

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 giugno 2014, n. 1202

**Modifica e integrazione day service (DD.GG. n. 433/2011 e 2863/2011) e modifica Nomenclatore Tariffario Regionale (DGR n. 951/2013 e s.m.i.).**

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n. 3, confermata dal Responsabile A.P. "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria - determinazione delle tariffe ricoveri ordinari ed a ciclo diurno - nuovi modelli organizzativi", dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

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

L'intesa Stato -Regioni del 03.12.2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 20/10/2012, in particolare all'art. 6, comma 5, al fine di razionalizzare ed incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, con l'Allegato A), nel rispetto dell'Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001, ha individuato una lista di 108 DRG,

comprensiva dei suddetti 43 DRG ad alto rischio di inappropriata qualora erogati in regime di ricovero ordinario, trasferibili in regime ambulatoriale, in piena sicurezza per pazienti ed operatori, atteso lo sviluppo della pratica medica, l'organizzazione attuale ospedaliera e la disponibilità di nuove tecnologie, che consentono oggi di erogare, con la stessa efficacia, tali prestazioni.

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

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

Con successivo provvedimento n. 2863 del 20 dicembre 2011 la Giunta Regionale ha integrato e modificato il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con ulteriori prestazioni di chirurgia ambulatoriale (PCA) e pacchetti ambulatoriali complessi e coordinati (PACC). Attualmente i percorsi assistenziali definiti day service individuati dalla Giunta Regionale sono i seguenti:

DAY SERVICE TABELLA 1				DRG di riferimento
CODICE	DESCRIZIONE	Tariffa in €	provvedimento	
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE	1.398,52	DGR n.2863/2011	8
08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	695,78	DGR n.2863/2011	40
08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	695,78	DGR n.2863/2011	40
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (IN OCCHIO FACHICO)	1.261,6	DGR n.2863/2011	39
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	1.261,6	DGR n.2863/2011	39
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	713,6	DGR n.2863/2011	39
14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	213,33	DGR n.2863/2011	39
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA o INDIRETTA	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO o PROTESI DIRETTA O INDIRETTA	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO o PROTESI DIRETTA O INDIRETTA	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE	1.041	DGR n.2863/2011	162
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI	1.041	DGR n.2863/2011	160
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE	1.069,67	DGR n.2863/2011	160
77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO	1.298,33	DGR n.2863/2011	225
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA	1.058,43	DGR n.2863/2011	232
81.72	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO	1.248,52	DGR n.2863/2011	229
81.75	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO	1.248,52	DGR n.2863/2011	229
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO	1.200	DGR n.2863/2011	229
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE	1.200	DGR n.2863/2011	229
84.11	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DEL PIEDE	1.200	DGR n.2863/2011	225
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE PRIMA SEDUTA	581,57	DGR n.2863/2011	323
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE PER SEDUTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA	386,92	DGR n.2863/2011	323
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA PER SEDUTA	386,92	DGR n.2863/2011	323
PA.00.1	FOLLOW-UP DIABETE	101,49	DGR n. 433/2011	294
PA.00.2	FOLLOW-UP IPERTENSIONE	129,17	DGR n.433/2011	134
PA.00.1	INTERVENTO DI FACOEMULSIONE E ASPIRAZIONE DI CATARATTA ED INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE	750	DGR n. 433/2011	39
PA.00.2	INTERVENTO DI LIBERAZIONE TUNNEL CARPALE	650	DGR n.433/2011	6

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto Ministeriale del 18.10.2012 concernente "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", la Giunta Regionale con provvedimento n. 951 del 13.05.2013, così come modificato ed integrato dalle deliberazioni n.1304 del 09.07.2013 e n. 561 del 02/04/2014, ha approvato il nuovo tariffario regionale, relativo alle prestazioni da erogarsi in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni già individuate in regime di Day service.

Il tasso di ospedalizzazione in regime di ricovero (ordinario, 0-1 giorno e diurno) nell'anno 2013 in Puglia, per quanto decrescente, è ancora al di sopra del valore soglia indicato nella griglia LEA del Ministero della Salute. Pertanto, per allinearsi alle indicazioni ministeriali, occorre ridurre ulteriormente il numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati, favorendo il passaggio ad un setting assistenziale diverso dal ricovero, ossia ambulatoriale, con la contestuale presa in carico del paziente.

La legge regionale 12 luglio 2008, n. 19, all'art. 15 ha stabilito che, a partire dal 1° ottobre 2008, la valutazione della soglia di appropriatezza dei DRGs deve essere effettuata sulla base della procedura M.A.A.P., che costituisce il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri e della loro possibile erogazione in altri setting assistenziali.

Il suddetto modello prevede che il numero dei ricoveri ammissibili in regime ordinario o DH deve essere calcolato considerando il dato dell'anno precedente per singolo DRG ad alto rischio di inappropriata (Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno entro soglia; Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno trasferiti o deceduti; Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno Ricoveri Diurni; Ricoveri Ordinari durata degenza oltre valore soglia).

Pertanto, applicando il modello di analisi sopra descritto, sono stati elaborati, dal Servizio Analisi della domanda e dell'offerta sanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S), i valori percentuali delle soglie di ammissibilità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero ordinario riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata, sulla base della banca dati SDO anno

2013, valutando di volta in volta i filtri appropriati. Le soglie di ammissibilità verranno aggiornate annualmente, comunque entro il mese di aprile di ogni anno, con determinazione del dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, a seguito del consolidamento dei dati dell'anno precedente elaborati dall'A. Re.S. Occorre, quindi, definire per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriata la remunerazione e conseguente tariffa dei PCA e PACC, così come di seguito si riporta:

1. Per i day service già ricompresi nelle deliberazioni di Giunta Regionale n.433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20 dicembre 2011, si confermano le tariffe di cui ai suddetti provvedimenti giuntali, come riportato nella suddetta Tabella "1";
2. Per tutti gli altri day service la tariffa di remunerazione si intende commisurata all' 80% della tariffa vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni, corrispondente al DRG di derivazione, così come espressamente riportato nella tabella di cui all'Allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. Il superamento del numero dei ricoveri, di cui alla soglia di ammissibilità, prevista nella tabella di cui al punto precedente, determinerà l'applicazione, ai ricoveri in esubero, della tariffa del day - service abbattuta del 30%.

Le prestazioni sanitarie erogate in regime di day service sono remunerate secondo le tariffe indicate nell'allegato "A" e sono comprensive di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compreso la visita, gli esami diagnostici e strumentali, nonché i farmaci e per i day service chirurgici anche la prima visita post - intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG.

La tariffa della prestazione erogata in day service è omnicomprensiva a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocumento al paziente.

Per il DRG 410 occorre precisare che la Giunta Regionale con provvedimento n. 2618 del 30/11/2010, a seguito di quanto stabilito dalla Commissione salute nella seduta del 16/12/2009, ha approvato l'elenco dei farmaci ad alto costo da addebitare in mobilità sanitaria regionale e interregionale, qualora le prestazioni siano erogate in

regime di DH. In tal caso la Giunta Regionale ha previsto l'abbattimento del 90% della relativa tariffa. L'addebito del farmaco è regolamentato nell'ambito del "File F".

La Commissione salute aveva altresì previsto che i farmaci oncologici ad alto costo potessero essere addebitati anche in caso di erogazione in ambito ambulatoriale.

Atteso che il trasferimento dal regime di ricovero ordinario, comprensivo del DH, della prestazione relativa al DRG 410, al regime ambulatoriale, comporta un indubbio vantaggio per la riduzione sia delle lista d'attesa che del tasso di ospedalizzazione che la Regione deve perseguire, si ritiene, al fine di garantire ai pazienti l'accesso alle cure e ai medicinali più innovativi e meno tossici, di dover prevedere, anche per la prestazione ambulatoriale, il rimborso dei farmaci oncologici ad alto costo al di fuori della tariffa individuata per il ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni, con il conseguente abbattimento della stessa del 90%.

Per rendere operativo quanto sopra previsto è necessario che la struttura erogante il day service al fine della rendicontazione dei farmaci ad alto costo somministrati ai pazienti in mobilità interregionale e interaziendale, nonché ai pazienti residenti nel proprio ambito territoriale durante il day service provveda a segnalare il consumo degli stessi, attraverso il flusso informativo della somministrazione farmaci del Sistema Edotto, già esistente, e valorizzando contestualmente nel flusso della Specialistica ambulatoriale (Edotto) un apposito flag con il quale indicare se il farmaco oncologico ad alto costo è stato rendicontato nel flusso della somministrazione.

Al fine del monitoraggio dell'uso appropriato e dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo, è fatto obbligo agli erogatori di registrare per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia, nella cartella clinica del day service il trattamento chemioterapico ed in particolare il farmaco ad alto costo oggetto dello specifico flusso informativo.

In conseguenza per il day service riconducibile al DRG 410 sono previste due diverse tariffe:

1. **Trattamento chemioterapico con l'utilizzo di farmaci non ad alto costo.** Per tale tipo di trattamento si applica la tariffa all'80% di quella vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni. La tariffa si

intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici);

2. **Trattamento chemioterapico con farmaci oncologici ad alto costo,** così come individuati dalle tabelle AIFA, confermati dalla Commissione salute del 27/03/2013, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento, riportando il codice Minsan, ivi richiamato. La remunerazione delle prestazioni di chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici) sarà corrisposta con la seguente modalità:

- remunerazione del 10% della tariffa vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni (DRG 410), corrispondente ad € 37,00, oltre al costo del farmaco oncologico "ad alto costo" - Tabella AIFA, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento. Il rimborso riconosciuto non potrà essere superiore al prezzo di cessione all'azienda, come da fattura. In ogni caso il rimborso non potrà superare il prezzo "ex - factory", ovvero il prezzo con ulteriori sconti negoziati da AIFA, di cui all'Allegato C al presente schema di provvedimento, riportato nella succitata tabella AIFA, ovvero successive modifiche che dovessero intervenire.

Sarà cura dell'Ufficio e del Servizio competente in materia di politiche del farmaco dare indicazioni in merito:

1. all'aggiornamento della tabella AIFA e dei prezzi di riferimento;
2. al monitoraggio dei farmaci ad alto costo anche al fine di favorire il controllo sull'uso appropriato di tali farmaci;

Per i day service già individuati con le deliberazioni di Giunta Regionale n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20 dicembre 2011 e per quelli individuati dal presente schema di provvedimento è stato riportato il corrispondente DRG.

Si ritiene, altresì, che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnosticoterapeutico delle specifiche patologie potrà essere aggiornato sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sani-

tarie Locali, Ospedaliero Universitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale. Le proposte formulate dalle Direzioni Sanitarie e recepite dalle Direzioni generali devono essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali espressi in ambito locale.

Ogni singola proposta elaborata deve indicare:

- a) l'esigenza e/o la documentazione scientifica attestante l'efficacia clinica del percorso;
- b) una specifica definizione delle prestazioni che compongono il pacchetto con l'esplicitazione dei protocolli diagnosticoterapeutici, individuati dai professionisti interessati;
- c) la tipologia dei pazienti cui il percorso è rivolto con i criteri di inclusione e di esclusione;
- d) la valutazione del numero di casi attesi nell'anno sia in ragione della prevalenza della patologia sia in relazione a possibili riconversioni di attività da DH medico o chirurgico a Day Service Ambulatoriale;
- e) se il percorso è diagnostico o terapeutico;
- f) se il percorso è di tipo medico o chirurgico;
- g) il codice di diagnosi secondo l'ICD9CM e successivi eventuali aggiornamenti.

La proposta deve essere formulata in considerazione che il day service è un modello organizzativo che permette di affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico attraverso l'erogazione di prestazioni multiple integrate, per le quali non è richiesta la permanenza con osservazione prolungata del paziente. La proposta può essere formulata ogni qualvolta la situazione clinica del paziente non giustifica il ricovero in regime ordinario ma richiede, comunque, un inquadramento globale diagnostico e terapeutico da effettuarsi in tempi necessariamente brevi.

Le proposte di day service devono essere inviate, entro il mese di giugno di ogni anno, al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica che le sottopone alla valutazione del Gruppo di monitoraggio regionale, con la prospettiva di attivare il nuovo Day - service entro il primo gennaio dell'anno successivo, attraverso apposito atto dirigenziale che attribuisce al pacchetto il codice di riferimento per l'inserimento nel Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali e le modifiche sul Sistema Edotto.

A tale riguardo, si propone di istituire, a modifica della Deliberazione di Giunta Regionale n. 35/2009,

il Gruppo Tecnico di monitoraggio con la funzione di fornire l'apporto tecnico al servizio regionale competente, con la seguente composizione:

- Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;
- Dirigente Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta Sanitaria - A.Re.S. Puglia;
- Dirigente Area di programmazione e assistenza ospedaliera - A.Re.S. Puglia;
- Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, Servizio APS;
- A.P. "Gestione e monitoraggio degli accordi contrattuali rivenienti dall'art.8 quinquies del D.L.vo 502/92" - Uff.n.3 Servizio PAOS;
- A.P. "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria - determinazione delle tariffe ricoveri ordinari ed a ciclo diurno - nuovi modelli organizzativi" - Uff.n.3 Servizio PAOS.

Il Gruppo Tecnico di monitoraggio potrà avvalersi, altresì, di competenze esterne specifiche per singola area specialistica nonché dei referenti UVARP delle Aziende sanitarie.

Le prestazioni relative ai percorsi assistenziali devono essere erogate nel rispetto delle seguenti modalità: *"il paziente accede al day service in modo programmato con impegnativa SSN redatta dallo specialista ambulatoriale, oppure dal medico curante. In entrambi i casi, la proposta di accesso su modulario SSN deve contenere l'esatta indicazione della denominazione del day service ed il relativo codice regionale. Lo specialista della struttura erogante valuta l'ammissibilità al day service, prende in carico il paziente, pianifica e coordina il percorso diagnosticoterapeutico, redige e aggiorna la cartella clinica del day service e esprime la valutazione clinica conclusiva con il referto che consegna all'assistito nel corso del colloquio conclusivo".*

Gli erogatori autorizzati ad eseguire i PCA e i PACC sono le Strutture pubbliche ospedaliere e le strutture pubbliche territoriali provviste di sale operatorie a norma, le Aziende OspedalieroUniversitarie, le Case di Cura private accreditate, gli IRCCS pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici, già autorizzati all'esercizio ed accreditati per le discipline afferenti alle tipologie delle prestazioni erogabili in regime di ricovero e trasferite in regime di Day Service, purché in possesso dei servizi correlati alle prestazioni da erogarsi e per le discipline elencate nell'Allegato B,

parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Ciò non comporta in alcun caso il riconoscimento dell'accreditamento istituzionale della relativa branca specialistica ambulatoriale.

Le Case di Cura private accreditate possono erogare, nel rispetto dei requisiti previsti dal Regolamento regionale n. 3/2005 e s.m.i., le prestazioni trasferite in regime di Day service, purché le stesse siano accreditate per la disciplina di riferimento.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di day service, il legale rappresentante delle Case di Cura private accreditate dovrà inoltrare richiesta all'Assessorato al Welfare - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, che previa verifica della corrispondenza delle prestazioni ambulatoriali, che intende erogare, alla disciplina ospedaliera già accreditata in regime ordinario, risultante da provvedimento esecutivo, rilascerà apposita autorizzazione con specifica determinazione dirigenziale.

Si precisa, inoltre, che le prestazioni ricondotte al regime ambulatoriale rientrano nei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, stabiliti annualmente con il DIEF per le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici e privati, per gli Enti Ecclesiastici e dalle AA.SS.LL. per le Case di Cura private accreditate, secondo le tariffe determinate con il presente schema di provvedimento. Il costo dei farmaci è ricompreso nelle tariffe di remunerazione dei day service, ad eccezione del DRG 410 nel caso di utilizzo di farmaci ad alto costo.

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

Per quanto attiene i controlli si ritiene che debbano avvenire a due livelli:

1. **A livello aziendale:** dovranno essere attivati i controlli in modo che ciascun percorso di Day Service risponda alle caratteristiche descritte nella presente delibera e ss.mm.ii., ferme restando le indicazioni previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1491/2010, che individua nella misura minima del 15% le verifiche annuali da parte dell'UVARP aziendale delle prestazioni in Day Service in ogni struttura erogante.

2. **A livello regionale:** Il Gruppo Tecnico di Monitoraggio dovrà definire il debito informativo dell'attività di Day Service anche attraverso l'utilizzo del flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale ed effettuare le verifiche di congruenza tra l'elenco dei percorsi aziendali presenti nell'archivio regionale e quelli trasmessi nella banca dati regionale, con particolare attenzione, ad esempio, alla completezza della diagnosi ed alla corretta prescrizione da parte del Medico di Medicina Generale o dello Specialista pubblico.

Resta inteso che qualora le prestazioni riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, vengano erogate per ragioni cliniche, in regime di ricovero ordinario e nei limiti delle soglie di ammissibilità, i controlli da parte dell'UVARP aziendale dovranno essere effettuati nella misura del 100%.

Per quanto sopra esposto si propone:

- di modificare le deliberazioni di Giunta Regionale n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20/12/2011 per la parte relativa al codice identificativo del day service;
- di confermare le tariffe stabilite con i provvedimenti n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20/12/2011;
- di remunerare le restanti prestazioni di day service, individuate nel presente schema di provvedimento all'80% della tariffa vigente (DGR n. 951/2013 e s.m.i) del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni del medesimo DRG, considerando la tariffa omnicomprensiva di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compreso la visita, gli esami diagnostici e strumentali e, per i day service chirurgici, la prima visita post - intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG e dei farmaci, a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocumento al paziente;
- di prevedere per il day service, riconducibile al DRG 410, due diverse tariffe:

1. **Trattamento chemioterapico con l'utilizzo di farmaci non ad alto costo.** Per tale tipo di trattamento si applica la tariffa all'80% di quella vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni. La tariffa

si intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici);

2. **Trattamento chemioterapico con farmaci oncologici ad alto costo**, così come individuati dalle tabelle AIFA, confermati dalla Commissione salute del 27/03/2013, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento, riportando il codice Minsan, ivi richiamato. La remunerazione delle prestazioni di chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici) sarà corrisposta con la seguente modalità:

- remunerazione del 10% della tariffa vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni (DRG 410), corrispondente ad € 37,00, oltre al costo del farmaco oncologico "ad alto costo" - Tabella AIFA, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento. Il rimborso riconosciuto non potrà essere superiore al prezzo di cessione all'azienda, come da fattura. In ogni caso il rimborso non potrà superare il prezzo "ex - factory", ovvero il prezzo con ulteriori sconti negoziati da AIFA, di cui all'Allegato C al presente schema di provvedimento, riportato nella succitata tabella AIFA, ovvero successive modifiche che dovessero intervenire.
- di disporre che:
  - a) gli erogatori registrino per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia nella cartella clinica del day service il trattamento chemioterapico erogato ed in particolare il farmaco ad alto costo oggetto dello specifico flusso informativo;
  - b) a rendicontazione dei farmaci ad alto costo utilizzati durante il day service, sia gestita mediante il flusso informativo della somministrazione farmaci del Sistema Edotto, che deve prevedere nei tracciati dei flussi: SDO e Specialistica ambulatoriale (Edotto) un apposito flag con il quale indicare se il farmaco oncologico ad alto costo è stato indicato nel suddetto flusso. A tale proposito l'Ufficio Sistemi Infor-

mativi e Flussi Informativi del Servizio APS provvederà a predisporre gli indirizzi applicativi.

- di disporre che l'Ufficio e il Servizio competenti in materia di politiche del farmaco provvedano a fornire indicazioni in merito:
  - a) all'aggiornamento della tabella AIFA e dei prezzi di riferimento;
  - b) al monitoraggio dei farmaci ad alto costo anche al fine di favorire il controllo sull'uso appropriato di tali farmaci.
- di approvare i valori percentuali delle soglie di ammissibilità di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché di modificare ed integrare il Nomenclatore tariffario regionale della Specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n.951/2013 e s.m.i., All. C Sez. day Service, inserendo le prestazioni PCA e i PACC, riportati nell'allegato A), parte integrante del presente provvedimento;
- di stabilire che il superamento del numero dei ricoveri, di cui alla citata soglia, determinerà l'applicazione, ai ricoveri in esubero, della tariffa del day - service abbattuta del 30%;
- di individuare le discipline afferenti, di cui all'Allegato B, riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero (ordinario o DH) e al DRG 225;
- di stabilire che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnosticoterapeutico delle specifiche patologie possa essere aggiornato sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere Universitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale. Le proposte formulate dalle Direzioni Sanitarie e recepite dalle Direzioni generali devono essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali espressi in ambito locale., secondo le modalità stabilite in narrativa;
- di stabilire, per quanto attiene i controlli, che debbano avvenire a due livelli:
  - a) **A livello aziendale:** dovranno essere attivati i controlli in modo che ciascun percorso di Day Service risponda alle caratteristiche descritte nella presente delibera e ss.mm.ii., ferme restando le indicazioni previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1491/2010, che individua nella misura minima del 15% le veri-

fiche annuali da parte dell'UVARP aziendale delle prestazioni in Day Service in ogni struttura erogante.

b) **A livello regionale:** Il Gruppo Tecnico di Monitoraggio dovrà definire il debito informativo dell'attività di Day Service anche attraverso l'utilizzo del flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale ed effettuare le verifiche di congruenza tra l'elenco dei percorsi aziendali presenti nell'archivio regionale e quelli trasmessi nella banca dati regionale, con particolare attenzione, ad esempio, alla completezza della diagnosi ed alla corretta prescrizione da parte del Medico di Medicina Generale o dello Specialista pubblico. Resta inteso che qualora le prestazioni riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata, vengano erogate per ragioni cliniche, in regime di ricovero ordinario e nei limiti delle soglie di ammissibilità, i controlli da parte dell'UVARP aziendale dovranno essere effettuati nella misura del 100%.

- di modificare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 35 del 27 gennaio 2009 per quanto attiene la composizione del Gruppo Tecnico di Monitoraggio regionale, come riportato in narrativa;
- di aggiornare le soglie di ammissibilità annualmente, comunque entro il mese di aprile di ogni anno, con determinazione del dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, a seguito del consolidamento dei dati dell'anno precedente elaborati dall'A. Re.S.
- di confermare quant'altro stabilito dalla Giunta Regionale con i provvedimenti 27 gennaio 2009, n. 35, n.433 del 10/03/2011, n. 2863 del 20 dicembre 2011 e n. 13 951/2013 in materia di day service, nonché con il presente schema di deliberazione.

“COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. n.28/2001 E S.M. E I.”

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, comma 4, lettera f).

## LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

## DELIBERA

Per quanto esplicitato in narrativa e quivi riportato per farne parte integrante e sostanziale:

1. di modificare le deliberazioni di Giunta Regionale n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20/12/2011 per la parte relativa al codice identificativo del day service;
2. di confermare le tariffe stabilite con i provvedimenti n. 433 del 10/03/2011 e n. 2863 del 20/12/2011;
3. di remunerare le restanti prestazioni di day service, individuate nel presente schema di provvedimento all' 80% della tariffa vigente (DGR n.951/2013 e s.m.i) del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni del medesimo DRG, considerando la tariffa omnicomprensiva di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compreso la visita, gli esami diagnostici e strumentali e, per i day service chirurgici, la prima visita post - intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG e dei farmaci, a prescindere dal numero di accessi erogati che comunque non possono essere superiori a tre, al fine di non procurare nocimento al paziente;
4. di stabilire per il day service, riconducibile al DRG 410, due diverse tariffe:
  - a) **Trattamento chemioterapico con l'utilizzo di farmaci non ad alto costo.** Per tale tipo di trattamento si applica la tariffa all' 80% di quella vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri



diurni. La tariffa si intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici);

b) **Trattamento chemioterapico con farmaci oncologici ad alto costo**, così come individuati dalle tabelle AIFA, confermati dalla Commissione salute del 27/03/2013, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento, riportando il codice Minsan, ivi richiamato. La remunerazione delle prestazioni di chemioterapia (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici) sarà corrisposta con la seguente modalità:

- remunerazione del 10% della tariffa vigente del ricovero ordinario con durata di degenza 0-1 giorno - Ricoveri diurni (DRG 410), corrispondente ad € 37,00, oltre al costo del farmaco oncologico "ad alto costo" - Tabella AIFA, di cui all'Allegato C, al presente schema di provvedimento. Il rimborso riconosciuto non potrà essere superiore al prezzo di cessione all'azienda, come da fattura. In ogni caso il rimborso non potrà superare il prezzo "ex - factory", ovvero il prezzo con ulteriori sconti negoziati da AIFA, di cui all'Allegato C al presente schema di provvedimento, riportato nella succitata tabella AIFA, ovvero successive modifiche che dovessero intervenire;

5. di stabilire che, al fine del monitoraggio sull'uso appropriato e dell'utilizzo dei farmaci ad alto costo, gli erogatori registrino per ciascun paziente e per ciascun ciclo di terapia nella cartella clinica del day service il trattamento chemioterapico erogato ed in particolare il farmaco ad alto costo oggetto dello specifico flusso informativo;
6. di stabilire che per rendere operativo quanto sopra previsto sia necessario che la struttura erogante il day service al fine della rendicontazione dei farmaci ad alto costo somministrati ai pazienti in mobilità interregionale e interazien-

dale, nonché ai pazienti residenti nel proprio ambito territoriale durante il day service provveda a segnalare il consumo degli stessi, attraverso il flusso informativo della somministrazione farmaci del Sistema Edotto, già esistente, e valorizzando contestualmente nel flusso della Specialistica ambulatoriale (Edotto) un apposito flag con il quale indicare se il farmaco oncologico ad alto costo è stato rendicontato nel flusso della somministrazione;

7. di stabilire che l'Ufficio e il Servizio competenti in materia di politiche del farmaco provvedano a fornire indicazioni in merito:
  - a) all'aggiornamento della tabella AIFA e dei prezzi di riferimento;
  - b) al monitoraggio dei farmaci ad alto costo anche al fine di favorire il controllo sull'uso appropriato di tali farmaci;
8. di approvare i valori percentuali delle soglie di ammissibilità di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché di modificare ed integrare il Nomenclatore tariffario regionale della Specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 951/2013 e s.m.i., All. C Sez. day Service, inserendo le prestazioni PCA e i PACC, riportati nell'Allegato A, parte integrante del presente provvedimento;
9. di stabilire che il superamento del numero dei ricoveri, di cui alla citata soglia, determinerà l'applicazione, ai ricoveri in esubero, della tariffa del day - service abbattuta del 30%;
10. di aggiornare le soglie di ammissibilità annualmente, comunque entro il mese di aprile di ogni anno, con determinazione del dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, a seguito del consolidamento dei dati dell'anno precedente elaborati dall'A. Re.S.
11. di individuare le discipline afferenti, di cui all'Allegato B, riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero (ordinario o DH) e al DRG 225;
12. di stabilire che l'elenco di pacchetti di prestazioni che individuano il percorso diagnosticoterapeutico delle specifiche patologie possa

essere aggiornato sulla base di proposte inviate alla Regione dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliero Universitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale. Le proposte formulate dalle Direzioni Sanitarie e recepite dalle Direzioni generali devono essere redatte nel rispetto dei criteri di appropriatezza e di congruenza con i bisogni assistenziali espressi in ambito locale, secondo le modalità stabilite in narrativa;

13. di stabilire che le proposte di day service debbano essere inviate, entro il mese di giugno di ogni anno, al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica che le sottopone alla valutazione del Gruppo di monitoraggio regionale, con la prospettiva di attivare il nuovo Day - service entro il primo gennaio dell'anno successivo, attraverso apposito atto dirigenziale che attribuisce al pacchetto il codice di riferimento per l'inserimento nel Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali e le modifiche sul Sistema Edotto;
14. di stabilire che gli erogatori autorizzati ad eseguire i PCA e i PACC siano le Strutture pubbliche ospedaliere, le strutture pubbliche territoriali provviste di sale operatorie a norma, le Aziende OspedalieroUniversitarie, le Case di Cura private accreditate, gli IRCCS pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici, già autorizzati all'esercizio ed accreditati per le discipline afferenti alle tipologie delle prestazioni erogabili in regime di ricovero e trasferite in regime di Day Service, purché in possesso dei servizi correlati alle prestazioni da erogarsi e per le discipline elencate nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ciò non comporta in alcun caso il riconoscimento dell'accreditamento istituzionale della relativa branca specialistica ambulatoriale;
15. di ribadire che le Case di Cura private accreditate possano erogare, nel rispetto dei requisiti previsti dal Regolamento regionale n. 3/2005 e s.m.i., le prestazioni trasferite in regime di Day service, purché le stesse siano accreditate per la disciplina di riferimento;
16. di stabilire che ai fini dell'erogazione delle prestazioni di day service, il legale rappresentante delle Case di Cura private accreditate inoltri la richiesta all'Assessorato al Welfare - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, che previa verifica della corrispondenza delle prestazioni ambulatoriali, che intende erogare, alla disciplina ospedaliera già accreditata in regime ordinario, risultante da provvedimento esecutivo, rilascerà apposita autorizzazione con specifica determinazione dirigenziale;
17. di ribadire che le prestazioni ricondotte al regime ambulatoriale rientrano nei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, stabiliti annualmente con il DIEF per le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici e privati, per gli Enti Ecclesiastici e dalle AA.SS.LL. per le Case di Cura private accreditate, secondo le tariffe determinate con il presente schema di provvedimento. Il costo dei farmaci è ricompreso nelle tariffe di remunerazione dei day service, ad eccezione del DRG 410 nel caso di utilizzo di farmaci ad alto costo;
18. di stabilire che le Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA) e i Pacchetti Ambulatoriali Coordinati e Complessi (PCCA), indipendentemente dal soggetto erogatore (pubblico o privato), siano soggette al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino non esente nella misura di 36,15, oltre la quota fissa di € € 10,00 di cui alla Legge 15.07.2011, n.111;
19. di stabilire, per quanto attiene i controlli, che debbano avvenire a due livelli:
  - a) **A livello aziendale:** dovranno essere attivati i controlli in modo che ciascun percorso di Day Service risponda alle caratteristiche descritte nella presente delibera e ss.mm.ii., ferme restando le indicazioni previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1491/2010, che individua nella misura minima del 15% le verifiche annuali da parte dell'UVARP aziendale delle prestazioni in Day Service in ogni struttura erogante.
  - b) **A livello regionale:** Il Gruppo Tecnico di Monitoraggio dovrà definire il debito infor-

mativo dell'attività di Day Service anche attraverso l'utilizzo del flusso Assistenza Specialistica Ambulatoriale ed effettuare le verifiche di congruenza tra l'elenco dei percorsi aziendali presenti nell'archivio regionale e quelli trasmessi nella banca dati regionale, con particolare attenzione, ad esempio, alla completezza della diagnosi ed alla corretta prescrizione da parte del Medico di Medicina Generale o dello Specialista pubblico;

Resta inteso che qualora le prestazioni riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata, vengano erogate per ragioni cliniche, in regime di ricovero ordinario e nei limiti delle soglie di ammissibilità, i controlli da parte dell'UVARP aziendale dovranno essere effettuati nella misura del 100%.

20. di modificare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 35 del 27 gennaio 2009 per quanto attiene la composizione del Gruppo Tecnico di Monitoraggio regionale, con la funzione di fornire l'apporto tecnico al servizio regionale competente, con la seguente composizione:
- Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;
  - Dirigente Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta Sanitaria - A.Re.S. Puglia;
  - Dirigente Area di programmazione e assistenza ospedaliera - A.Re.S. Puglia;
  - Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, Servizio APS;
  - A.P. "Gestione e monitoraggio degli accordi contrattuali rivenienti dall'art.8 quinquies del D.L.vo 502/92" - Uff.n.3 Servizio PAOS;
  - A.P. "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria - determinazione delle tariffe

ricoveri ordinari ed a ciclo diurno - nuovi modelli organizzativi" - Uff.n.3 Servizio PAOS. Il Gruppo Tecnico di monitoraggio potrà avvalersi, altresì, di competenze esterne specifiche per singola area specialistica nonché dei referenti UVARP delle Aziende sanitarie.

21. di confermare quant'altro stabilito dalla Giunta Regionale con i provvedimenti 27 gennaio 2009, n. 35, n.433 del 10/03/2011, n. 2863 del 20 dicembre 2011 e n. 951/2013 in materia di day service, nonché con il presente schema di deliberazione;
22. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, nonché agli Enti Ecclesiastici, agli IRCCS pubblici e privati, all'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio APS, all'Ufficio Politiche del Farmaco del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, ad Innovapuglia e alla società "Exprivia Healthcare IT";
23. di notificare il presente provvedimento alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, territorialmente competenti;
24. di stabilire, infine, che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURP ai sensi dell'art. 6, comma 1, della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta  
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

TABELLA TARIFFE DAY SERVICE RELATIVI AI I08 DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA E RELATIVO CODICE IDENTIFICATIVO – ALLEGATO A

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE IDENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
6	1	C	PC.A0.2	Decompressione del tunnel carpale	523	1%
8	1	C	04.44	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.068	19%
13	1	M	PCCA34	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	151	31%
19	1	M	PCCA35	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	158	54%
36	2	C	PCA1	Interventi sulla retina	1.193	27%
38	2	C	PCA2	Interventi primari sull'iride	951	51%
39	2	C	13.70.1; 13.72; 13.8;14.75; PC.A0.1	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	796	2%
40	2	C	08.72 ; 08.74	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.292	15%
41	2	C	PCA3	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.037	8%
42	2	C	PCA4	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	1.217	36%

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE DENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
47	2	M	PCCA36	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	180	12%
51	3	C	PCA5	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.182	50%
55	3	C	PCA6	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.291	51%
59	3	C	PCA7	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	771	4%
60	3	C	PCA8	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	522	4%
61	3	C	PCA9	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.388	10%
62	3	C	PCA10	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	856	7%
65	3	M	PCCA37	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)	158	30%
70	3	M	PCCA38	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	132	76%
73	3	M	PCCA39	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	192	43%
74	3	M	PCCA40	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	139	29%
88	4	M	PCCA41	Malattia polmonare cronica ostruttiva	136	25%

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE IDENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
119	5	C	PCA11	Legatura e stripping di vene	1.247	2%
131	5	M	PCCA42	Malattie vascolari periferiche, senza CC (eccetto urgenze)	140	46%
133	5	M	PCCA43	Aterosclerosi, senza CC (eccetto urgenze)	154	30%
134	5	M	PA.00.2	Iperensione (eccetto urgenze)	158	14%
139	5	M	PCCA44	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	147	63%
142	5	M	PCCA45	Sincope e collasso, senza CC (eccetto urgenze)	166	25%
158	6	C	PCA12	Interventi su ano e stoma, senza CC	805	25%
160	6	C	53.41; 53.49.1	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	1.218	56%
162	6	C	53.00.1; 53.00.2; 53.21.1; 53.29.1	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	1.024	16%
163	6	C	PCA13	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)	971	27%
168	3	C	PCA14	Interventi sulla bocca, con CC	1.089	42%
169	3	C	PCA15	Interventi sulla bocca, senza CC	1.089	9%
183	6	M	PCCA46	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	143	54%

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE DENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
184	6	M	PCCA47	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni( <i>eccetto urgenze</i> )	124	55%
187	3	M	PCCA48	Estrazioni e riparazioni dentali	225	9%
189	6	M	PCCA49	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	143	32%
206	7	M	PCCA50	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza CC	156	22%
208	7	M	PCCA51	Malattie delle vie biliari, senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	137	79%
227	8	C	PCA16	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.199	22%
228	8	C	PCA17	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1.349	15%
229	8	C	81.72; 81.75; 84.01; 84.02	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.037	21%
232	8	C	80.20	Artroscopia	1.210	7%
241	8	M	PCCA52	Malattie del tessuto connettivo, senza CC	161	15%
243	8	M	PCCA53	Affezioni mediche del dorso ( <i>eccetto urgenze</i> )	156	10%
245	8	M	PCCA54	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza CC	153	27%
248	8	M	PCCA55	Tendinite, miosite e borsite	138	17%

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE DENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
249	8	M	PCCA56	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	174	23%
251	8	M	PCCA57	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	153	35%
252	8	M	PCCA58	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	152	49%
254	8	M	PCCA59	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	135	35%
256	8	M	PCCA60	Altre diagnosi del sistema muscolo- scheletrico e del tessuto connettivo	189	72%
262	9	C	PCA18	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	930	2%
266	9	C	PCA19	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	1.386	9%
268	9	C	PCA20	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.725	35%
270	9	C	PCA21	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	879	7%
276	9	M	PCCA61	Patologie non maligne della mammella	138	19%



DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE IDENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
281	9	M	PCCA62	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	214	35%
282	9	M	PCCA63	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni ( <i>eccetto urgenze</i> )	195	35%
283	9	M	PCCA64	Malattie minori della pelle con CC	130	30%
284	9	M	PCCA65	Malattie minori della pelle senza CC	123	31%
294	10	M	PA.001	Diabete età > 35 anni	189	17%
295	10	M	PCCA66	Diabete età < 36 anni	128	18%
299	10	M	PCCA67	Difetti congeniti del metabolismo	177	20%
301	10	M	PCCA68	Malattie endocrine, senza CC	168	14%
317	11	M	PCCA69	Ricovero per dialisi renale	163	69%
323	11	M	98.51.1; 98.51.2; 98.51.3	Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	512	48%
324	11	M	PCCA70	Calcolosi urinaria, senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	130	53%
326	11	M	PCCA71	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC ( <i>eccetto urgenze</i> )	129	25%
327	11	M	PCCA72	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	128	42%
329	11	M	PCCA73	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	158	45%

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE DENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
332	11	M	PCCA74	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	157	35%
333	11	M	PCCA75	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	172	34%
339	12	C	PCA22	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	955	16%
340	12	C	PCA23	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	894	13%
342	12	C	PCA24	Circoncisione età > 17 anni	768	1%
343	12	C	PCA25	Circoncisione età < 18 anni	537	3%
345	12	C	PCA26	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1.065	40%
349	12	M	PCCA76	Ipertrofia prostatica benigna, senza CC	121	8%
352	12	M	PCCA77	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	183	30%
360	13	C	PCA27	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.106	17%
362	13	C	PCA28	Occlusione endoscopica delle tube	938	67%
364	13	C	PCA29	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	815	11%
369	13	M	PCCA78	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	143	44%
377	14	C	PCA30	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.041	37%

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE IDENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
381	14	C	PCA31	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	879	9%
384	14	M	PCCA79	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	120	39%
395	16	M	PCCA80	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	173	40%
396	16	M	PCCA81	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	198	38%
399	16	M	PCCA82	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	154	31%
404	17	M	PCCA83	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	219	21%
409	17	M	PCCA84	Radioterapia	283	1%
410	17	M	PCCA85	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta - <b>a) Trattamento chemioterapico con l'utilizzo di farmaci non ad alto costo</b>	297 (comprensiva anche di altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali, della visita di presa in carico del paziente, degli esami ematochimici)	2%
410	17	M	PCCA86	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta - <b>b) Trattamento chemioterapico con farmaci oncologici ad alto costo</b>	37 (oltre al costo del farmaco oncologico "ad alto costo" - Tabella AIFA, di cui all'Allegato C)	

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE DENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
411	17	M	PCCA87	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	123	16%
412	17	M	PCCA88	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	184	26%
426	19	M	PCCA89	Nevrosi depressive ( <i>eccetto urgenze</i> )	110	30%
427	19	M	PCCA90	Nevrosi eccetto nevrosi depressive ( <i>eccetto urgenze</i> )	110	30%
429	19	M	PCCA91	Disturbi organici e ritardo mentale	110	75%
465	23	M	PCCA92	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	143	13%
466	23	M	PCCA93	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	143	13%
467	23	M	PCCA94	Altri fattori che influenzano lo stato di salute ( <i>eccetto urgenze</i> )	107	28%
490	25	M	PCCA95	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	209	11%
503	8	C	PCA32	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.607	25%

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE DENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (di cui alla DGR n. 951-2013)	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
538	8	C	PCA33	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.406	27%
563	1	M	PCCA96	Convulsioni età >17 anni senza CC	171	43%
564	1	M	PCCA97	Cefalea età >17 anni	156	30%

**TABELLA TARIFFE DAY SERVICE NON RICONDUCEBILI AI I08 DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA E RELATIVO CODICE IDENTIFICATIVO – ALLEGATO A**

DRG	mdc	tipo PACC/DRG	CODICE DENTIFICATIVO DAY SERVICE	descrizione	80% TARIFFA Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Valore soglia ricoveri ordinari e DH oltre i quali si applicano le penalizzazioni tariffarie
225	8	C	77.56; 84.11	Interventi sul piede	1.348	31%

Nella tariffa del Day Service sono comprese tutte le prestazioni necessarie per l'erogazione del PAC/PACC compreso la visita di controllo e i farmaci. Per il PCA/DRG 410 la tariffa si intende per ogni accesso in cui è stata praticata la chemioterapia.

Per tutti gli altri PACC/PCA la tariffa in Day Service è omnicomprensiva ed indipendente dal numero di accessi erogati, che comunque non può superare il numero di 3 (tre).

Tutti i ricoveri (ordinari e DH) ed il Day Service possono essere oggetto di contestazioni qualora ritenuti inappropriati secondo le disposizioni vigenti, anche se erogati all'interno dei valori soglia.

I DRG con indicazioni "eccetto urgenze" e "0-1 giorno" e ulteriori specifiche, di cui al Patto della Salute 2010-2012, sono esclusi dal calcolo e quindi non partecipano a determinare la soglia dei ricoveri ordinari e DH oltre la quale si applicano le penalizzazioni tariffarie











KG	Denominazione	COD	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA
134	Iperensione Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	8	CARDIOLOGIA	26	MEDICINA GENERALE										
139	Sincope e collasso senza CC	8	CARDIOLOGIA	26	MEDICINA GENERALE										
142	CC	8	CARDIOLOGIA	26	MEDICINA GENERALE			32	NEUROLOGIA						
158	Interventi su ano e stoma senza CC	9	CHIRURGIA GENERALE												
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	9	CHIRURGIA GENERALE												
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	9	CHIRURGIA GENERALE												
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	9	CHIRURGIA GENERALE	11	CHIRURGIA PEDIATRICA			78	UROLOGIA PEDIATRICA						
168	Interventi sulla bocca con CC	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE			38	OTORINOLA RINGOIATRI A						
165	Interventi sulla bocca senza CC	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE			38	OTORINOLA RINGOIATRI A						











ORG	Denominazione	COD	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA
317	Ricovero per dialisi renale														
		29	NEFROLOGIA												
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	43	UROLOGIA	9	CHIRURGIA GENERALE	29	NEFROLOGI A	26	MEDICINA GENERALE						
324	Calcolosi urinaria senza CC	43	UROLOGIA	9	CHIRURGIA GENERALE	29	NEFROLOGI A	26	MEDICINA GENERALE						
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	43	UROLOGIA	9	CHIRURGIA GENERALE	29	NEFROLOGI A	26	MEDICINA GENERALE						
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	39	PEDIATRIA	78	UROLOGIA PEDIATRICA	77	NEFROLOGI A PEDIATRICA	11	CHIRURGIA PEDIATRICA						
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	43	UROLOGIA	9	CHIRURGIA GENERALE										
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	43	UROLOGIA	26	MEDICINA GENERALE	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E D	29	NEFROLOGIA						
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	39	PEDIATRIA	78	UROLOGIA PEDIATRICA	77	NEFROLOGI A PEDIATRICA	11	CHIRURGIA PEDIATRICA						





IRG	Denominazione	COD	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA
362	Occlusione endoscopica delle tube	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA												
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	9	CHIRURGIA GENERALE										
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	39	PEDIATRIA	9	CHIRURGIA GENERALE	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E D						
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA												
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA												
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA												
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	18	EMATOLOGIA	26	MEDICINA GENERALE	64	ONCOLOGI	21	GERIATRIA						





DRG	Denominazione	COD	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLINA	CO D	DISCIPLIN A	CO D	DISCIPLINA
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	32	NEUROLOGIA	26	MEDICINA GENERALE	30	NEUROCHIRURGIA						
564	Cefalea, età > 17 anni	32	NEUROLOGIA	26	MEDICINA GENERALE	30	NEUROCHIRURGIA						

**FARMACI ONCOLOGICI AD ELEVATO COSTO – ANNO 2013 – ALLEGATO C**

Allegato B - Farmaci oncologici ad elevato costo – anno 2013

Principio attivo	Descrizione Principio attivo	Codice minsan	Nome commerciale	Prezzo massimo di cessione al SSN (aggiornamento 7 ott 2013)	Prezzo ex-factory I.V.A. esclusa (da Det AIC)
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680027	AVASTIN 25MG/ML 1FL 4ML		321,85
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680015	AVASTIN 25MG/ML 1FL 16ML		1.289,00
L01XC06	CETUXIMAB	036584035	ERBITUX 5MG/ML IV FL 20ML	170,62	199,00
V10XX02	IBRITUMOMAB TIUXETANO	036311013	ZEVALIN 18MG/ML KIT IV 1FL		10.000,00
L01XC03	TRASTUZUMAB	034949014	HERCEPTIN 150MG IV 1 FL 150	577,97	840,41
L01XX32	BORTEZOMIB	036559019	VELCADE 1FL 3,5MG 10ML	1.006,65	1.300,00
L01BA04	PEMETREXED	036587018	ALIMTA IV 1 FL 500 MG	1.111,93	1.445,00
L01BA04	PEMETREXED	036587020	ALIMTA IV 1 FL 100 MG	222,39	289,00
L01XC02	RITUXIMAB	033315019	MABTHERA IV 2 FL 100 MG 10ML		555,19
L01XC02	RITUXIMAB	033315021	MABTHERA IV 1 FL 500 MG 50ML		1.387,72
L01BB07	NELARABINA	038116012	ATRIANCE 5MG/ML 6FL 50ML	1.983,60	2.320,00
L01XE09	TEMSIROLIMUS	038327019	TORISEL IV 30MG 1FL 1,8ML		986,00
L01XC05	PANITUMUMAB	038347035	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 20ML		1.700,00
L01XC05	PANITUMUMAB	038347011	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 5ML		425,00
L01DB01	doxorubicina cloridrato (pegilato)	033308014	CAELYX 2 MG/ML 10 ML 1FL	300,62	349,66
L01DB01	doxorubicina cloridrato (pegilato)	033308038	CAELYX 2 MG/ML 25 ML 1FL	751,55	874,15
L01BB04	cladribina	029005016	LEUSTATIN I.V. 7FL 10 ML 10MG		
L01DB01	doxorubicina cloridrato (liposomiale)	035189012	MYOCET*IV 2 SET/3 FLAC 50 MG		
L01XX08	pentostatina	028645012	NIPENT*IV 1 FL 10 MG		
L01CX01	trabectedina	038165015	YONDELIS 1FL 0,25MG		530,00
L01CX01	trabectedina	038165027	YONDELIS 1 FL 1MG		1.984,00
L01BC07	azacitidina	038996017	VIDAZA SC 1FL 100MG 25 MG/ML		354,00
L01XC04	Alemtuzumab	035274024	MABCAMPATH 3 FL 1ML 30 mg/ml		1.208,93
L01XC04	Alemtuzumab	035274012	MABCAMPATH 3 FL 3ML 10 mg/ml		1.208,93
L01BB06	Clofarabina	037409012	EVOLTRA 4 FL 20 ML 1 mg/ml		6.700,00
L01AD05	Fotemustina	029376011	MUPHORAN 1 FL 208 MG		
L03AX16	Plenxafor	039587011	MOZOBIL SC 1FL 24mg 20mg/ml	5.649,44	6.215,00
L01XX41	Enbulina	041021015	HALAVEN IV 1FL 2 ml 0,44mg/ml	348,37	400,00
L03AX15	Mifamurtide	039549011	MEPACT 1 FL 4MG	2.889,78	3.301,00
L01XC10	Ofatumumab	039826033	ARZERRA 1FL 1000mg/50ml	1.286,09	2.411,00
L01XC10	Ofatumumab	039826019	ARZERRA 3FL 100mg/5ml	385,67	723,00

L01XC11	Ipilimumab	041275013	YERVOY 1 FL 10 ML 5mg/ml	2.684,94	4.250,00
L01XC11	Ipilimumab	041275025	YERVOY 1 FL 40 ML 5mg/ml	10.739,75	17.000,00
L01XC12	Brentuximab vedotin	E01106010	ADCETRIS 50 MG 1 FL (Millenium USA)		
L01XC12	Brentuximab vedotin	E01150010	ADCETRIS 1 FL 50 MG (Takeda UK)		
L01CD04	Cabazitaxel	041013018	JEVTANA IV 1 FL 1,5ML 60MG	3.176,80	4.400,00
L01XC09	Catumaxomab	039223019	REMOVAB 1 SIR 10MCG+1 CAN		500,00
L01XC09	Catumaxomab	039223021	REMOVAB 1 SIR 50 MCG+1CAN		2.500,00