

Allegato 4

MISURE PER PROMUOVERE L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA.

PREMESSA

L'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere rappresenta un attributo inderogabile del servizio sanitario regionale, al fine di perseguire obiettivi di qualità professionale, di efficacia e di uso efficiente delle risorse.

Indirizzo strategico prioritario della Regione è il potenziamento dei servizi territoriali e delle forme di assistenza alternative al ricovero, al fine di riqualificare l'assistenza ospedaliera mediante il trasferimento di parte dell'attività di ricovero ordinario verso modalità di erogazione più appropriate, in primo luogo l'attività ambulatoriale e di day hospital.

Per il 2006, si individua quale azione essenziale all'interno del SSR 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.

L'obiettivo atteso è quello di una sostanziale riduzione del tasso di ospedalizzazione dei residenti senza che venga meno la capacità da parte del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie.

Le strutture ospedaliere sono chiamate: a) ad operare secondo criteri di appropriatezza; b) a mettere in atto tutte le misure utili a livello locale per favorire il trasferimento di attività verso i regimi più appropriati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme regionali; c) a potenziare e qualificare l'assistenza ambulatoriale, innanzi tutto attivando ed organizzando con adeguata dotazione di risorse la modalità ambulatoriale del Day Service, dove dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in day hospital.

Al fine di accompagnare e favorire questo processo di deospedalizzazione, irrinunciabile ai fini di un corretto funzionamento del SSR, viene dato mandato all'Agenzia di Sanità Pubblica di produrre in collaborazione con le sezioni regionali delle Società Scientifiche competenti, linee di indirizzo rivolte ad individuare nelle diverse discipline il livello di erogazione più appropriato per i diversi profili di diagnosi e cura. Per il 2006, vengono individuati come ambiti prioritari le discipline di oncologia, di endocrinologia e diabetologia e di pneumologia.

Le misure previste per l'anno 2006 e riportate nel presente allegato riguardano:

1. le soglie regionali per le prestazioni ospedaliere in ricovero ordinario a rischio di inappropriatezza;
2. l'attività di Day Hospital medico;
3. l'attività ambulatoriale.

1) SOGLIE REGIONALI PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

Le soglie di ammissibilità previste dalla DGR 731/05 hanno valore per l'attività ospedaliera svolta, nel 2005, successivamente alla data di pubblicazione sul BURL della delibera stessa. L'attività svolta nello stesso anno ma precedentemente a tale data verrà valutata sulla base delle soglie di ammissibilità previste dalla DGR 602/04.

Le simulazioni effettuate con la versione 19 del sistema di classificazione DRG hanno evidenziato piccolissime variazioni, rispetto alla versione 10, nell'attribuzione dei ricoveri a 69 dei 70 DRG sottoposti a soglia di ammissibilità, e tali variazioni non producono differenze significative nel calcolo delle soglie con il metodo APPRO. Fa eccezione il DRG 222 (interventi sul ginocchio senza CC) che non è più valido nella versione 19 del sistema DRG ed i cui casi confluiscono nel DRG 503 (interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione) insieme a quelli del DRG 221 (interventi sul ginocchio con CC).

Pertanto vengono confermate per l'anno 2006 le soglie di ammissibilità già previste dalla DGR 731/05, con la sola eccezione del DRG 503, che sostituisce il DRG 222, per il quale la soglia, di nuova introduzione, è stata calcolata sulla casistica del 2004.

Le soglie sono riportate nelle tabelle A e B.

Così come previsto dalle precedenti deliberazioni, le prestazioni di ricovero ordinario per acuti prodotte da ciascun soggetto erogatore che, a decorrere dal 1/1/06, 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 o, in caso di DRG medico, con la tariffa pari ad un accesso del corrispondente day hospital medico. La diversa remunerazione conseguente alla riclassificazione dei ricoveri incide direttamente nel valore complessivo della produzione dell'anno 2006, prima della verifica del rispetto del budget da parte delle strutture erogatrici.

Monitoraggio dei comportamenti - Sanzioni

Quanto previsto dalla DGR 731/05 in merito al monitoraggio dei comportamenti e relative sanzioni (punto 1 dell'allegato 5) viene applicato sull'attività ospedaliera del 2005 svolta successivamente alla data di pubblicazione sul BURL della delibera stessa.

Anche per l'anno 2006, al fine di verificare la presenza di comportamenti delle strutture erogatrici volti ad aggirare gli effetti delle soglie di ammissibilità, verranno monitorati i seguenti indicatori:

- Proporzioni di ricoveri ordinari standard (degenza > 1 giorno ed inferiore valore soglia DRG specifico) appartenenti ai 70 DRG per i quali è prevista una soglia di ammissibilità con sottoclasse APR-DRG di gravità o di rischio di morte superiore alla minima sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai 70 DRG per i quali è prevista una soglia di ammissibilità
- Proporzioni di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 16, 18, 24 e 34 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 16, 17, 18, 19, 24, 25, 34 e 35
- Proporzioni di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 46 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 46 e 47

- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 68 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 68 e 69
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 96, 99, e 101 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 96, 97, 99, 100, 101 e 102
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 130, 132, 141 e 144 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 130, 131, 132, 133, 141, 142, 144 e 145
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 157, 159, 161, 182 e 188 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 157, 158, 159, 160, 161, 162, 182, 183, 188 e 189
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 205 e 207 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 205, 206, 207 e 208
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 244 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 244 e 245
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 269, 277 e 280 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 269, 270, 277, 278, 280 e 281
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 300 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 300 e 301
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 320, 323, 325, 328 e 331 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 320, 321, 323, 324, 325, 326, 328, 329, 331 e 332
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 169 sul totale dei ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 169 ed al DRG 187.
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 228 e 229 sul totale dei ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 006, 228 e 229.
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 268 sul totale dei ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 268 ed al DRG 055.

Questi indicatori vengono monitorati dall'ASP sulle attività del I e del II semestre 2006 di tutte le strutture ospedaliere per acuti. Qualora per una struttura venga evidenziato a carico di uno o più indicatori un incremento superiore al 20% del valore registrato nell'analogo periodo del 2005, l'ASP, verificato che tale incremento non sia addebitabile all'introduzione della versione 19 del sistema di classificazione DRG, provvederà a selezionare un campione statisticamente significativo dei ricoveri considerati al numeratore degli indicatori per i quali è stato riscontrato l'incremento. I ricoveri costituenti il campione saranno sottoposti a controllo analitico da parte delle ASL competenti in base alla normativa regionale vigente in tema di controlli esterni (DRG 1178/03).

I controlli sul campione contribuiscono a tutti gli effetti al raggiungimento del volume minimo obbligatorio di controlli previsto per le ASL dalla normativa vigente e riguardano la congruenza tra contenuto della scheda di dimissione ospedaliera e quanto riportato in cartella clinica.

Pertanto, nell'ambito del Sistema regionale dei controlli esterni, nel corso del II semestre 2006 vengono monitorati gli indicatori ed effettuati gli eventuali controlli relativamente all'attività ospedaliera del I semestre 2006, mentre nel corso del I semestre 2007 sono monitorati gli indicatori ed effettuati gli eventuali controlli relativamente all'attività ospedaliera del II semestre 2006.

I risultati dei controlli, in termini di diversa valorizzazione economica degli episodi di ricovero, seguono l'iter previsto dalle norme regionali in materia, inoltre, costituiscono l'elemento sulla base del quale applicare le sanzioni previste dall'art. 70 della L.R. n. 2/03, secondo lo schema seguente.

% di ricoveri con incongruenze della codifica	Conseguenze economiche e sanzioni
< 40%	Diversa valorizzazione economica dei ricoveri attribuiti ad altro DRG.
> 40% e < 60%	Diversa valorizzazione economica dei ricoveri attribuiti ad altro DRG; Sanzione pari al 50% del fatturato DRG dei ricoveri dai quali è stato estratto il campione controllato.
> 60%	Diversa valorizzazione economica dei ricoveri attribuiti ad altro DRG; Sanzione pari al 70% del fatturato DRG dei ricoveri dai quali è stato estratto il campione controllato.

Ai fini delle conseguenze economiche descritte in tabella, vengono considerate incongruenze della codifica solo quelle che determinano l'attribuzione del ricovero ad un diverso DRG o, per l'evento verificato con il primo indicatore, l'attribuzione al valore minimo della sottoclasse APR-DRG di gravità o di rischio di morte.

Le modalità di irrogazione delle sanzioni saranno definite con apposito provvedimento regionale.

TABELLA A

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

DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29/11/01

DRG	Tipo	Descrizione	Criteri di selezione della casistica	Soglia di ammissibilità
006	C	DECOMPRESSIONE TUNNEL CARPALE		0,0
019	M	MAL. NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC		19,6
025	M	CONVULSIONI E CEFALEA, ETÀ >17 SENZA CC		30,2
039	C	INT. SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA		0,8
040	C	INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA, ETÀ >17		2,2
041	C	INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA, ETÀ <18		55,0
042	C	INT. INTRAOCULARI ESCL. RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	Escluso codici 11.6_ (trapianto di cornea)	16,0
055	C	MISCELLANEA INT. SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		46,4
065	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO		49,5
119	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE		9,5
131	M	MAL. VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC		25,7
133	M	ATEROSCLEROSI SENZA CC		18,5
134	M	IPERTENSIONE		13,9
142	M	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC		65,9
158	C	INT. SU ANO E STOMA SENZA CC		48,2
160	C	INT. ERNIA ESCL. INGUIN. E FEMOR., ETÀ >17 SENZA CC		71,4
162	C	INT. ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ >17 SENZA CC		27,9
163	C	INT. ERNIA, ETÀ <18		61,0
183	M	GASTROENT., MISCELL. MAL. DIGER., ETÀ >17 SENZA CC		45,5
184	M	GASTROENT., MISCELL. MAL. DIGER., ETÀ <18		34,0
187	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI		2,8
208	M	MAL. VIE BILIARI SENZA CC		56,0*
232	C	ARTROSCOPIA		32,7
243	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO		52,8
262	C	BIOPSIA MAMMELLA E ESCISS. LOCALE NON PER T.M.	Limitatamente codici 85.20 (asp. tessuto mammella) e 85.21 (asp. Locale lesione mammella)	13,0
267	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI		13,9
270	C	ALTRI INT. PELLE, SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC		3,7
276	M	PATOLOGIE NON MALIGNHE DELLA MAMMELLA		0,0
281	M	TRAUMI PELLE, SOTTOCUT. E MAMMELLA, ETÀ >17 SENZA CC		60,6
282	M	TRAUMI PELLE, SOTTOCUT. E MAMMELLA, ETÀ <18		30,0
283	M	MAL. MINORI DELLA PELLE CON CC		50,0*
284	M	MAL. MINORI DELLA PELLE SENZA CC		11,0
294	M	DIABETE ETÀ >35		7,4*
301	M	MAL. ENDOCRINE SENZA CC		5,7
324	M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC		51,6*
326	M	SEGNI, SINTOMI RENE E VIE URINARIE, ETÀ >17 SENZA CC		28,3
364	C	D&C, CONIZZAZIONE ESCL. PER T.M.		22,5
395	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ >17		20,0
426	M	NEVROSI DEPRESSIVE		11,1
427	M	NEVROSI ESCL. NEVROSI DEPRESSIVE		6,6
429	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE		22,9
467	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE		10,5

*soglie normative

TABELLA B

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

DRG	Tipo	Descrizione	Criteri di selezione della casistica	Soglia di ammissibilità
206	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCEPPO NEOPL. MAL. CIRR. NO CC.		23,7
315	C	ALTRI INTERVENTI SU RENE E VIE URINARIE	limitatamente al codice 39.27 (arteriovenostomia per dialisi renale)	0,0
342	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17		1,9
343	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18		13,9*
369	M	DIST. MESTR. E ALTRI DISTR. APPAR. RIPRODUTTIVO FEMM.		30,2
411	M	ANAMNESI DI NEPL. MAL. SENZA ENDOSCOPIA		1,5
017	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC		51,4
035	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC		20,0
047	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC		6,3
069	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC		32,3
073	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17		24,3
088	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA		49,4
097	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC		23,9
100	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC		22,2
102	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC		23,5
145	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC		50,0
185	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCEPPO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETA' > 17		14,2
189	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO Digerente ETA' > 17 SENZA CC		29,7
245	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC		8,2
247	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO		30,0
249	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SIST. MUSCOLOSCEL. E DEL TESSUTO CONNETTIVO		37,9
256	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SIST. MUSCOLOSCEL. E DEL TESSUTO CONNETTIVO		12,5
278	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC		32,9
295	M	DIABETE ETA' < 36		40,6*
321	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC		45,8
329	M	STENOSI URETRALE ETA' > 17 SENZA CC		9,7
332	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC		25,9
503	C	INT. SU GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	Limitatamente al codice 80.6 (asp. cartilagine semilunare)	23,1

*soglie normative, invariate rispetto al 2004

2) MISURE RELATIVE ALL'ATTIVITÀ DI DAY HOSPITAL MEDICO

Per l'anno 2006, rimane in vigore quanto stabilito, comprese le indicazioni transitorie, dalla DGR 731/2005 all'allegato 5, paragrafo 2 "Nuova regolamentazione dell'attività di day hospital medico", con l'esclusione delle tariffe da applicare ai ricoveri ordinari di 0-1 giorno di degenza ed ai ricoveri in day hospital del DRG 006 (decompressione del tunnel carpale) e del DRG 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) che vengono sostituite dalle nuove tariffe regionali.

Con l'abrogazione della tabella XI della DGR 713/00 e l'entrata in vigore dell'elenco delle prestazioni indicative di appropriatezza del DH medico e della lista delle procedure effettuabili in day surgery (DGR 423/2005 e direttiva ASP del 5/2005) cessa la sua efficacia la tabella X allegata alla DGR 713/2000.

2.1 PRESTAZIONI INDICATIVE DI APPROPRIATEZZA

La DGR 731/05 prevede nell'allegato 5, al punto 1 del paragrafo 2.3, la remunerabilità dei soli accessi di DH medico nei quali venga effettuata almeno una prestazione indicativa di appropriatezza.

Nella tabella C sono individuate le prestazioni indicative di appropriatezza, cioè che indicano presuntivamente il rispetto dei criteri generali di appropriatezza previsti nell'allegato 5 della DGR 731/05, ai punti 3 e 4 del paragrafo 2.1.

Tale lista entra in vigore a partire dal 1 gennaio 2006. Attraverso il SIO, per i ricoveri di DH medico, verrà verificata l'erogazione delle prestazioni, al fine della remunerazione degli accessi. Nei limiti permessi dalla SDO, dovrà risultare l'erogazione di prestazioni della lista in numero almeno pari al numero di accessi e con date differenti di effettuazione. In caso contrario, sarà remunerato un numero di accessi pari alle prestazioni segnalate.

La presenza di queste prestazioni permette la remunerabilità degli accessi su base presuntiva ma non garantisce sull'appropriatezza effettiva del ricovero sulla quale sono chiamate a vigilare le strutture erogatrici facendo riferimento ai criteri generali precedentemente richiamati.

In caso di controlli svolti nell'ambito del Sistema regionale dei controlli esterni, l'appropriatezza del singolo accesso di DH verrà valutata attraverso l'impiego del manuale PRUO-DH come previsto dalla DGR 731/05.

Rispetto alle prestazioni indicative di appropriatezza riportate nella tabella C, si precisa quanto segue.

L'impiego dei codici presenti nella lista e riguardanti la somministrazione di farmaci è da riservarsi ai soli casi in cui si renda necessario un controllo prolungato e/o un monitoraggio, anche di laboratorio, sia per la valutazione di possibili effetti collaterali che per la messa a punto della terapia farmacologia.

Il codice 94.11 di valutazione psichiatrica dello stato mentale, ai fini della remunerabilità, può essere impiegato solo per l'accesso iniziale e/o finale di un ciclo di day hospital.

L'effettuazione in regime di day hospital delle procedure in elenco non è prescrittiva, essendo possibile, in funzione del percorso diagnostico-terapeutico nel quale sono inserite e della tipologia di paziente, la loro erogazione in altri regimi assistenziali: alcune possono essere erogate anche in regime ambulatoriale e come tali sono

previste nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, mentre altre per pazienti in condizioni particolari possono richiedere il ricovero ordinario.

In presenza di pazienti particolarmente "fragili", a causa dell'età, di condizioni morbose multiple o di condizioni socio-ambientali sfavorevoli, che rendono necessario il trattamento in regime di day hospital, anche per l'effettuazione concentrata nel tempo di più prestazioni differenti da quelle riportate in tabella C, questa condizione va esplicitata e documentata in cartella clinica e segnalata nella SDO tra le diagnosi secondarie ricorrendo al codice V13.8 (anamnesi personale di altre malattie specificate), quando la fragilità è determinata prevalentemente da condizioni cliniche, oppure al codice V62.9, quando la fragilità è determinata prevalentemente da condizioni socio-ambientali.

L'Agenzia di Sanità Pubblica provvederà ad aggiornare con periodicità almeno annuale la lista di prestazioni indicative di appropriatezza ed a renderla nota con propria direttiva.

2.2 ADEGUAMENTO TARIFFARIO PER I DH FINALIZZATI AL TRATTAMENTO DI NEOPLASIE

La DGR 731/05 prevede nell'allegato 5, al punto 1.a del paragrafo 2.2, il rimborso separato tramite il flusso informativo "file F" dei farmaci chemioterapici somministrati durante gli accessi dei DH finalizzati al trattamento farmacologico delle neoplasie.

Di seguito vengono date le indicazioni operative per attivare questa particolare modalità di adeguamento tariffario, che entra in vigore a partire dal 1 gennaio 2006.

Lista dei farmaci

I principi attivi per i quali è applicabile l'adeguamento tariffario sono riportati in tabella. Tale lista è stata predisposta dal Gruppo di Lavoro istituito presso l'ASP con Decisione n.143 del 9/7/2004 in collaborazione con la sezione regionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica.

I farmaci previsti in tabella devono essere somministrati nel rispetto delle specifiche indicazioni ministeriali.

FARMACI (principio attivo)	
FLUDARABINA (fosfato)	BCG (vaccino della tubercolosi liofilizzato)
EPIRUBICINA (cloridrato)	TRASTUZUMAB
GEMCITABINA (cloridrato)	RITUXIMAB
TOPOTECAN (cloridrato)	DOXORUBICINA (liposomiale)
IRINOTECAN (cloridrato triidrato)	ALEMTUZUMAB
PACLITAXEL	BEVACIZUMAB
DOCETAXEL	CETUXIMAB
OXALIPLATINO	PREMETREXED

Viene qui ribadito che l'adeguamento tariffario rappresenta un'eccezione alla regola generale che prevede che il trattamento farmacologico svolto durante un ricovero ospedaliero venga remunerato con la tariffa DRG specifica, costruita prendendo in considerazione anche questo costo. Pertanto, nessun'altro farmaco al di fuori di quelli considerati in tabella o per il quale non vi sia una specifica previsione normativa, che viene somministrato durante gli accessi di DH, può essere registrato all'interno del flusso informativo "file F".

L'Agenzia di Sanità Pubblica provvederà a proporre, sentite le Società Scientifiche interessate, con periodicità almeno annuale la lista dei farmaci per il trattamento di neoplasie ed a renderla nota con proprio documento.

Modalità di registrazione nel flusso informativo “file F”

Le vigenti modalità di registrazione delle informazioni nel flusso informativo “file F” sono contenute nella circolare n. 6/03 dell'Assessore alla Salute e nella nota 43366/04 della Direzione Regionale SSR con la quale è stato trasmesso il “Manuale tecnico per la registrazione delle informazioni relative alla somministrazione diretta dei farmaci (flusso F)”.

Fermo restando quanto previsto e riportato in questi documenti, nel caso dei farmaci chemioterapici previsti in tabella e somministrati durante gli accessi dei DH finalizzati al trattamento farmacologico delle neoplasie, bisogna attenersi alle indicazioni di seguito riportate.

Per ogni ciclo di DH deve essere predisposto un unico blocco ricetta con un numero di record pari alle tipologie di farmaci, previsti dalla lista, somministrate.

Di seguito si riportano i campi per i quali sono previste particolari modalità di registrazione:

- Campo “presidio erogatore”
1xxxyy12 (dove xxx=codice SIO dell'ospedale che effettua il DH; yy=stabilimento ospedaliero)
- Campo “soggetto prescrittore”
Stessa informazione del campo presidio erogatore seguita da otto spazi bianchi.
- Data erogazione del farmaco
Data di dimissione dal DH, riportata anche nella scheda di dimissione ospedaliera
- Quantità farmaco
Va indicato il numero di unità (ad esempio fiale) somministrate durante l'intero ciclo di DH. Non va mai riportato il numero di confezioni del farmaco.
- Importo totale
Va riportato il costo realmente sostenuto dall'azienda per l'acquisto delle unità di farmaco somministrate durante il DH, comprensivo di IVA.

TABELLA C – PRESTAZIONI INDICATIVE DI APPROPRIATEZZA DELL'ACCESSO DI DH MEDICO

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
0101	Puntura delle cisterne
0102	Puntura ventricolare mediante catetere già impiantato
0109	Altra puntura del cranio
0111	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] delle meningi cerebrali
0113	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale
0241	Irrigazione di shunt ventricolare
0295	Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo
0331	Rachicentesi
038	Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale
0390	Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative
0391	Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia
0392	Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale
0395	Spinal blood patch
0396	Denervazione percutanea della faccetta articolare
0411	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] dei nervi cranici o periferici o dei gangli
042	Distruzione dei nervi cranici e periferici
0480	Iniezione di nervo periferico
0481	Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia
0489	Iniezione di altre sostanze
0531	Iniezione di anestetico nei nervi simpatici per analgesia
0532	Iniezione di agenti neurolitici nei nervi simpatici
0539	Altra iniezione in nervi o gangli simpatici
0601	Aspirazione nella regione tiroidea
0611	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della tiroide
0819	Altre procedure diagnostiche sulla palpebra
1423	Demolizione di lesione corioretinica mediante xenon arc fotocoagulazione
1424	Demolizione di lesione corioretinica mediante laser-fotocoagulazione
1425	Demolizione di lesione corioretinica mediante fotocoagulazione di tipo non specificato
1433	Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con xenon (laser)
1434	Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con argon (laser)
1435	Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione di tipo non specificato
1819	Altre procedure diagnostiche sull'orecchio esterno
2031	Elettrococleografia
208	Interventi sulla tuba di Eustachio
2129	Altre procedure diagnostiche sul naso
2171	Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto
2201	Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio
222	Antrotomia intranasale
240	Incisione di gengiva o di osso alveolare
2412	Biopsia dell'alveolo
2431	Asportazione di lesione o tessuto della gengiva
2439	Altri interventi sulla gengiva
2491	Estensione o approfondimento del solco linguale o labiale
2499	Altri interventi sui denti
260	Incisione delle ghiandole o dotti salivari
2611	Biopsia [agobiopsia] di ghiandola o dotto salivare
2619	Altre procedure diagnostiche sulle ghiandole e dotti salivari
310	Iniezione della laringe
3143	Biopsia [endoscopica] della laringe
3149	Altre procedure diagnostiche sulla trachea
3193	Sostituzione di stent laringeo o tracheale
3194	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella trachea
3201	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi
3326	Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] del polmone
3404	Inserzione di drenaggio intercostale
3409	Altra incisione della pleura
3422	Mediastinoscopia
3423	Biopsia della parete toracica
3424	Biopsia della pleura
3425	Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del mediastino
3472	Chiusura di toracotomia
3491	Toracentesi

3492	Iniezione nella cavità toracica
3541	Allargamento di difetto esistente del setto striale
3604	Infusione trombolitica nell'arteria intracoronaria
370	Pericardiocentesi
3725	Biopsia del cuore
3726	Stimolazione cardiaca elettrofisiologica e studi di registrazione
3778	Inserzione di pace-maker transvenoso temporaneo
3822	Angioscopia per cutanea
411	Puntura della milza
4131	Biopsia del midollo osseo
4132	Biopsia [per aspirazione] [percutanea] della milza
4191	Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
4192	Iniezione nel midollo osseo
4233	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo
4281	Intubazione permanente dell'esofago
4292	Dilatazione dell'esofago
4299	Altri interventi sull'esofago
4311	Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]
4319	Altra gastrostomia
4341	Asportazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica
4422	Dilatazione endoscopica del piloro
4443	Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale
4444	Embolizzazione mediante catetere per sanguinamento gastrico o duodenale
4449	Altro controllo di emorragia dello stomaco o del duodeno
4493	Inserzione di bolla gastrica (palloncino)
4494	Rimozione di bolla gastrica (palloncino)
4519	Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue
4527	Biopsia intestinale
4528	Altre procedure diagnostiche sull'intestino crasso
4529	Altra procedura diagnostica sull'intestino
4542	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso
4543	Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso
4614	Colostomia differita
4624	Ileostomia in due tempi
4631	Altra enterostomia in due tempi
4632	Digiunostomia [endoscopica] percutanea [PEJ]
4639	Altra enterostomia
4685	Dilatazione dell'intestino
4695	Perfusione locale dell'intestino tenue
4696	Perfusione locale dell'intestino crasso
4829	Altre procedure diagnostiche sul retto
4831	Elettrocoagulazione radicale di lesione o tessuto del retto
4832	Altra elettrocoagulazione di lesione o tessuto del retto
4833	Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante laser
4834	Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante criochirurgia
4836	Polipectomia [endoscopica] del retto
4929	Altre procedure diagnostiche sull'ano e sui tessuti perianali
4941	Riduzioni di emorroidi
4942	Iniezioni delle emorroidi
4943	Cauterizzazione delle emorroidi
4947	Rimozione di emorroidi trombizzate
5011	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del fegato
5091	Aspirazione percutanea del fegato
5092	Assistenza epatica extracorporea
5093	Perfusione localizzata del fegato
5094	Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato
5099	Altri interventi sul fegato
5101	Aspirazione percutanea della colecisti
5111	Colangiografia retrograda endoscopica [ERC]
5112	Biopsia percutanea della colecisti e dei dotti biliari
5114	Altra biopsia [endoscopica] del tratto biliare o dello sfintere di Oddi
5115	Misurazione di pressione dello sfintere di Oddi
5186	Inserzione endoscopica di tubo per drenaggio nasobiliare
5188	Rimozione endoscopica di calcoli dal tratto biliare
5196	Estrazione percutanea di calcoli dal dotto comune
5198	Altri interventi percutanei sul tratto biliare
5211	Biopsia [agobiopsia] [percutanea] [aspirazione] del pancreas

5213	Pancreatografia retrograda endoscopica [ERP]
5294	Rimozione endoscopica di calcoli dal dotto pancreatico
5297	Inserzione endoscopica di tubo per drenaggio nasopancreatico
5298	Dilatazione endoscopica del dotto pancreatico
5424	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di massa intraaddominale
5425	Lavaggio peritoneale
5491	Drenaggio percutaneo addominale
5496	Iniezione di aria nella cavità peritoneale
5497	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale
5498	Dialisi peritoneale
5499	Altri interventi sulla regione addominale
5521	Nefroscopia (chirurgica o percutanea)
5522	Pieloscopia (chirurgica o percutanea)
5523	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del rene alla cieca
5592	Aspirazione percutanea renale
5593	Sostituzione di drenaggio nefrostomico
5594	Sostituzione di drenaggio pielostomico
5595	Perfusione del rene con sostanze terapeutiche
5596	Altre iniezioni di sostanze terapeutiche nel rene
5631	Ureterosopia
5632	Biopsia percutanea dell'uretere
5633	Biopsia transureteroscopica
5635	Endoscopia del condotto ileale (dotto artificiale realizzato negli interventi di cistectomia)
5691	Dilatazione della papilla ureterale
570	Drenaggio transuretrale della vescica
5711	Prelievo percutaneo di urina
5717	Cistostomia per cutanea
5731	Cistosopia attraverso stoma artificiale
5792	Calibraggio collo vescicole
5821	Uretroscopia trans-perineale
5829	Altre procedure diagnostiche sull'uretra e sul tessuto periuretrale
5831	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra
5839	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra
586	Dilatazione uretrale
598	Cateterizzazione ureterale
5993	Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico
5994	Riposizionamento chirurgico di drenaggio cistostomico
5995	Litotrissia con ultrasuoni o elettroidraulica
5999	Altri interventi sull'apparato urinario
6011	Biopsia transperineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata
6013	Biopsia [percutanea] delle vescicole seminali
6071	Aspirazione percutanea delle vescicole seminali
6091	Aspirazione percutanea della prostata
6092	Iniezione (di farmaci) nella prostata
610	Incisione e drenaggio dello scroto e della tunica vaginale
6119	Altre procedure diagnostiche sullo scroto e sulla tunica vaginale
613	Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale
6191	Aspirazione percutanea della tunica vaginale
6211	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del testicolo
6291	Aspirazione del testicolo
6292	Iniezione di sostanze terapeutiche nel testicolo
6301	Biopsia del cordone spermatico
6352	Derotazione del funicolo e del testicolo
636	Vasotomia e vasostomia
6370	Intervento di sterilizzazione dell'uomo
6371	Legatura dei dotti deferenti per rottura o lacerazione
6372	Legatura del cordone spermatico
6373	Vasectomia
6384	Rimozione di legatura dei dotti deferenti
6391	Aspirazione di speratocele
6419	Altre procedure diagnostiche sul pene
6491	Plastiche di slittamento del prepuzio
6494	Posizionamento di protesi peniena esterna
6501	Ovartomia laparoscopica
6513	Biopsia laparoscopica dell'ovaio
6514	Altre procedure diagnostiche laparoscopiche sull'ovaio
6523	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica

668	Insufflazione delle tube
6691	Aspirazione delle tube
670	Dilatazione del canale cervicale
6823	Ablazione dell'endometrio
6959	Altro raschiamento dell'utero mediante aspirazione
696	Procedura per provocare o regolare il flusso mestruale
6991	Inserzione di dispositivo terapeutico interno all'utero
6993	Inserzione di laminaria
6994	Riposizionamento manuale di utero invertito
6996	Rimozione del materiale di cerchiaggio dalla cervice
700	Culdocentesi
7011	Imenotomia
7121	Aspirazione percutanea di cisti nella ghiandola del Bartolino
750	Iniezione intra-amniotica per interruzione di gravidanza
751	Amniocentesi diagnostica - prelievo dei villi coriali
752	Trasfusione intrauterina
7531	Amnioscopia
7532	ECG fetale (cuoio capelluto)
7533	Prelievo di sangue fetale e biopsia
7535	Altre procedure diagnostiche sul feto e sull'amnios
7671	Riduzione chiusa di frattura zigomatica e malare
7673	Riduzione chiusa di frattura mascellare
7675	Riduzione chiusa di frattura mandibolare
7678	Altra riduzione chiusa di frattura facciale
7693	Riduzione chiusa di lussazione temporomandibolare
7695	Altra manipolazione di articolazione temporomandibolare
7696	Iniezione di sostanza terapeutica nell'articolazione temporomandibolare
7900	Riduzione chiusa di frattura senza fissazione interna in sede non specificata
7901	Riduzione chiusa di frattura dell'omero senza fissazione interna
7902	Riduzione chiusa di frattura di radio e ulna senza fissazione interna
7903	Riduzione chiusa di frattura di carpo e metacarpo senza fissazione interna
7904	Riduzione chiusa di frattura delle falangi della mano senza fissazione interna
7905	Riduzione chiusa di frattura del femore senza fissazione interna
7906	Riduzione chiusa di frattura di tibia e fibula senza fissazione interna
7907	Riduzione chiusa di frattura di tarso e metatarso senza fissazione
7908	Riduzione chiusa di frattura delle falangi del piede senza fissazione interna
7909	Riduzione chiusa di frattura di altro osso specificato
7970	Riduzione chiusa di lussazione in sede non specificata
7971	Riduzione chiusa di lussazione della spalla
7972	Riduzione chiusa di lussazione del gomito
7973	Riduzione chiusa di lussazione del polso
7974	Riduzione chiusa di lussazione della mano e delle dita della mano
7975	Riduzione chiusa di lussazione dell'anca
7976	Riduzione chiusa di lussazione del ginocchio
7977	Riduzione chiusa di lussazione della caviglia
7978	Riduzione chiusa di lussazione del piede e delle dita del piede
7979	Riduzione chiusa di lussazione in altra sede specificata
8030	Biopsia delle strutture articolari
8031	Biopsia delle strutture articolari della spalla
8032	Biopsia delle strutture articolari del gomito
8033	Biopsia delle strutture articolari del polso
8034	Biopsia delle strutture articolari della mano e delle dita della mano
8035	Biopsia delle strutture articolari dell'anca
8036	Biopsia delle strutture articolari del ginocchio
8037	Biopsia delle strutture articolari della caviglia
8038	Biopsia delle strutture articolari del piede e delle dita del piede
8039	Biopsia di strutture articolari di altra sede specificata
8191	Artrocentesi
8192	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento
8204	Incisione e drenaggio dello spazio palmare o tenare
8294	Iniezione di sostanze terapeutiche nelle borse della mano
8295	Iniezione di sostanze terapeutiche nei tendini della mano
8296	Altra iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli della mano
8396	Iniezione di sostanze terapeutiche all'interno delle borse
8397	Iniezione di sostanze all'interno dei tendini
8398	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli
850	Mastotomia

8511	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della mammella
8519	Altre procedure diagnostiche sulla mammella
8551	Iniezione mammoplastica di ingrandimento monolaterale
8552	Iniezione mammoplastica di ingrandimento bilaterale
8592	Iniezione di sostanze terapeutiche nella mammella
8603	Incisione di cisti o seno pilonidale
8604	Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo
8607	Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
8651	Reimpianto del cuoio capelluto
8699	Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo
8701	Pneumoencefalografia
8702	Altra radiografia con contrasto del cervello e del cranio
8708	Linfografia cervicale
8714	Radiografia orbitale con contrasto
8715	Radiografia sinusale con contrasto
8721	Mielografia con contrasto
8731	Broncografia endotracheale
8732	Altra broncografia con contrasto
8733	Pneumografia del mediastino
8734	Linfangiografia intratoracica
8751	Colongiografia epatica per cutanea
8774	Pielografia retrograda
8775	Pielografia per cutanea
8784	Isterografia per cutanea
8791	Vesciculografia seminale con contrasto
8793	Epididimografia con contrasto
8811	Radiografia della pelvi con contrasto opaco
8812	Radiografia della pelvi con contrasto gassoso
8813	Altra pneumografia peritoneale
8814	Fistulografia retroperitoneale
8840	Arteriografia con mezzo di contrasto
8841	Arteriografia di arterie cerebrali
8842	Aortografia
8843	Arteriografia delle arterie polmonari
8844	Arteriografia di altri vasi intratoracici
8845	Arteriografia delle arterie renali
8846	Arteriografia della placenta
8847	Arteriografia di altre arterie intraaddominali
8848	Arteriografia delle femorali e di altre arterie dell'arto inferiore
8849	Arteriografia di altre sedi non specificate
8850	Angiocardiografia
8851	Angiocardiografia della vena cava
8855	Arteriografia coronarica con catetere singolo
8860	Flebografia con mezzo di contrasto
8861	Flebografia con mezzo di contrasto delle vene del capo e del collo
8862	Flebografia con mezzo di contrasto delle vene polmonari
8863	Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intratoraciche
8864	Flebografia con mezzo di contrasto del sistema portale
8865	Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intraaddominali
8866	Flebografia con mezzo di contrasto della femorale e di altre vene degli arti inferiori
8867	Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate
8868	Flebografia ad impedenza
8903	Anamnesi e valutazione definite complessive
8907	Controllo definito complessivo
8910	Test intracarotideo con amobarbitale
8917	Polisonnogramma
8921	Manometria urinaria
8962	Monitoraggio della pressione venosa centrale
8963	Monitoraggio della pressione dell'arteria polmonare
8964	Monitoraggio della pressione in arteria polmonare
8967	Monitoraggio della gettata cardiaca mediante la tecnica del consumo di ossigeno (metodo di Fick)
8968	Monitoraggio della gettata cardiaca mediante la tecnica della termodiluizione
8969	Monitoraggio del flusso ematico coronario
9221	Radiazione superficiale
9222	Radiazione ad ortovoltaggio
9223	Teleradioterapia radioisotopica
9224	Teleradioterapia mediante fotoni

9225	Teleradioterapia con elettroni
9226	Teleradioterapia con altre radiazioni particolate
9928	Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici
9929	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
9318	Esercizi respiratori
9336	Riabilitazione cardiologia
9356	Applicazione di medicazione compressiva
9358	Applicazione di pantaloni a pressione
9359	Altra immobilizzazione
9372	Training per disfagia
9381	Terapia ricreazionale
9382	Terapia educativa
9383	Terapia occupazionale
9384	Terapia musicale
9385	Riabilitazione vocale
9389	Riabilitazione non classificata altrove
9396	Altro tipo di arricchimento di ossigeno
9397	Camera di decompressione
9401	Somministrazione di test di intelligenza
9402	Somministrazione di test psicologici
9411	Valutazione psichiatrica dello stato mentale
942	Somatoterapia psichiatrica
9461	Riabilitazione da alcool
9464	Riabilitazione da farmaci
9467	Riabilitazione combinata da alcool e farmaci
9504	Esame dell'occhio sotto anestesia
9616	Altre dilatazioni vaginali
9621	Dilatazione del dotto frontonasale
9624	Dilatazione e manipolazione di stoma di enterostomia
9625	Distensione terapeutica della vescica
9628	Riduzione manuale di prolasso di enterostomia
9635	Alimentazione per sonda gastrica
9641	Irrigazione di colecistostomia e altro tubo biliare
9642	Irrigazione di tubo pancreatico
9645	Irrigazione di nefrostomia e pielostomia
9646	Irrigazione di ureterostomia e catetere ureterale
9647	Irrigazione di cistostomia
9648	Irrigazione di altro catetere urinario a permanenza
966	Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate
9701	Sostituzione di tubo nasogastrico o per esofagostomia
9702	Sostituzione di tubo per gastrostomia
9703	Sostituzione di tubo o dispositivo per enterostomia del piccolo intestino
9704	Sostituzione di tubo o dispositivo per enterostomia del grosso intestino
9705	Riposizionamento di sonda nel dotto biliare o pancreatico
9715	Sostituzione di catetere in ferita
9737	Rimozione di cannula di tracheotomia
9741	Rimozione di tubo di toracotomia o di drenaggio pleurico
9742	Rimozione di drenaggio mediastinico
9751	Rimozione di tubo di gastrostomia
9752	Rimozione di tubo dall'intestino tenue
9753	Rimozione di tubo dall'intestino crasso o appendice
9754	Rimozione di tubo di colecistostomia
9755	Rimozione di tubo a T
9756	Rimozione di tubo o drenaggio pancreatico
9759	Rimozione di altro dispositivo dell'apparato digerente
9761	Rimozione di tubo da pielostomia e nefrotomia
9762	Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale
9763	Rimozione di tubo da cistostomia
9764	Rimozione di altro dispositivo di drenaggio urinario
9769	Rimozione di altro dispositivo dall'apparato urinario
9781	Rimozione di dispositivo di drenaggio retroperitoneale
9782	Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale
9851	Litotripsia extracorporea del rene
9852	Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliari
9859	Litotripsia extracorporea di altre sedi
9901	Exsanguino trasfusione
9902	Autotrasfusione di sangue intero

9903	Altra trasfusione di sangue intero
9904	Trasfusione di concentrato cellulare
9905	Trasfusione di piastrine
9906	Trasfusione di fattori della coagulazione
9907	Trasfusione di altro siero
9908	Trasfusione di plasma expander
9909	Trasfusione di altre sostanze
9911	Iniezione di immunoglobuline anti Rh
9913	Immunizzazione per malattia autoimmune
9914	Iniezione di gamma globulina
9915	Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate
9925	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapetiche per tumore non classificate altrove
9961	Cardioversione striale
9971	Plasmaferesi terapeutica
9972	Leucoferesi terapeutica
9973	Eritrocitoferesi terapeutica
9974	Piastrinoferesi terapeutica
9979	Altre aferesi
9988	Fotoferesi terapeutica

3) MISURE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE

Per l'anno 2006, rimane in vigore quanto stabilito, comprese le indicazioni transitorie, dalla DGR 731/2005 all'allegato 5, paragrafo 3 "Qualificazione dell'attività ambulatoriale e istituzione del day service", con le integrazioni di seguito riportate.

3.1 ACCORPAMENTI DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI (APA)

In seguito all'analisi dei costi di produzione delle prestazioni ospedaliere, vengono modificate come segue le tariffe degli APA 04.43 e 13.41 previste dalla DGR 731/05:

Nota	Codice	Descrizione	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Tar_€
A H C	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (prestazione comprensiva di visita anestesilogica e anestesia, esami pre – intervento, visita di controllo e medicazione)	80	36	30	09	800,00
A H C	13.41	INTERVENTO DI FACOEMULSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA ED INSERZIONE CONTEMPORANEA DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento)	80	34			1.100,00

Nel corso del 2006 è atteso lo svolgimento in regime ambulatoriale della maggior parte dell'attività attualmente svolta in ricovero ospedaliero relativamente ai DRG 006 (decompressione del tunnel carpale) e 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia). Questo trasferimento di attività è fondamentale al fine di raggiungere gli obiettivi programmati relativamente al tasso di ospedalizzazione.

Al fine di permettere e incentivare il raggiungimento di questi risultati, si stabilisce quanto segue.

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 prestazioni 04.43 (DRG 006) e 13.41 (DRG 039) in regime di ricovero ordinario e/o day hospital possono effettuare, a partire dal 1 gennaio 2006 gli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali 04.43 e 13.41 in regime ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Tenendo conto dei volumi di attività svolti dalle diverse strutture relativamente alle prestazioni 04.43 e 13.41 in regime ospedaliero nell'anno 2004, e coerentemente con l'atteso trasferimento in regime ambulatoriale, si stabilisce che nel corso dei primi mesi del 2006 vengano disattivati nelle relative discipline i posti letto indicati nelle tabelle D ed E.

I Direttori Generali delle ASL e degli ospedali aziendalizzati sono tenuti pertanto a disattivare, secondo le indicazioni delle tabelle, 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 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 l'attivazione della modalità organizzativa Day Service.

Eventuali osservazioni motivate in ordine ad un diverso utilizzo nelle medesime specialità dei posti da disattivare potranno essere indirizzate alla Direzione Regionale competente che deciderà in merito.

Il ricovero ospedaliero è da riservarsi ai soli casi in cui per le particolari condizioni del paziente il trattamento ambulatoriale non offre sufficienti garanzie di sicurezza. Fermo restando le soglie di ammissibilità previste al punto 1 del presente allegato che riguardano il rapporto tra ricoveri ordinari e day hospital, 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 039 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 039 e APA 13.41
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 006 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 006 e APA 04.43.

Qualora il valore di questi indicatori superi il 5%, le quote eccedenti di ricoveri ospedalieri vengono riclassificate come APA e come tali remunerate e contabilizzate dal SIAS.

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.

Anche per il 2006 non si prevede la partecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni di cui sopra (04.43 e 13.41).

3.2 DAY SERVICE ED EROGAZIONE DEI PAC

Nella tabella F sono riportate le specifiche dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) introdotti 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.

Si richiama l'iter previsto dalla DGR 731/05 per l'introduzione di nuovi PAC, e si ribadisce che lo sviluppo della modalità organizzativa ambulatoriale Day Service rappresenta un obiettivo prioritario del Servizio Sanitario Regionale al fine di perseguire l'erogazione in un regime appropriato di assistenza che attualmente viene svolta impropriamente in day hospital, nonché la diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici per i quali esiste evidenza di efficacia. Pertanto, le strutture ospedaliere sono chiamate a valutare la propria attività di day hospital ed a proporre, secondo l'iter previsto, i PAC necessari per il trasferimento dei ricoveri inappropriati nel Day Service. I nuovi PAC una volta espletato l'iter previsto verranno introdotti con atto della Direzione Regionale competente con periodicità almeno trimestrale.

I dati relativi ai PAC confluiscono nel Sistema Informativo per l'Assistenza Ambulatoriale (SIAS) secondo le modalità riportate nella tabella G.

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.

Eventuali modifiche alle modalità di registrazione che si renderanno necessarie saranno apportate e rese note dall'Agenzia di Sanità Pubblica.

Inoltre, l'Agenzia di Sanità Pubblica provvederà a fornire le indicazioni necessarie per la registrazione delle informazioni cliniche relative al PAC per il follow-up del bambino altamente pretermine in un sistema informativo dedicato, fermo restando anche per questo PAC l'obbligo di registrazione al SIAS.

Al fine di evitare che le scelte organizzative messe in atto dalle strutture gravino sui cittadini, in via straordinaria e transitoria per il 2006, non si applica quanto previsto per la compartecipazione alla spesa (ticket) relativamente all'erogazione dei PAC.

TABELLA D – POSTI LETTO DA DISATTIVARE PER IL TRASFERIMENTO DELLA PRESTAZIONE 13.41 IN REGIME AMBULATORIALE

OSPEDALE	Disciplina	P.L. Ordinari	P.L. DH
019 San Camillo de Lellis	34 OCULISTICA	-	7
020 Marzio Marini	34 OCULISTICA	-	1
026 P.O. Santo Spirito	34 OCULISTICA	-	3
030 Regionale Oftalmico	34 OCULISTICA	6	8
037 Nuovo Regina Margherita	34 OCULISTICA	-	1
047 San Sebastiano Martire	09 CHIRURGIA G	-	3
053 San Giovanni Evangelista	34 OCULISTICA	-	5
058 Centro Traumatologico Ortopedico	34 OCULISTICA	-	2
061 Giovanni Battista Grassi	34 OCULISTICA	-	7
071 San Pietro - Fatebenefratelli	34 OCULISTICA	1	4
072 San Giovanni Calibita - FBF	34 OCULISTICA	3	7
073 San Carlo di Nancy	34 OCULISTICA	2	3
074 Cristo Re	34 OCULISTICA	-	2
075 Israelitico	34 OCULISTICA	-	2
083 Villa Valeria	34 OCULISTICA	2	-
084 Villa Tiberia	34 OCULISTICA	12	1
096 Madonna delle Grazie	34 OCULISTICA	1	5
116 San Luca	09 CHIRURGIA G	-	7
134 Sant'Anna	34 OCULISTICA	-	4
140 Siligato	34 OCULISTICA	-	1
143 Concordia Hospital	34 OCULISTICA	1	-
155 Chirurgia Addominale all'Eur	34 OCULISTICA	-	2
157 Fabia Mater	34 OCULISTICA	1	1
165 Policlinico Casilino	34 OCULISTICA	1	-
166 Nuova Itor	34 OCULISTICA	2	-
171 Citta' di Roma	34 OCULISTICA	-	3
200 P.O. Latina Nord	34 OCULISTICA	-	6
209 Casa del Sole	34 OCULISTICA	2	2
216 Umberto I	34 OCULISTICA	1	3
225 Pasquale Del Prete	34 OCULISTICA	-	1
226 Santissima Trinita'	34 OCULISTICA	-	3
228 Gemma de Bosis	34 OCULISTICA	2	4
267 Sandro Pertini	34 OCULISTICA	-	4
271 Belcolle	34 OCULISTICA	2	4
901 San Camillo - Forlanini	34 OCULISTICA	3	3
902 San Giovanni	34 OCULISTICA	-	11
903 San Filippo Neri	34 OCULISTICA	-	3
904 Bambino Gesù	34 OCULISTICA	2	2
905 Policlinico A. Gemelli	34 OCULISTICA	3	6
906 Policlinico Umberto I	34 OCULISTICA	2	7
915 Campus Biomedico	34 OCULISTICA	-	1
919 Sant'Andrea	34 OCULISTICA	-	1
920 Tor Vergata	09 CHIRURGIA G	-	3

TABELLA E – Posti letto da disattivare per il trasferimento della prestazione 04.43 in regime ambulatoriale

OSPEDALE	Disciplina	P.L. Ordinari	P.L. DH
006 Sant'Anna	36 ORTOPEDIA	-	1
007 Civile di Tarquinia	36 ORTOPEDIA	-	1
019 San Camillo de Lellis	36 ORTOPEDIA	-	1
026 P.O. Santo Spirito	36 ORTOPEDIA	-	1
055 Luigi Spolverini	36 ORTOPEDIA	-	1
075 Israelitico	36 ORTOPEDIA	-	2
132 Guarnieri	36 ORTOPEDIA	-	1
163 San Feliciano	36 ORTOPEDIA	-	1
165 Policlinico Casilino	30 NEUROCHIR.	-	1
166 Nuova Itor	36 ORTOPEDIA	-	1
176 Istituto Neurotraumatologico Italiano	36 ORTOPEDIA	-	1
200 P.O. Latina Nord	36 ORTOPEDIA	-	1
211 Villa Azzurra	36 ORTOPEDIA	-	1
212 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	36 ORTOPEDIA	1	2
215 Città di Aprilia	36 ORTOPEDIA	-	1
226 Santissima Trinita'	36 ORTOPEDIA	-	1
236 Santa Teresa	09 CHIRURGIA G.	-	1
267 Sandro Pertini	30 NEUROCHIR.	-	1
901 San Camillo - Forlanini	12 CHIRURGIA PL.	-	1
901 San Camillo - Forlanini	32 NEUROLOGIA	-	1
903 San Filippo Neri	30 NEUROCH.	-	1
904 Bambino Gesù	36 ORTOPEDIA	-	1
905 Policlinico A. Gemelli	36 ORTOPEDIA	1	2
906 Policlinico Umberto I	09 CHIRURGIA G.	-	2
908 Istituti Fisioterapici Ospitalieri	30 NEUROCH.	-	1
919 Sant'Andrea	36 ORTOPEDIA	-	1
920 Tor Vergata	09 CHIRURGIA G.	-	1

TABELLA F – DESCRIZIONE DEI PAC

PAC PER IL FOLLOW-UP DEL BAMBINO ALTAMENTE PRETERMINE
(codici: P7650A, P7650B1, P7650B2, P7650C, P7650D, P7650E, P7650F, P7650G)

Disciplina di riferimento

Neonatologia

Razionale

I nati estremamente pretermine hanno un elevato rischio di sviluppare deficit neuro-psico-sensoriali, comprese condizioni di disabilità grave. L'identificazione e la presa in carico precoce di questi problemi di salute sono due aspetti fondamentali per una buona gestione assistenziale di questi bambini. A tale scopo sono altamente indicati programmi specifici di follow-up nei primi anni di vita.

Tipologia di pazienti

Nati con età gestazionale inferiore a 32 settimane compiute

Composizione

Si riconoscono sette distinti PAC sulla base dell'età del bambino. Per il controllo a 3 mesi sono possibili, in alternativa, due diversi PAC che variano per la tecnica di effettuazione dello screening audiometrico. Per configurarsi come tale, nel PAC devono essere eseguite tutte le prestazioni previste.

codice	prestazione	tariffa
P7650A - entro 10-20 giorni dalla dimissione dall'ospedale		100
89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
95.02	Esame dell'occhio (fondo oculare)	
88.71.1	Ecoencefalografia	
90.82.4	Valore ematocrito	

P7650B1 - controllo a 3 mesi di età (corretta per l'età gestazionale) 130

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazione, definite brevi)	
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	
90.74.5	Reticolociti (Conteggio) [(Sg)]	
90.11.4	Calcio totale [S/U/dU]	
90.23.5	Fosfatasi alcalina	
90.24.5	Fosforo	
89.15.8	Potenziali evocati uditivi per ricerca di soglia (screening audiometrico)	

P7650B2 - controllo a 3 mesi di età (corretta per l'età gestazionale) 97

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazione, definite brevi)	
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	
90.74.5	Reticolociti (Conteggio) [(Sg)]	
90.11.4	Calcio totale [S/U/dU]	
90.23.5	Fosfatasi alcalina	
90.24.5	Fosforo	
20.39.1	Otoemissioni acustiche TEOAE (screening audiometrico)	

P7650C - controllo a 6 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)**67**

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazione, definite brevi)	

P7650D - controllo a 9 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)**67**

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazione, definite brevi)	

P7650E - controllo a 12 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)**150**

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
89.07	Valutazione dello sviluppo (consulto, definito complessivo) con test di sviluppo (Brunet Lezine o Bayley o Griffith)	
95.02	Visita oculistica con esame dell'occhio (fondo oculare, refrazione)	
95.15	Studio della motilità oculare	

P7650F - controllo a 18 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)**90**

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazione, definite brevi)	
95.47	Esame dell'udito NAS	

P7650G - controllo a 24 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)**150**

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
89.07	Valutazione dello sviluppo (consulto, definito complessivo) con test di sviluppo (Brunet Lezine o Bayley o Griffith)	
95.02	Visita oculistica con esame dell'occhio (fondo oculare, refrazione)	
95.15	Studio della motilità oculare	

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Unità di Terapia Intensiva Neonatale o Servizi di Follow-up neonato a rischio

Tariffa

I PAC vengono remunerati con le tariffe forfetarie indicate accanto ai diversi PAC

Note

Tutte le prestazioni costituenti un PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Le informazioni cliniche relative ai risultati delle singole visite di follow-up devono essere riportate in una scheda di raccolta dati standardizzata e inserite in un sistema informativo dedicato

La visita specialistica deve essere comprensiva di una valutazione auxologica e della rilevazione di valori di frequenza cardiaca, respiratoria, e misurazione della pressione arteriosa

La valutazione dello sviluppo deve comprendere la valutazione degli aspetti neuromotori, neurovegetativi, sensoriali, cognitivi, comportamentali e relazionali

Per i PAC effettuati a 12 e 24 mesi è prevista la stesura di una relazione clinica per la famiglia

Dal 9^o mese è prevista una variabilità di +/- un mese nell'età al controllo

PAC DIAGNOSTICO DI IPERTENSIONE (codice: P401)

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. 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 con ipertensione moderata (PA sistolica 160-179, PA diastolica 100-109) o grave (PA sistolica \geq 180, PA diastolica \geq 110)

Composizione

Per configurarsi il PAC 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 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>tariffa</i>
P401	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	Visita successiva alla prima	12,76
89.61.1	Monitoraggio della pressione arteriosa	41,32
89.52	Elettrocardiogramma	11,62
88.72.1	Ecocardiografia	51,65
88.74.1	Ecografia renale	43,90
88.77.2	Ecocolordoppler carotideo	43,90
88.77.2	Ecocolordoppler femorale	43,90
88.77.2	Ecocolordoppler arterie renali	43,90
95.02	Esame dell'occhio	13,63

Analisi cliniche

91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,52
90.14.1	Colesterolo HDL	1,86
90.14.3	Colesterolo totale	2,28
90.16.3	Creatinina	2,56
90.27.1	Glucosio a digiuno	1,70
90.43.5	Urato [S/U/dU] (acido urico)	1,70
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	3,31
90.44.3	Esame chimico fisico urine	1,14
90.37.4	Potassio sierico	2,78
90.43.2	Trigliceridi	5,17
90.72.3	Proteina C reattiva (quantitativa)	4,75
90.33.4	Microalbuminuria	4,65

90.39.1	Proteinuria	4,65
90.40.2	Renina [P]	19,11
90.05.3	Aldosterone [S/U]	19,11
90.12.4	Catecolamine totali urinarie	12,60
90.15.3	Cortisolo [S/U]	19,11

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

PAC DIAGNOSTICO PER IL NODULO TIROIDEO (P241)

Disciplina di riferimento

Endocrinologia, Chirurgia generale, Medicina Generale

Razionale

La patologia nodulare della tiroide è ancora oggi oggetto di ricovero ospedaliero inappropriato, mentre può essere gestita efficacemente e con maggiore efficienza a livello ambulatoriale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sospetta patologia nodulare tiroidea che necessitano di un approfondimento diagnostico

Composizione

Per configurarsi il PAC diagnostico per nodulo tiroideo devono essere erogate 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 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	tariffa
P241	Visita e gestione del PAC	25,00
88.71.4	Diagnostica ecografica del capo e del collo	28,41
06.11.2	Biopsia [percutanea] agobiopsia della tiroide	61,46
89.01	Visita successiva alla prima	12,76

Analisi cliniche

91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,52
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	3,31
91.39.1	Esame citologico da agoaspirazione	33,78
90.42.1	Tireotropina (TSH)	19,11
90.42.3	Tiroxina libera (FT4)	19,11
90.43.3	Triiodotironina libera (FT3)	19,11
90.51.4	Anticorpi anti microsomi (AbTMS) O anti tireoperossidasi (AbTPO)	19,11
90.54.4	Anticorpi anti tireoglobulina (AbTg)	19,11

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.

PAC DIAGNOSTICO PER L'ANEMIA (codice: P2859)

Disciplina di riferimento

Ematologia, Medicina generale, Gastroenterologia, Oncologia, Nefrologia

Razionale

La valutazione diagnostica dell'anemia è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con anemia asintomatica (valori di Hb \geq 7 g/dl)

Composizione

Per configurarsi il PAC di anemia 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. Le prestazioni 45.23 e 45.25 sono in alternativa tra di loro.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
P2859	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	Visita successiva alla prima	12,76
88.75.1	Ecografia dell'addome inferiore Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile	32,02
89.26	Visita ginecologica	13,63
45.16	Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia	71,01
45.23	Colonscopia con endoscopio flessibile	61,97
45.25	Biopsia [endoscopica] dell'intestino crasso Colonscopia con biopsia	87,28
88.74.1	Ecografia dell'addome superiore Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo	43,9
91.47.5	Esame istocitopatologico sistema emopoietico Biopsia osteo midollare	79,64
41.31	Biopsia [agobiopsia] del midollo osseo	34,86
87.44.1	Radiografia del torace di routine NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	15,49

Analisi cliniche

91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,52
90.63.3	Esame del midollo osseo per apposizione e/o striscio Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	20,86
90.62.2	Emocromo Hb, GR, GB, HCT, PLT, Ind. Deriv., F. L.	3,31
90.63.4	Esame microscopico del sangue periferico Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	3,72
90.74.5	Reticolociti (Conteggio) [(Sg)]	1,28
90.22.3	Ferritina [P/(Sg)Er]	19,11
90.16.3	Creatinina	2,56
90.82.5	Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)	1,28

90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	5,96
90.44.3	Esame chimico fisico urine	1,14
90.23.2	Folato [S/(Sg)Er]	19,11
90.13.5	Cobalamina (VIT. B12) [S]	19,11
90.42.1	Tireotropina (TSH)	19,11
90.10.5	Bilirubina totale e frazionata	3,4
90.29.2	Lattato deidrogenasi (LDH) [S/F]	2,56
90.49.3	Anticorpi anti eritrociti [Test di Coombs indiretto]	3,19
90.58.2	Autoanticorpi anti eritrociti [Test di Coombs diretto]	3,19
90.09.1	Aptoglobina	4,65
90.42.5	Transferrina [S]	5,16
90.22.5	Ferro [S]	2,56
90.47.3	Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ENA)	13,32
90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ANA) Anticorpi anti istoni	9,66
90.48.3	Anticorpi anti DNA nativo	11,88

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.

PAC TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE CONTROLLATA DI FARMACI (PV58)

Disciplina di riferimento

tutte

Razionale

Alcuni farmaci, principalmente quelli di fascia H, richiedono un ambiente protetto per la somministrazione, per i possibili effetti collaterali, per necessità di monitoraggio o di controlli della velocità di somministrazione, per esigenze di sorveglianza. Appare razionale che questa attività venga svolta in regime ambulatoriale.

Tipologia di pazienti

Pazienti che necessitano di un ciclo di terapia farmacologica da svolgersi in ambiente protetto

Composizione

Per configurarsi il PAC terapeutico per la somministrazione controllata di farmaci deve essere svolto un ciclo di terapia con almeno cinque somministrazioni. Va individuato, tra quelli sotto elencati, il codice di prestazione che meglio descrive la somministrazione (da ripetersi per ogni somministrazione terapeutica effettuata). Possono entrare, inoltre, nel PAC eventuali analisi di laboratorio che si rendono necessarie per esigenze di controllo e monitoraggio durante il ciclo terapeutico.

codice	prestazione	tariffa
99.14.1	Infusione di immunoglobuline endovena	11,62
99.23	Iniezione di steroidi Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	9,71
99.24.1	Infusione di sostanze ormonali	11,62
99.25	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove	9,71
99.06.1	Infusione di fattori della coagulazione	11,62
99.22	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche per via ipodermica, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi cod. 99.23, sostanze ormonali cod. 99.24.1, farmaci antitumorali cod. 99.25. Escluso costo del farmaco	3,00
vari	eventuali prestazioni della branca 00 - laboratorio analisi	

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere appartenenti alle tipologie amministrative presidio pubblico, azienda ospedaliera, policlinico universitario, IRCCS, ospedali classificati.

Note

Per i pazienti con malattie croniche che necessitano di terapie prolungate per periodi superiori al mese, il PAC può essere chiuso alla conclusione della terapia o, comunque, alla fine dell'anno solare.

Tariffa

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

I farmaci somministrati vanno rilevati nel file F e saranno compensati secondo le regole vigenti.

Modalità per la registrazione dei farmaci nel file F

Le vigenti modalità di registrazione delle informazioni nel flusso informativo "file F" sono contenute nella circolare n. 6/03 dell'Assessore alla Salute e nella nota 43366/04 della Direzione Regionale SSR con la quale è stato trasmesso il "Manuale tecnico per la registrazione delle informazioni relative alla somministrazione diretta dei farmaci (flusso F)". Per la registrazione dei farmaci somministrati durante il PAC bisogna attenersi anche alle seguenti indicazioni.

Campo "presidio erogatore": *1xxxxy13* (dove xxx=codice SIO dell'ospedale che effettua il PAC; yy=stabilimento ospedaliero)

Campo "soggetto prescrittore": *stessa informazione del campo presidio erogatore seguita da otto spazi bianchi.*

Data erogazione del farmaco: *data chiusura PAC*

Quantità farmaco: *il numero di unità (ad esempio fiale) somministrate durante l'intero PAC. Non va mai riportato il numero di confezioni del farmaco.*

Importo totale: *costo realmente sostenuto dall'azienda per l'acquisto delle unità di farmaco somministrate durante il PAC (comprensivo di IVA).*

TABELLA G – MODALITA' DI REGISTRAZIONE AL SIAS DEI PAC

Pacchetto per il follow-up del bambino altamente pretermine (Cod. P7650A - P7650B1 - P7650B2 - P7650C - P7650D - P7650E - P7650F - P7650G)

Erogabili esclusivamente dalle Unità di Terapia Intensiva Neonatale o Servizi di Follow-up pubblici ed equiparati

Pacchetto P7650A - entro 10-20 giorni dalla dimissione dall'ospedale

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DEL SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DEL SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore =1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650A)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 100,00 €

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 95.02, 88.71.1, 90.82.4 , P7650A)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 100,00 € per la prestazione P7650A
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Pacchetto P7650B1 - controllo a 3 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DEL SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DEL SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650B1)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 130,00 €

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.01, 90.62.2, 90.74.5, 90.11.4, 90.23.5, 90.24.5, 89.15.8, P7650B1)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 130,00 € per la prestazione P7650B1
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta
Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Pacchetto P7650B2 - controllo a 3 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650B2)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 97,00 €

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.01, 90.62.2, 90.74.5, 90.11.4, 90.23.5, 90.24.5, 20.39.1, P7650B2)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 97,00 € per la prestazione P7650B2
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Pacchetto P7650C - controllo a 6 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;

- il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650C)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 67,00 €

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.01, P7650C)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 67,00 € per la prestazione P7650C inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta
Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Pacchetto P7650D - controllo a 9 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650D)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 67,00 €

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.01, P7650D)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 67,00 € per la prestazione P7650D
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Pacchetto P7650E - controllo a 12 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650E)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 150,00 €

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.07, 95.02, 95.15, P7650E)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 150,00 € per la prestazione P7650E
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Pacchetto P7650F - controllo a 18 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica

- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.

- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650F)

- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)

- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)

- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato

- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)

- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 90,00 €

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.01, 95.47, P7650F)

- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice

- Nel Campo **IMPORTO** inserire 90,00 € per la prestazione P7650F
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni

- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Pacchetto P7650G - controllo a 24 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica

- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.

- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650G)

- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)

- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)

- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato

- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)

- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 150,00 €

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.07, 95.02, 95.15, P7650G)

- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice

- Nel Campo **IMPORTO** inserire 150,00 € per la prestazione P7650G
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni

- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata

PAC diagnostico di anemia (Cod. P2859)

Erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e provvisoriamente accreditate per almeno una delle discipline di riferimento del PAC - Ematologia, Medicina generale, Gastroenterologia, Oncologia, Nefrologia

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P2859)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire uno fra i codici (00, 58, 64, 29)
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire la somma degli importi delle righe di prestazione.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire almeno 5 prestazioni tra quelle **INCLUSE NEL PACCHETTO** (le analisi cliniche vengono conteggiate come una singola prestazione, indipendentemente dal loro numero)
(prestazioni: 89.01, 88.75.1, 89.26, 45.16, 45.23, 45.25, 88.74.1, 91.47.5, 41.31, 87.44.1,
analisi cliniche: 91.49.2, 90.63.3, 90.62.2, 90.63.4, 90.74.5, 90.22.3, 90.16.3, 90.82.5, 90.38.4, 90.44.3, 90.23.2, 90.13.5, 90.42.1, 90.10.5, 90.29.2, 90.49.3, 90.58.2, 90.09.1, 90.42.5, 90.22.5, 90.47.3, 90.52.4, 90.48.3)
Le prestazioni 45.23 e 45.25 sono alternative tra di loro.
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice del pacchetto: P2859
- Nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** inserire
 - 1 per le prestazioni 89.01, 88.75.1, 89.26, 45.16, 45.23, 45.25, 88.74.1, 91.47.5, 41.31, 87.44.1 e P2859
 - la **quantità erogata** per le analisi cliniche

- Nel Campo **IMPORTO** inserire 25,00 € per la prestazione P2859
inserire gli importi del nomenclatore moltiplicati per le quantità, per tutte
le altre prestazioni

- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nell'arco di un mese

PAC diagnostico di ipertensione (Cod. P401)

Erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e accreditate per almeno una delle discipline di riferimento del PAC - Medicina generale, Cardiologia, Nefrologia

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P401)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire uno fra i codici (08, 29)
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire la somma degli importi delle righe di prestazione.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire almeno 5 prestazioni tra quelle INCLUSE NEL PACCHETTO (le analisi cliniche vengono conteggiate come una singola prestazione, indipendentemente dal loro numero)
(**prestazioni:** 89.01, 89.61.1, 89.52, 88.72.1, 88.74.1, 88.77.2, 88.77.2, 88.77.2, 95.02,
analisi cliniche: 91.49.2, 90.14.1, 90.14.3, 90.16.3, 90.27.1, 90.43.5, 90.62.2, 90.44.3, 90.37.4, 90.43.2, 90.72.3, 90.33.4, 90.39.1, 90.40.2, 90.05.3, 90.12.4, 90.15.3)
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice del pacchetto: P401
- Nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** inserire
 - 1 per le prestazioni 89.01, 89.61.1, 89.52, 88.72.1, 88.74.1, 88.77.2, 88.77.2, 88.77.2, 95.02 e P401
 - la **quantità erogata** per le analisi cliniche
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 25,00 € per la prestazione P401
inserire gli importi del nomenclatore moltiplicati per le quantità, per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nell'arco di un mese

Pacchetto diagnostico per il nodulo tiroideo (Cod. P241)

Erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e accreditate per almeno una delle discipline di riferimento del PAC – Endocrinologia, Chirurgia generale, Medicina Generale

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P241)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire uno fra i codici (19, 09)
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire la somma degli importi delle righe di prestazione.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire almeno 3 prestazioni tra quelle INCLUSE NEL PACCHETTO (le analisi cliniche vengono conteggiate come una singola prestazione, indipendentemente dal loro numero)
(prestazioni: 88.71.4, 06.11.2, 89.01
analisi cliniche: 91.49.2, 90.62.2, 91.39.1, 90.42.1, 90.42.3, 90.43.3, 90.51.4, 90.54.4)
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice del pacchetto: P241
- Nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** inserire
 - 1 per le prestazioni 88.71.4, 06.11.2, 89.01 e P241
 - la **quantità erogata** per le analisi cliniche
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 25,00 € per la prestazione P241
inserire gli importi del nomenclatore moltiplicati per le quantità, per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nell'arco di un mese

Pacchetto terapeutico per la somministrazione controllata di farmaci (Cod. PV58)

Erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (PV58)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire la branca di erogazione
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire la somma degli importi delle righe di prestazione.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire almeno 1 fra le prestazioni INCLUSE NEL PACCHETTO (99.14.1, 99.23, 99.24.1, 99.25, 99.06.1, 99.22)
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice del pacchetto: PV58
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice delle eventuali prestazioni di branca 00 (rese necessarie per esigenze di controllo e monitoraggio durante il ciclo terapeutico)
- Nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** inserire, per ciascun codice, la quantità erogata (il PAC deve comprendere un ciclo di terapia con almeno 5 somministrazioni)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 0,00 € per PV58 inserire gli importi del nomenclatore moltiplicati per le quantità, per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nell'arco di un mese. Per i pazienti con malattie croniche che necessitano di terapie prolungate per periodi superiori al mese, il PAC può essere chiuso alla conclusione della terapia o, comunque, alla fine dell'anno solare.**NB: Il costo dei farmaci somministrati vanno rilevati nel file F e saranno compensati secondo le regole vigenti.**