n. 2040 del 23 dicembre 2008

Il Segretario

D'Elia

Il Presidente

Bassolino

Allegato 1

1.0 Definizione e criteri generali per l'organizzazione del Day Service

Gli impegni assunti dalla regione Campania con il piano di rientro dal disavanzo, con la DGRC 460/2007 riguardano anche la riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti che, gradualmente, dovrà raggiungere il valore del 180 per 1000 senza che venga meno la capacità del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie. La DGRC 546/2007, da ultima, ha individuato, quale azione essenziale per il raggiungimento di questo obiettivo, il trasferimento di quote significative di ricoveri inappropriati verso modelli assistenziali di minore intensività, a parità di efficacia, con un utilizzo più appropriato ed efficiente delle risorse. Il trasferimento delle prestazioni di ricovero dovrà avvenire sia dal regime ordinario verso il DH, e ciò vale, in particolare, per le prestazioni chirurgiche, sia dal regime di ricovero ordinario e di DH verso l'assistenza ambulatoriale, e ciò vale in particolare per i ricoveri di tipo medico diagnostico che attualmente fanno registrare un'elevata quota di inappropriata soprattutto in Day hospital. Le azioni intraprese negli ultimi 5 anni dalla regione per promuovere l'appropriatezza hanno determinato una riduzione dei ricoveri acuti ordinari per trasferimento verso il regime diurno; non si è, però, assistito ad una riduzione complessiva dei ricoveri in quanto l'incremento dei ricoveri in day hospital è andato oltre la quota di trasferimento dal regime ordinario. Solo nel 2007, per la prima volta si è registrata una modesta riduzione del numero dei ricoveri probabilmente a seguito delle disposizioni contenute nella DGRC 546/2007. Proprio per evitare il ricorso improprio all'ospedalizzazione, in particolare quella relativa al day hospital medico diagnostico, nella DGRC 546/2007 sono stati definiti chiari criteri di appropriatezza per l'accesso al day hospital medico ed azioni orientate a promuovere il trasferimento verso l'assistenza specialistica ambulatoriale; quest'ultima rappresenta la modalità assistenziale più appropriata per la gran parte delle prestazioni attualmente erogate in day hospital medico per motivi diagnostici; inoltre, con lo stesso provvedimento, è stato introdotto il modello assistenziale del day service ambulatoriale che rappresenta una modalità organizzativa ambulatoriale innovativa adatta ad affrontare problemi assistenziali che, pur non necessitando di ricovero, richiedono, per la complessità delle problematiche da affrontare e delle prestazioni da erogare, la presa in carico del paziente.

1.1 Criteri di accesso al day service ambulatoriale

Il day service ambulatoriale è una modalità organizzativa dell'assistenza ambulatoriale che presenta caratteristiche intermedie tra il ricovero in day hospital e le prestazioni specialistiche ambulatoriali tradizionali. E' finalizzato alla gestione di problemi clinici e bisogni assistenziali, la cui soluzione, pur non necessitando di ricovero, richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari, spesso complesse e/o invasive che coinvolgono almeno 2 diverse branche specialistiche oltre quelle di laboratorio di analisi e di diagnostica per immagini, e che rientrano in specifici percorsi diagnostici centrati sul problema clinico del paziente e non sulle singole prestazioni; per fornire adeguata risposta assistenziale a detti bisogni si rende necessario un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice che si sostanzia nella presa in carico complessiva del paziente non necessaria, invece, per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali tradizionali.

Nel Day Service vengono erogate prestazioni incluse in predefiniti Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) che sono costituiti da liste ragionate di prestazioni incluse nel nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, finalizzate a fornire risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie/problemi.

I PACC rappresentano lo strumento operativo dell'assistenza in day service

Il day service deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione, da parte della struttura erogatrice, delle prenotazioni in coerenza con l'iter diagnostico e in modo da

ridurre il numero di accessi all'utente. Il percorso di day service, deve, di norma concludersi entro 30 giorni dal primo accesso.

1.2 Ambito di attivazione del day service

In prima applicazione, il day service ambulatoriale è attivato solo nelle strutture di ricovero per favorire il processo di deospedalizzazione per quelle situazioni cliniche, definite al paragrafo precedente, che pur non risultando appropriatamente gestite in regime di ricovero, presentano un bisogno assistenziale non adeguatamente gestibile nell'ambito della tradizionale assistenza ambulatoriale. Successivamente, come previsto dalla delibera 546/2007, con specifici provvedimenti applicativi, questa modalità assistenziale verrà estesa anche ai poliambulatori territoriali che assicurino la presenza, al loro interno, di tutte le (o almeno una larga parte delle) discipline interessate dal percorso assistenziale.

Pertanto, in prima applicazione, l'attività del Day Service potrà essere svolta, da strutture di ricovero che già erogano prestazioni in regime di ricovero ordinario e/o day hospital. Possono erogare il day service ambulatoriale le strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate e le case di cura private provvisoriamente accreditate per l'attività ambulatoriale in una delle branche cliniche di riferimento del PACC (Laboratorio di analisi e diagnostica per immagini non sono considerate branche di riferimento per nessun PACC). Gli Istituti di ricovero pubblici e classificati e le case di cura private con accreditamento ambulatoriale devono comunicare alla ASL l'inizio dell'attività di day service, specificando i PACC erogabili con le relative modalità organizzative. Le ASL, a loro volta, dopo aver verificato il rispetto dei requisiti richiesti dalla presente delibera, autorizzerà la struttura all'erogazione dei PACC dandone comunicazione all'Area generale assistenza sanitaria dell'Assessorato alla Sanità e all'Arsan. Le A.O., A.O.P. gli IRCCS comunicheranno le medesime notizie direttamente all'Area generale assistenza sanitaria dell'Assessorato alla Sanità e all'Arsan.

2.0 Modalità operative relative all'attuazione del Day Service

2.1 Accesso al day service

1. La proposta di attivazione del Day Service per uno specifico PACC viene formulata dal medico di medicina generale, o dal pediatra di libera scelta che, utilizzando il ricettario regionale, richiederanno una visita specialistica in una delle discipline di riferimento del PACC specificando il quesito diagnostico ed il PACC da attivare;
2. Qualora lo specialista che effettua la visita valuti necessaria l'attivazione del day service compila una specifica richiesta con la quale il paziente si presenterà al CUP per effettuare la prenotazione nella lista destinata all'accesso al day service;
3. Il medico referente per il day service della U.O. ospedaliera a cui il CUP ha attribuito la gestione del paziente, nel giorno stabilito, provvederà a registrare l'accesso del paziente ed in base alle risultanze dell'anamnesi e della visita medica, indirizzerà il paziente verso il percorso ambulatoriale (PACC) adeguato prescrivendo su apposito modulo le prestazioni ritenute necessarie. Ogni PACC prevede la lista ragionata di prestazioni che trovano indicazione nella soluzione dello specifico quesito diagnostico a cui il percorso è finalizzato. Da questa lista il medico, che svolge la funzione di case manager, seleziona gli esami che ritiene utili per rispondere al quesito. Nel selezionare le prestazioni da prescrivere il medico, al fine di evitare inutili ripetizioni di indagini, terrà anche conto degli esami già precedentemente eseguiti dal paziente ed esibiti al primo accesso. Nell'ambito del day service per uno specifico PACC non potranno essere erogate prestazioni non incluse nella lista. Qualora il medico che ha in carico il paziente ritenesse utili ulteriori esami questi andranno prescritti dal medico di medicina generale del paziente ed erogati con la tradizionale modalità dell'assistenza ambulatoriale.

4. Il medico referente per il day service pianifica e coordina il percorso assistenziale, assicura la gestione efficiente delle prenotazioni per le prestazioni prescritte, raccoglie i referti ed esprime la valutazione clinica conclusiva dandone comunicazione all'assistito nel corso dell'accesso conclusivo.
5. Le prestazioni di day-service devono essere prenotate concentrando nella stessa giornata il maggior numero di prestazioni in modo da limitare il numero di accessi necessari allo svolgimento del percorso di day service che dovrà concludersi entro 30 giorni dal primo accesso;
6. Il medico della U.O. referente per i day service e l'infermiere addetto assumono, al primo accesso, la presa in carico del paziente; il medico effettua la prima visita definisce il programma diagnostico e compila l'apposita scheda clinica di day service; ogni episodio di day service dovrà essere identificato con un numero nosografico univoco all'interno dell'ospedale; la scheda clinica dovrà, riportare:
 - Il numero nosologico progressivo
 - I dati anagrafici del paziente;
 - l'inquadramento anamnestico che ha determinato l'attivazione del PACC, con indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico ed il codice identificativo del PACC in cui è inserito il paziente, l'esame obiettivo e l'annotazione dei risultati di eventuali esami diagnostici eseguiti in precedenza;
 - il programma delle prestazioni diagnostiche richieste;
 - il diario delle prestazioni erogate in day service;
 - copia dei referti relativi a tutte le prestazioni eseguite dal paziente
 - relazione clinica riassuntiva finale (conclusiva del PACC).

La documentazione clinica relativa alle prestazioni di day service dovrà riportare, inoltre, tutte le informazioni richieste dal tracciato record regionale vigente per la rilevazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali; la documentazione dovrà essere archiviata e custodita con modalità adeguate a rendere possibile la tracciabilità dell'evento e la riproduzione, in caso di richiesta del paziente;

7. Al termine del PACC dovrà essere redatta, dal medico che ha avuto in carico il paziente, la relazione conclusiva che riporti i risultati degli esami praticati, la sintesi clinica e la formulazione della diagnosi e le eventuali proposte terapeutiche; detta relazione viene consegnata al paziente che, a sua volta, la sottoporrà al proprio medico curante.

Pur essendo possibili differenti forme organizzative, nel rispetto dei criteri generali del Day Service, si ritiene che, in fase di avvio, un valido riferimento possa essere rappresentato dai modelli organizzativi già attuati e sperimentati per il DH.

2.2 Flussi informativi

La struttura erogatrice deve garantire la registrazione elettronica delle prestazioni erogate in day service rilevandole dalla prevista scheda clinica in conformità al tracciato ed alle regole di trasmissione dati in via di emanazione. Le direzioni sanitarie degli Istituti di cura che erogano il day service dovranno individuare un referente delle attività di day service che curi anche la gestione del flusso informativo

2.3 Remunerazione

La remunerazione delle prestazioni erogate in day service è regolata dalle tariffe del vigente nomenclatore della specialistica ambulatoriale come somma delle tariffe di ciascuna prestazione eseguita, a tale somma andrà aggiunta una remunerazione per le due funzioni caratterizzanti il day service che sono:

- a) la definizione del piano diagnostico ed il coordinamento clinico del percorso assistenziale,
- b) il coordinamento organizzativo e la gestione della presa in carico;

Queste funzioni vengono identificate nella seguente prestazione: “ Anamnesi e valutazione – prima visita – programma diagnostico – coordinamento clinico e organizzativo” a cui viene attribuito il codice convenzionale 89.99 che si aggiunge al nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della regione campania. La tariffa attribuita alla predetta prestazione è di €50,00 ed è stata ottenuta incrementando di circa 9 € la tariffa prevista dal vigente nomenclatore per la prestazione di “consulto definito complesso” .

Per il day service la quota massima di partecipazione alla spesa è fissata in €50,00; come per le prestazioni specialistiche ambulatoriali tale quota di partecipazione non è dovuta dai cittadini che beneficiano di esenzione dalla partecipazione alla spesa.

I medici che attivano il day service sono responsabili del rispetto dei criteri di appropriatezza dell'accesso al day service definiti al punto 1.2 del presente allegato.

I direttori sanitari degli istituti di cura in cui si erogano prestazioni di day service, attraverso le strutture deputate, sono tenuti al monitoraggio ed al controllo di appropriatezza di dette prestazioni. Le unità organizzative delle ASL responsabili delle attività di controllo degli erogatori per le prestazioni effettuate, provvederanno ad effettuare sistematici controlli anche sulle attività di day service.

3.0 Individuazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)

Come indicato nella DGR 546/07 la Regione campania ha individuato delle aree di priorità di attivazione dei PACC sulla base di una analisi condotta sui dati relativi alle dimissioni ospedaliere del 2005 e 2007 per prestazioni di day hospital medico per motivo diagnostico.

A seguito della predetta analisi vengono introdotti i seguenti Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) la cui composizione è stata definita con l'ausilio di medici specialisti delle discipline di riferimento dei PACC.

- PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria (P4011)
- PACC diagnostico ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari (P4012)
- PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide (P241)
- PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo (P250)
- PACC diagnostico asma (P4939)
- PACC diagnostico broncopatia cronica ostruttiva (P 4912)
- PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia (P5715)
- PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia (P5714)
- PACC diagnostico menopausa (P627)

Lo sviluppo dell'assistenza ambulatoriale, sia con le modalità tradizionale che di Day Service, rappresenta un obiettivo prioritario del Servizio Sanitario Regionale per ridurre l'ospedalizzazione inappropriata a partire dal DH medico diagnostico

E' auspicabile, quindi, l'introduzione di ulteriori PACC e a tal fine i soggetti di seguito individuati sono invitati a formulare, secondo la procedura di seguito riportato, ulteriori PACC per la riduzione dei ricoveri inappropriati.

4.0 Procedura per introdurre o aggiornare PACC

L'esperienza che gli erogatori acquisiranno attraverso l'attivazione dei presenti PACC sarà da stimolo per individuare, in base ai vari contesti assistenziali locali, altre aree di patologia per l'attivazione di nuovi PACC

Le proposte di introduzione di PACC possono essere effettuate dai seguenti soggetti:

- AASSLL (Aziende Sanitarie Locali),
 - ARSAN,
 - Aziende Ospedaliere,
 - Aziende ospedaliere dei Policlinici Universitari,
 - Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico,
 - Ospedali classificati,
 - Società Medico scientifiche
 - Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), Specialisti ambulatoriali tramite le proprie associazioni scientifiche,
 - Case di cura accreditate (CdC) per l'attività ambulatoriale in branche a visita attraverso l'ASL competente per territorio,
- Le proposte di introduzione di nuovi PACC devono essere inoltrate all' ARSAN e devono contenere:
- la specificazione della/e disciplina di riferimento del PACC
 - l'indicazione del rationale
 - la tipologia di pazienti cui è rivolto
 - le singole prestazioni erogabili nel PACC scelte tra quelle contenute nel nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con relativo codice e tariffa
 - eventuale bibliografia di accompagnamento

4.1 Criteri per la individuazione di PACC da introdurre

- La scelta delle patologie o problemi per i quali proporre un nuovo PACC di Day Service standardizzato deve essere fatta utilizzando, quale criterio di priorità, la prevalenza delle problematiche cliniche presenti nella popolazione e la prevalenza dei ricoveri di tipo medico diagnostico soprattutto di day hospital al fine di trasferire quote significative di ricoveri impropri verso l'assistenza ambulatoriale;
- Possono essere proposti PACC per problemi clinici la cui soluzione richieda l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime, multidisciplinari e complesse, alle quali concorrano, oltre alla radiologia ed al laboratorio di analisi, almeno altre due branche specialistiche e un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo con la presa in carico del paziente;
- Per ciascun PACC dovrà essere definita la lista ragionata delle prestazioni diagnostiche e strumentali e delle consulenze specialistiche che trovano indicazione per la definizione della diagnosi sulla base delle evidenze disponibili. Le prestazioni che compongono il PACC sono, di norma quelle incluse, nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale;
- Le proposte di nuovi PACC verranno periodicamente valutate da uno specifico Gruppo tecnico, istituito presso l'ARSAN, costituito con provvedimento del Direttore Generale dell'Arsan, che avrà il compito di valutare le proposte di nuovi PACC ed aggiornare e/o

integrare i PACC già attivati; detto gruppo tecnico potrà richiedere, nell'esame delle proposte, il contributo di medici specialisti;

- Le proposte di PACC che superano positivamente la valutazione saranno trasmesse, corredate di adeguata documentazione, all' Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria, per la valutazione finale e l'eventuale'adozione;

L'iter per l'introduzione o modifica dei PACC erogabili in Day Service, sarà il seguente:

- 1) Le proposte inviate all'arsan verranno registrate e catalogate in uno specifico archivio;
- 2) Le proposte saranno valutate in merito al rispetto delle modalità di invio e sulla conformità rispetto ai criteri fissati per l'attivazione dei PACC;
- 3) Al termine della valutazione l'esito della proposta potrà essere il seguente:
 - potrà essere motivatamente respinta,
 - potranno essere richiesti ulteriori approfondimenti,
 - potrà essere accettata e proposta all'Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria per la valutazione finale.

La procedura dovrà essere concluso entro tre mesi dalla presentazione della richiesta del PACC.

Allegato 2

Modifiche al metodo di applicazione delle soglie massime di ammissibilità di ricovero per i DRG medici a rischio di inappropriatezza all. q DGRC 546/2007 della lista

Alla luce dei criteri di appropriatezza dell'accesso al ricovero in DH diagnostico per patologie di tipo medico definito dalla DGRC 546/07 si rende necessario modificare il vigente metodo di applicazione delle soglie massime di ammissibilità di ricovero relativamente ai DRG medici a rischio di inappropriatezza dell'All. 1 DGRC 546/07.

Il nuovo sistema prevede che, per i suddetti DRG, le percentuali relative alle soglie massime dei ricoveri ordinari maggiori di 1 giorno indicati nella DGRC 546/07 saranno utilizzate per fissare, il numero massimo di dimissioni erogabili, per ciascun Istituto e per ogni DRG, sulla base del numero di dimissioni dell'ultimo anno precedente disponibile.

Con il nuovo metodo di calcolo verranno, quindi, stabiliti a priori, per ciascun istituto e per ciascun DRG:

- il numero massimo di dimissioni ammissibili in regime ordinario con durata di degenza maggiore di un giorno
- il numero massimo di dimissioni ammissibili in day hospital o in ordinario 0-1 giorni.

Il numero massimo di dimissioni ammissibili per i DRG medici inclusi nella lista di cui all'allegato 1 della delibera 546/2007 sarà calcolato applicando le soglie percentuali di ammissibilità indicate in detto allegato 1 alle dimissioni dell'anno 2007.

Di seguito viene riportato in dettaglio la esemplificazione del metodo.

Per ciascun Istituto di cura il n. di dimissioni ammissibili per ricoveri acuti e per i DRG medici si calcola nel modo seguente.

N. Dimissioni in regime ordinario di durata Superiore ad 1 giorno

Il n. di dimissioni ammissibili, per l'anno 2009, si ottiene moltiplicando, per ciascun DRG, la relativa soglia % di ammissibilità in regime ordinario > 1 gg per il n. totale delle dimissioni dello stesso DRG dell'anno precedente 2007. **Il risultato ottenuto costituirà il “numero di dimissioni attese in regime ordinario > di 1 gg nel 2009. Il “numero massimo di dimissioni ammissibili in regime ordinario > di 1 gg per il 2009 sarà dato dal “numero di dimissioni attese” incrementato di un ulteriore 10% che costituisce la quota di flessibilità incrementale tollerata.**

Es.: DRG 134 - Soglia max. di ammissibilità ordinari > 1gg = 14%

N. Dimissioni totali DRG 134 - anno 2007 - istituto XXX = 1000

N. Dimissioni ordinari > 1gg attese nel 2009 = 1000 * 14% = 140

N. massimo di dimissioni ordinari > 1gg ammissibili nel 2009 = 140 + 10% = 154

Per i ricoveri ordinari > di 1 giorno eccedenti il valore massimo ammissibile, come previsto dalla delibera 4846 del 2002, si applicherà la tariffa corrispondente ad un unico accesso di DH del relativo DRG

Numero di Dimissioni in regime di DH

Con il metodo utilizzato fino al 2007 potevano essere erogati in DH (o in ordinario di 0-1 giorni) tutti i ricoveri i eccedenti la soglia massima di ammissibilità dei ricoveri ordinari maggiori di 1 giorno

Ad esempio per il DRG 134, essendo la soglia massima di ricoveri in regime ordinario > di 1 giorno pari al 14% di tutti i ricoveri acuti per quel DRG, ne derivava che i ricoveri ammissibili in DH più quelli in regime ordinario con durata 0-1 giorni sarebbero stati pari alla percentuale dell'86% (reciproco a 100 di 14%.) del totale dei ricoveri acuti.

Questa metodologia di calcolo che rendeva ammissibili, in pratica, tutti i ricoveri in DH e in regime ordinario di 0-1 giorni va, necessariamente, modificata alla luce della introduzione dei criteri di appropriatezza di accesso al DH medico diagnostico previsti dall'all. 2 della DGRC 546/07.

Infatti l'obiettivo della predetta delibera è la sensibile riduzione del numero di questo tipo di ricoveri che risultano largamente inappropriati. Con il presente provvedimento si stabilisce che nel 2009, si dovrà realizzare una riduzione dei ricoveri in DH di tipo medico diagnostico che, per ciascun istituto di cura, dovrà essere almeno del 50% rispetto al valore osservato nel 2007

Esempio di calcolo

DRG 134: Soglia massima di ammissibilità per i ricoveri ordinari > 1gg = 14%

e quindi

la percentuale di ricoveri in DH e ordinari 0-1 giorno attesi sarebbe stata = $100\% - 14\% = 86\%$ (che costituisce il valore reciproco di 100%)

Se il numero di dimissioni totali per il DRG 134 nel 2007 è stato = 1.000

Il numero di dimissioni in DH e ordinari 0-1 giorno attese nel 2008 sarà = $1.000 * 86\% = 860$

Il numero massimo di dimissioni in DH e ordinario 0-1 giorno ammissibili nel 2008 sarà = $860 - 40\% = 516$

Per i ricoveri in DH e ordinari 0-1 giorno eccedenti il numero massimo ammissibile non sarà corrisposta alcuna remunerazione.

Anche per i ricoveri di DH medico di tipo diagnostico attribuiti a DRG non inclusi nell'Allegato 1 della DGRC 546/07 appare molto elevata la quota di inappropriatezza e pertanto, nel 2009, si dovrà realizzare una riduzione significativa della numerosità anche per questi ricoveri nel rispetto dei criteri di appropriatezza dell'accesso al DH medico diagnostico fissati dalla DGRC DGRC 546/07.

A tal fine I Direttori Generali delle ASL, A.O. A.O.P. IRCCS dovranno garantire tutte le azioni ritenute utili alla riduzione dei ricoveri acuti in DH medico di tipo diagnostico inappropriati responsabilizzando a tal fine I responsabili delle U.O. di degenza, e i direttori sanitari degli Istituti di cura pubblici e privati provvisoriamente accreditati.

PACC DIAGNOSTICO PER MALATTIE TIROIDEE (P241)**Discipline di riferimento**

Endocrinologia, Medicina Generale, Chirurgia generale,

Razionale

La patologia tiroidea, ed in particolar modo quella nodulare, è oggetto di numerosi ricoveri ospedalieri di tipo medico, principalmente per motivi diagnostici sia in regime ordinario che in DH. Una quota di questi ricoveri, soprattutto quelli in DH risulta sicuramente inappropriata alla luce dei criteri di appropriatezza del DH medico diagnostico definiti dal DGRC 546 del 30 marzo 2007. Pertanto una larga quota delle prestazioni attualmente erogate in regime di ricovero per la diagnostica delle patologie tiroidee soprattutto se in DH potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici indicati nell'All. 3 della DGRC 546/2007; Il PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sospetta patologia tiroidea, nodulare e non, che necessitano di un approfondimento diagnostico che permetta una diagnosi precisa e la relativa proposta terapeutica

Composizione del PACC

Per configurarsi il PACC diagnostico per Malattia Tiroidea deve risultare necessaria l'erogazione di almeno 3 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente della struttura accettante sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca di laboratorio di analisi, possono essere eseguite una sola volta nell'ambito dell'episodio di Day Service

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Note
89.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PRIMA VISITA - PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 50,00	
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	€ 83,15	
87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO	€ 83,15	
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/DU]	€ 2,78	
90.11.5	CALCITONINA	€ 17,20	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,70	
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	€ 17,20	
90.41.5	TIREOGLOBULINA (TG)	€ 17,20	
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 17,20	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 17,20	In caso di sospetta tiroidite autoimmune
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 17,20	In caso di sospetta tiroidite autoimmune
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (ABTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (ABTPO)	€ 17,20	solo in presenza di Ipertiroidismo
90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	€ 22,78	solo in sospetta tireotossicosi fictitia
90.54.4	TGAB	€ 17,20	

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Note
91.48.1	AGOASPIRATO ECOGUIDATO DEI NODULI TIROIDEI	€ 41,83	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,07	
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 33,36	
88.71.4	ECOGRAFIA TIROIDEA ('DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO)	€ 28,41	solo in presenza di esoftalmo

Note

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

PACC IPERTENSIONE ARTERIOSA - PRIMO INQUADRAMENTO O SOSPETTA IPERTENSIONE SECONDARIA (codice: P4011)
Disciplina di riferimento

Medicina generale, Cardiologia, Nefrologia

Razionale

La valutazione diagnostica dell'ipertensione arteriosa è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Pertanto un larga quota delle prestazioni attualmente erogate per l'ipertensione arteriosa soprattutto se in DH potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici indicati nell'All. 3 della DGRC 546/2007. Il PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con ipertensione moderata (PA sistolica 160-179, PA diastolica 100-109) o grave (PA sistolica \geq 180, PA diastolica \geq 110) per la valutazione diagnostica e primo inquadramento della ipertensione;

Composizione

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

Il day service per questo PACC può essere erogato solo una volta in del occasione primo inquadramento della ipertensione

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Note
89.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PRIMA VISITA- PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO ED ORGANIZZATIVO	€ 50,00	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	€ 12,91	
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 17,20	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 17,20	
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 17,20	

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Note
90.05.3	ALDOSTERONE [Siero]	€ 17,20	
90.05.3	ALDOSTERONE [Urina]	€ 17,20	
90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	€ 12,60	
90.15.3	CORTISOLO [S/U]	€ 17,20	
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	€ 17,20	
88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI	€ 34,09	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	€ 43,90	
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28	
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,70	
90.44.1	UREA [S/P/U/DU]	€ 1,70	
90.43.5	URATO [S/U/DU]	€ 1,70	
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 2,56	
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 2,78	
90.40.4	SODIO [Siero]	€ 2,76	
90.40.4	SODIO [Urina]	€ 2,76	
90.37.4	POTASSIO [Siero]	€ 2,78	
90.37.4	POTASSIO [Urina]	€ 2,78	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88	
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 4,89	
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)	€ 4,75	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 7,84	
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	€ 4,65	
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,65	
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,07	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 9,97	
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	€ 41,32	
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	€ 39,51	
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE ARTERIOSA O VENOSA	€ 39,51	
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 18,59	
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE	€ 112,33	
	Le procedure con asterisco non vanno prescritte se sono state precedentemente eseguite		

Note

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

PACC VALUTAZIONE DELLE COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DELLA IPERTENSIONE (codice: P4012)

Disciplina di riferimento

Medicina generale, Cardiologia, Nefrologia

Razionale

La valutazione diagnostica dell'ipertensione arteriosa è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Pertanto una larga quota delle prestazioni attualmente erogate per l'ipertensione arteriosa soprattutto se in DH potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici indicati nell'All. 3 della DGRC 546/2007. Il PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con ipertensione diagnosticata, in trattamento, per i quali va valutato il rischio aggiuntivo cardiovascolare; pazienti con ipertensione arteriosa e complicanze accertate cardiovascolari o renali.

Composizione

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

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Note
89.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PRIMA VISITA- PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO ED ORGANIZZATIVO	€ 50,00	
90.14.1	COLESTEROLO HDL (*)	€ 1,86	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE (*)	€ 2,28	
90.43.2	TRIGLICERIDI (*)	€ 5,17	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA] (*)	€ 1,70	
90.44.1	UREA [S/P/U/DU] (*)	€ 1,70	
90.43.5	URATO [S/U/DU] (*)	€ 1,70	
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA] (*)	€ 2,56	
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER] (*)	€ 2,78	
90.40.4	SODIO SIERICO (*)	€ 2,76	
90.40.4	SODIO URINARIO (*)	€ 2,76	
90.37.4	POTASSIO SIERICO (*)	€ 2,78	
90.37.4	POTASSIO URINARIO (*)	€ 2,78	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U] (*)	€ 2,88	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S] (*)	€ 2,88	
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. (*)	€ 4,89	
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA) (*)	€ 4,75	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] (*)	€ 7,84	
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) (*)	€ 4,65	

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Note
90.33.4	MICROALBUMINURIA (*)	€ 4,65	
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA (*)	€ 2,56	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,07	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 9,97	
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	€ 41,32	
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	€ 39,51	
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTERIOSA DEGLI ARTI INFERIORI	€ 39,51	
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 18,59	
In presenza di complicanze cardiovascolari già accertate si possono eseguire, oltre alle procedure previste per la valutazione delle complicanze e del rischio aggiuntivo cardiovascolare, anche gli esami per la valutazione funzionale delle complicanze cardiovascolari			
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	€ 44,62	
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 37,18	
89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	€ 41,83	
	Le procedure con asterisco non vanno prescritte se sono state precedentemente		

Note

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

PACC DIAGNOSTICO DIABETE COMPLICATO E/O SCREENING DELLE COMPLICANZE D'ORGANO (codice P250)
Disciplina di riferimento

Medicina generale, Endocrinologia e malattie del ricambio e della nutrizione

Razionale

La valutazione diagnostica del diabete con complicanze croniche è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Pertanto una larga quota delle prestazioni attualmente erogate, soprattutto se in DH, potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici indicati nell'All. 3 della DGRC 546/2007. Il PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale.

Non è ammissibile il day service per il follow-up del diabete non complicato

Tipologia di pazienti

Pazienti diabetici con complicanze d'organo e/o pazienti diabetici che devono effettuare screening annuale per le complicanze

Composizione

Per configurarsi il PACC di diabete complicato devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate

come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente della struttura accettante sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PACC. Questo PACC può essere fatto una sola volta in un anno.

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Note
89.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PIMA VISITA- PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO ED ORGANIZZATIVO	€ 50,00	

Complicanze vascolari e piede diabetico

88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 20,92	
86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 15,34	
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	€ 39,51	

Complicanze cardiologiche

89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 37,18	
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	€ 16,73	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 9,97	
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	€ 44,62	
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	€ 37,18	

Complicanze renali

88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	€ 43,90
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 2,56
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,76

Complicanze neurologiche

89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 18,59	
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA	€ 10,33	
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA	€ 10,33	

Complicanze oculistiche (in caso di emorragia retinica nel PACC può essere compreso la riparazione di di lacerazione della retina cod. 14..34)

95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 18,59	
14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)	€ 45,45	
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 7,75	
95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	€ 7,75	
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	€ 3,87	
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	€ 41,83	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88	
90.11.1	C PEPTIDE	€ 17,20	
90.11.2	C PEPTIDE: DOSAGGI SERIATI DOPO TEST DI STIMOLO (5)	€ 43,41	
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86	
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28	
90.15.1	CORPI CHETONICI	€ 0,77	
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)	€ 1,96	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,70	

90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA	€ 10,59
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,65
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 2,78
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	€ 4,65
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 2,76
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.43.5	URATO [S/U/DU]	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 4,89
90.64.5	FIBRINA/FIBRINOGENO:PROD.DEGRAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	€ 13,53
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	€ 8,31
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	€ 2,58
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,07
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	€ 10,33
93.82.1	TERAPIA EDUCAZ. DIABETICO.PER SEDUTA INDIVIDUALE	€ 4,39
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	€ 12,91

Al fine di evitare inutili e dispendiose ripetizioni gli esami ematochimici non vanno effettuati qualora siano già stati precedentemente eseguiti

Note

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

PACC BRONCOPOATIA CRONICA OSTRUTTIVA (codice: P 4912)

Disciplina di riferimento

Medicina generale, Pneumologia,

Razionale

La valutazione diagnostica della BPCO è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in Day Hospital) non appropriato. Pertanto una larga quota delle prestazioni attualmente erogate, soprattutto se in DH, potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici indicati nell'All. 3 della DGRC 546/2007. Il PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con diagnosi clinico strumentale accertata di BPCO, in condizioni di stabilità clinica, ma con uno stadio di malattia che abbia determinato un livello di insufficienza respiratoria latente (da sforzo) o comunque non tale da condizionare la necessità di trattamento in ossigenoterapia domiciliare a lungo termine ($PaO_2 > 60$ mmHg). I pazienti che presentano la malattia in fase iniziale (senza segno alcuno di insufficienza respiratoria) vanno assistiti attraverso il regime ambulatoriale tradizionale

Composizione

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

nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle di laboratorio di analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PACC.

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Note
88.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PRIMA VISITA- PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO ED ORGANIZZATIVO	€ 50,00	
33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]	€ 43,59	
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	€ 15,49	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	€ 12,91	
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 14,87	
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 23,24	
89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO	€ 44,62	
89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	€ 66,93	
89.44.2	TEST DEL CAMMINO	€ 44,62	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 9,97	
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	€ 13,69	
89.7	VISITA GENERALE	€ 18,59	
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	€ 6,30	
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 2,56	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,70	
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 2,78	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 7,84	
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 2,76	
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 4,89	
90.68.1	IGE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO	€ 14,46	
90.68.2	IGE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	€ 12,03	
90.68.3	IGE TOTALI	€ 17,20	
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28	
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,16	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,07	
91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (FINO A 20 ALLERGENI)	€ 29,28	
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (FINO A 12 ALLERGENI)	€ 20,92	

Note

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

PACC DIAGNOSTICO DI ASMA BRONCHIALE (codice: P 4939)

Disciplina di riferimento

Medicina generale, Pneumologia,

Razionale

La valutazione diagnostica dell'asma bronchiale è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Pertanto un larga quota delle prestazioni attualmente erogate, soprattutto se in DH, potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici indicati nell'All. 3 della DGRC 546/2007II PACC

rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale. e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

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

Composizione

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

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Nota
88.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PRIMA VISITA- PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO ED ORGANIZZATIVO	€ 50,00	
33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]	€ 43,59	
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	€ 15,49	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	€ 12,91	
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 14,87	
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 23,24	
89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO	€ 44,62	
89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	€ 66,93	
89.44.2	TEST DEL CAMMINO	€ 44,62	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 9,97	
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	€ 13,69	
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	€ 6,30	
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 2,56	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,70	
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 2,78	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 7,84	
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 2,76	
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 4,89	
90.68.1	IGE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO	€ 4,46	
90.68.2	IGE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	€ 12,03	
90.68.3	IGE TOTALI	€ 17,20	
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,28	
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,16	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,07	
91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (FINO A 20 ALLERGENI)	€ 29,28	
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (FINO A 12 ALLERGENI)	€ 20,92	

Note

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

PACC Epatite cronica ogni eziologia (P5714)

Disciplina di riferimento

Medicina generale, Gastroenterologia, Malattie infettive

Razionale

La valutazione diagnostica dell'epatite cronica è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Pertanto un larga quota delle prestazioni attualmente erogate, soprattutto se in DH, potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici indicati nell'All. 3 della DGRC 546/2007II PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con ipertansaminasemia 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

Composizione

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

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Nota
89.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PRIMA VISITA - PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 50,00	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) Sierica	€ 2,88	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) Sierica	€ 2,88	
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) Sierica	€ 1,24	
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40	
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87	
90.38.4	ELETTROFORESI DELLE PROTEINE Sieriche	€ 7,84	
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 4,89	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,70	
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 2,56	
90.22.5	FERRO Sierico	€ 2,56	
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA Sierica	€ 17,2	
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,66	
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,45	
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,44	
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 8,26	
90.54.4	ANTICORPI ANTITIREOGLOBULINA	€ 17,20	
90.51.4	ANTICORPI ANTITIREOPERROSSIDASI	€ 17,20	
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBSAG	€ 17,20	
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAG	€ 17,20	
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 17,20	

91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	€ 61,97	se HCV positivo
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] HCV RNA QUANTITATIVO	€ 61,97	
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	€ 12,03	se HBV positivo
91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	€ 21,01	
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBEAG	€ 17,20	
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBEAG	€ 17,20	
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 9,97	

Note

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

PACC Cirrosi epatica ogni eziologia (P5715)**Disciplina di riferimento**

Medicina generale, Gastroenterologia, Malattie infettive,

Razionale

La valutazione diagnostica dell'cirrosi epatica è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Pertanto un larga quota delle prestazioni attualmente erogate, soprattutto se in DH, potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici indicati nell'All. 3 della DGRC 546/2007II PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale.

Tipologia di pazienti

Soggetti con sospetta cirrosi epatica di eziologia virale e non, senza scompensi in atto, che necessitino di inquadramento e stadiazione ed eventuale indicazione terapeutica. Cirrosi ad eziologia virale note in cui si debba valutare l'indicazione a trattamenti antivirali

Composizione

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

Codice	Descrizione prestazione	Tariffa	Nota
89.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PRIMA VISITA - PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 50,00	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) Sierica	€ 2,88	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) Sierica	€ 2,88	
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) Sierica	€ 1,24	
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40	

90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87	
90.38.4	ELETTROFORESI DELLE PROTEINE Sieriche	€ 7,84	
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 4,89	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,70	
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 2,56	
90.22.5	FERRO Sierico	€ 2,56	
90.42.4	TRANSFERRINA (CAPACCIT+ FERROLEGANTE)	€ 3,98	
90.42.5	TRANSFERRINA sierica	€ 5,16	
90.12.5	CERULOPLASMINA	€ 5,68	
90.45.4	ZINCO Urinario	€ 6,25	
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA Sierica	€ 6,30	
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,66	
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,45	
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,44	
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 8,26	
90.54.4	ANTICORPI ANTITIREOGLOBULINA	€ 17,20	
90.51.4	ANTICORPI ANTITIREOPERROSSIDASI	€ 17,20	
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBSAG	€ 17,20	
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAG	€ 17,20	
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 17,20	
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	€ 61,97	se HCV positivo
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] HCV RNA QUANTITATIVO	€ 61,97	
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	€ 12,03	
91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	€ 21,01	se HBV positivo
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBEAG	€ 17,20	
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBEAG	€ 17,20	
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 9,97	
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	€ 45,45	in caso di ipertensione portale

Note

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

PACC controllo della menopausa (P627)

Disciplina di riferimento

Oostetricia e ginecologia

Razionale

Alla diagnosi di menopausa deve una azione di valutazione clinica ed informazione da parte del sanitario consultato. Il raggiungimento della menopausa non giustifica un interventismo diagnostico se non motivato da situazioni particolari che spetta al medico ricercare ed affrontare se eventualmente presenti. La valutazione clinica va ripetuta con cadenza biennale o annuale in caso venga effettuata terapia ormonale. La

valutazione della menopausa è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Pertanto una larga quota delle prestazioni attualmente erogate, soprattutto se in DH, potranno essere eseguite in maniera più appropriata ed efficiente in regime ambulatoriale tradizionale oppure, in Day Service, quando sussistano i criteri clinici indicati nell'All. 3 della DGRC 546/2007. Il PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale.

Tipologia di pazienti

Donne in menopausa

Composizione

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

Codice	Descrizione	Tariffa	Note
88.99	ANAMNESI E VALUTAZIONE - PRIMA VISITA - PROGRAMMA DIAGNOSTICO - COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 50,00	
89.26	VISITA GINECOLOGICA	€ 18,59	
89.7	VISITA GENERALE	€ 18,59	
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 17,43	
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	€ 12,91	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 9,97	
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,07	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) sierica	€ 2,88	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) sierica	€ 2,88	
88.73.5	ECO (COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	€ 39,51	
90.11.4	CALCIO TOTALE sierico	€ 2,78	
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	€ 27,89	
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	€ 43,38	
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 34,86	Indicata, ogni due anni tra 50 e 70 anni.
68.12.1	ISTEROSCOPIA	€ 15,29	
67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA]	€ 15,29	
88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO	€ 21,17	
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP TEST]	€ 5,17	a cadenza triennale raccomandato fino a 65 aa
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) sierica	€ 17,20	

Note

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