



Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

N. U0081 del **14 LUG. 2010**

Proposta n. 11788 del 14/07/2010

Oggetto:

Trasferimento delle prestazioni di cui al "Patto per la salute" del 3 dicembre 2009 dal regime di ricovero al regime ambulatoriale - Introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA)

Estensore

CORRADI ANTONELLO

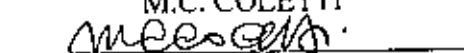

Il Direttore Regionale

VICARIO M.C. COLETTI

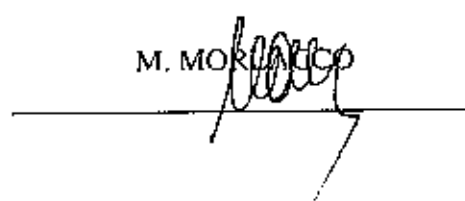

Il Direttore del Dipartimento

DIRET. PROTEMPORE G.MAGRINI


Responsabile del Procedimento

M.C. COLETTI


Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

M. MORABITO


**Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)**

DECRETO n. 000 61/2010

OGGETTO: Trasferimento delle prestazioni di cui al "Patto per la salute" del 3 dicembre 2009 dal regime di ricovero al regime ambulatoriale - Introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA).

IL COMMISSARIO AD ACTA

PRESO ATTO che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del disavanzo sanitario della Regione Lazio;

VISTO il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, concernente il riordino della discipline in materia sanitaria;

VISTO il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 " *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*";

VISTA la DGR n. 864 del 28 giugno 2002 " *Individuazione delle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriatazza di cui all'allegato 2C del DPCM del 29/11/01*" e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la DGR n. 731 del 4 agosto 2005 " *Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del Livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale*";

VISTE la DGR n. 143 del 22 marzo 2006 " *Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale*" e la successiva DGR n. 922 del 21 dicembre 2006 " *Integrazione deliberazione Giunta regionale n. 143/06. Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi*";

VISTE la DGR 12 febbraio 2007, n. 66 " *Approvazione del - Piano di rientro - per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge 311/04*" e la DGR 6 marzo 2007 n.149 " *Preso d'atto dell'accordo Stato*

regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge n.311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di rientro";

VISTE la DGR n. 436 del 19 giugno 2007 "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2007. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art 1 comma 180 L. 311/2004: obiettivi specifici 1.2 - 1.3. - 2.2", e successive modifiche ed integrazioni e la DGR n. 1061 del 28 dicembre 2007 "Rettifiche ed integrazioni DGR 436/07";

VISTA la DGR n. 538 del 13 luglio 2007 "Integrazione DGR n. 143/06 e DGR n. 922/06. Promozione dell'appropriatezza organizzativa, introduzione di ulteriori Pacchetti di prestazioni Ambulatoriali Complesse";

VISTA la DGR n. 114 del 29 febbraio 2008 "Ricognizione del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali erogabili nell'ambito del SSR e relative tariffe in esecuzione della sentenza del TAR Lazio n. 12623/07";

CONSIDERATO che, nell'ambito dell'indirizzo strategico programmatico di potenziare i servizi territoriali e le forme di assistenza alternative al ricovero e di riqualificare l'assistenza ambulatoriale, appare necessario individuare quale azione prioritaria 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, day surgery e da questi ultimi verso l'ambulatorio;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 1 del 12 gennaio 2010 "Appropriatezza organizzativa e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale: introduzione di ulteriori pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), prestazioni e accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA)".

VISTO l'Allegato A del "Patto per la salute" del 3 dicembre 2009 (cfr articolo 6, comma 5) nel quale sono riportate le "Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale".

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 31 maggio 2010 "Integrazioni e modifiche dei Programmi Operativi di cui al decreto del Commissario ad Acta n.37 del 21/04/2010" relativamente al trasferimento di prestazioni ospedaliere di cui ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e fissazione delle relative tariffe (2.9.1).

RITENUTO di procedere al trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 49/10.

DECRETA

per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento di:

- approvare l'Allegato 1 "Introduzione di accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA)" alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
- disporre la pubblicazione del presente Atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito internet di Laziosanità-ASP.



C:\Documents and
Settings\10e00018\D

RENATA BOLVERINI


ALLEGATO 1**INTRODUZIONE DI ULTERIORI ACCORPAMENTI DI PRESTAZIONI
AMBULATORIALI (APA)**

In linea con gli obiettivi e le finalità indicate dalle DGR 143/06 e DGR 922/06, dal DPCA n.1/10, dal Piano di Rientro, dal Patto per la Salute e dal Decreto del Commissario ad acta n. 49/10, sono stati individuati ulteriori settori di attività chirurgica che è possibile trasferire al regime ambulatoriale come APA.

Il passaggio al regime ambulatoriale è possibile grazie al combinato delle caratteristiche patologiche e dell'evoluzione delle tecniche chirurgiche che ne garantiscono la fattibilità, sia sotto il profilo clinico che organizzativo.

Vengono introdotti i seguenti Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) (tabelle 2.1-2.21):

1. Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore [codice ICD-9-CM 08.72]
2. Ricostruzione della palpebra a tutto spessore [codice ICD-9-CM: 08.74]
3. Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fatico) [codice ICD-9-CM: Inserzione di cristallino artificiale SAI 13.70]
4. Impianto secondario di cristallino artificiale [codice ICD-9-CM: 13.72]
5. Rimozione di cristallino artificiale impiantato [codice ICD-9-CM: 13.8]
6. Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta [codice ICD-9-CM: 53.01 diretta - 53.02 indiretta]
7. Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta [codice ICD-9-CM: 53.03 diretta - 53.04 indiretta]
8. Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi [codice ICD-9-CM: 53.21]
9. Riparazione monolaterale di ernia crurale [codice ICD-9-CM: 53.29]
10. Riparazione di ernia ombelicale con protesi [codice ICD-9-CM: 53.41]
11. Riparazione di ernia ombelicale [codice ICD-9-CM: 53.49]
12. Riparazione di dito a martello/artiglio [codice ICD-9-CM: 77.56 dito a martello - 77.57 dito ad artiglio]
13. Artroscopia sede non specificata [codice ICD-9-CM: 80.20, 80.21 e 80.26]
14. Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto [codice ICD-9-CM: 81.72]
15. Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto [codice ICD-9-CM: 81.75]
16. Amputazione e disarticolazione di dita della mano [codice ICD-9-CM: 84.01]
17. Amputazione e disarticolazione del pollice [codice ICD-9-CM: 84.02]
18. Amputazione di dita del piede [codice ICD-9-CM: 84.11]

9

19. Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. prima seduta [codice ICD-9-CM: 98.51 e 59.8]
20. Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale per seduta successiva alla prima [codice ICD-9-CM:98.51 e 59.8]
21. Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica [codice ICD-9-CM: 98.51].

Con il presente decreto si dispone inoltre di:

- sostituire l'APA 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)"* attualmente vigente con l'APA 13.41 *"Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare - Incluso: Impianto di lenti, anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento - Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria";*
- eliminare le prestazioni 13.19 *"Altra estrazione intracapsulare del cristallino"*, 13.2 *"Estrazione extracapsulare del cristallino con tecnica di estrazione lineare"* e 13.70 *"Inserzione del cristallino artificiale nas"*, presenti nel vigente nomenclatore tariffario regionale nella branca 80, in quanto ricomprese nell'APA 13.41 come descritto nella tabella 2.22.
- eliminare la prestazione 13.8 *"Rimozione di cristallino impiantato"* presente nel vigente nomenclatore tariffario regionale nella branca 80 sostituita dall'APA 13.8 come indicato nella tabella 2.5.
- eliminare la prestazione 55.12.1 *"Litotrisia extracorporea"* presente nel vigente nomenclatore tariffario regionale nella branca 80 sostituita dagli APA 98.51.1; 98.51.2; 98.51.3 come specificato nelle tabelle 2.19; 2.20;2.21.
- di subordinare l'erogazione dell'APA 13.70.1 *"Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fatico)"* Incluso: impianto di lenti, visite e prestazioni pre e post intervento Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria" alle seguenti indicazioni cliniche: Anisometropia superiore alle quattro diottrie, di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametropico con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre operatoria la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza o l'impossibilità all'uso di lente a contatto corneale. La certificazione di intolleranza o impossibilità all'uso di lenti a contatto deve essere rilasciata da struttura pubblica diversa dalla struttura erogatrice.
- eliminare la prestazione 80.20.1 *"Artroscopia diagnostica sede non specificata"* presente nel vigente nomenclatore tariffario regionale nella branca 80 e sostituita dall'APA 80.20 come specificato nella tabella 2.13.
- identificare le strutture idonee all'erogazione degli APA introdotti, connotati dalla nota "R", come elencate nelle relative tabelle di seguito riportate.

Tabella 2.1 – Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore Escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (Incluso: anestesia, visite e prestazioni preintervento e post intervento)	34			516,50

Tabella 2.2 – Ricostruzione della palpebra a tutto spessore

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore Escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (Incluso: anestesia, visite e prestazioni preintervento e post intervento)	34			516,50

Tabella 2.3 – Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH*	13.70.1	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (In occhio fatico) Incluso: impianto di lenti, anestesia visite e prestazioni pre e post intervento. Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria"	34			1.000,00

*Erogabile secondo le seguenti indicazioni cliniche: Anisometropia superiore alle quattro diottrie, di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametropico con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre operatoria la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza o l'impossibilità all'uso di lenti a contatto corneale. La certificazione di intolleranza o impossibilità all'uso di lenti a contatto deve essere rilasciata da struttura pubblica diversa dalla struttura erogatrice.

Tabella 2.4 – Impianto secondario di cristallino artificiale

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale Incluso: impianto lenti, anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento. Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria"	34	80		1.000,00

Tabella 2.5 – Rimozione di cristallino artificiale impiantato

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato Incluso: anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento	80	34		1.032,91

Tale APA sostituisce la prestazione codice 13.8 presente nel vigente Nomenclatore tariffario regionale.

Tabella 2.6 – Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIHR	53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento)	09			929,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: CdC "Annunziata", A.O. "S.Giovanni-Addolorata", P.U. "A.Gemelli".

8

Tabella 2.7 – Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_C
AIHR	53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (Incluso: visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	09			929,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: P.U. "A.Gemelli", P.U. "Umberto I", "Policlino Casilino".

Tabella 2.8 – Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_C
AIHR	53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (Incluso: visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	09			929,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: P.U. "Umberto I", "Policlino Casilino", FBF "Villa S. Pietro".

Tabella 2.9 – Riparazione monolaterale di ernia crurale

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_C
AIHR	53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale (Incluso: visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	09			929,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: A.O. "S.Giovanni-Addolorata", P.O. "SS. Trinità".

Tabella 2.10 – Riparazione di ernia ombelicale con protesi

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_C
AIHR	53.41	Riparazione di ernia ombelicale con protesi (Incluso: visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	09			929,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: P.U. "A.Gemelli", P.U. "Umberto I", FBF "Villa S. Pietro".

Tabella 2.11 – Riparazione di ernia ombelicale

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_C
AIHR	53.49.1	Riparazione di ernia ombelicale (Incluso: visita anestesologica, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento)	09			929,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: P.U. "A.Gemelli", P.U. "Umberto I", A.O. "S.Camillo-Forlanini", IRCCS "Bambino Gesù".

Tabella 2.12 – Riparazione di dito a martello/artiglio

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_C
AIHR	77.56	Riparazione di dito a martello/artiglio (Incluso: visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	36			750,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: "Israelitico", "ICOT Latina", "Campus Biomedico".

Tabella 2.13 – Artroscopia

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_C
AIHR	80.20	Artroscopia sede non specificata (Incluso: visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	80	36		516,50

Tale APA 80.20 sostituisce la prestazione codice 80.20.1 presente nel vigente nomenclatore tariffario regionale.

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: "ICOT Latina", P.O. "S.Spirito", P.O. "CTO".

Tabella 2.14 – Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	36			800,00

Tabella 2.15 – Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	36			800,00

Tabella 2.16 – Amputazione e disarticolazione di dita della mano

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIHR	84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	05	36		1.000,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: P.U. "A.Gemelli", P.U. "Umberto I", A.O. "S.Camillo-Forlanini", IRCCS "Bambino Gesù", P.O. "SS.Trinità".

Tabella 2.17 – Amputazione e disarticolazione del pollice

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIHR	84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	05	36		1.000,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: P.U. "A.Gemelli", P.O. "SS.Trinità", P.O. "S.Pertini".

Tabella 2.18 – Amputazione di dita del piede

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIHR	84.11	Amputazione di dita del piede (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	05	36		1.000,00

Nota R- APA erogabile presso le seguenti strutture: P.U. "A.Gemelli", P.U. "Umberto I", A.O. "S.Camillo-Forlanini", IRCCS "Bambino Gesù", IRCCS "IDI", A.O. "S.Andrea", A.O. "S.Giovanni-Addolorata", CdC "Villa Tiberia", P.O. "P. Del Prete", CdC. "annunziata".

Tabella 2.19 – Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Prima seduta

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. prima seduta. Incluso: visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	43	80		200,00

Il presente accorpamento di prestazioni sostituisce la prestazione codice 55.12.1 presente nel vigente nomenclatore tariffario regionale.

Tabella 2.20 – Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Seduta successiva alla prima

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1	43	80		200,00

Tale APA 98.51.2 sostituisce la prestazione codice 55.12.1 presente nel vigente nomenclatore tariffario regionale.

Tabella 2.21 – Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo	43	80		150,00

Tale APA 98.51.3 sostituisce la prestazione codice 55.12.1 presente nel vigente nomenclatore tariffario regionale.

Tabella 2.22 – Intervento di cataratta

Nota	Codice	Descrizione	Br	Br	Br	Tar_€
AIH	13.41	Intervento di cataratta con o senza impianto di lente Intraoculare - Incluso: Impianto di lenti, anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento - Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria"	80	34		1.000,00

Tale APA sostituisce il precedente APA 13.41 presente nel vigente nomenclatore tariffario regionale.

L'introduzione degli APA sopra riportati comporta l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni presenti nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di cui alla DGR 114 del 29 febbraio 2008 e successive integrazioni e modificazioni, come indicato nelle singole tabelle sopra descritte.

Le tariffe sono state individuate sulla base di un confronto con le tariffe dei ricoveri ospedalieri, tenendo presente i minori costi, per alcune voci relative all'acquisto di beni e servizi, che il regime ambulatoriale richiede rispetto al regime di ricovero, con le tariffe di APA precedentemente deliberati, ed anche con le tariffe ambulatoriali vigenti presso altre Regioni che hanno inserito tali prestazioni nel proprio Nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale.

Nel corso del 2010 è atteso lo svolgimento in regime ambulatoriale della maggior parte dell'attività attualmente svolta in ricovero ospedaliero relativamente alle prestazioni individuate e correlate ai seguenti DRG:

1. DRG 040 Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore. Escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (Incluso: anestesia, visite e prestazioni preintervento e post intervento) (codice ICD-9-CM: 08.72);
2. DRG 040 Ricostruzione della palpebra a tutto spessore. Escluso: riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6) (Incluso: anestesia, visite e prestazioni preintervento e post intervento) (codice ICD-9-CM: 08.74);
3. DRG 039 Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fatico). Incluso: impianto di lenti, anestesia visite e prestazioni pre e post intervento. Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria" (codice ICD-9-CM: Inserzione di cristallino artificiale SAI 13.70);
4. DRG 039 Impianto secondario di cristallino artificiale. Incluso: impianto di lenti anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento. Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria" (codice ICD-9-CM: 13.72);
5. DRG 039 Rimozione di cristallino artificiale impiantato. Incluso: anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento (codice ICD-9-CM: 13.8);

6. DRG 039 Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento) (codice ICD-9-CM: 53.01 diretta - 53.02 indiretta);
7. DRG 162 Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento) (codice ICD-9-CM: 53.03 diretta - 53.04 indiretta);
8. DRG 162 Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento) (codice ICD-9-CM:53.21);
9. DRG 162 Riparazione monolaterale di ernia crurale (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento) (codice ICD-9-CM:53.29]);
10. DRG 162 Riparazione di ernia ombelicale con protesi (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento) (codice ICD-9-CM:53.41);
11. DRG 162 Riparazione di ernia ombelicale (Incluso: visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, visita post intervento) (codice ICD-9-CM:53.49]);
12. DRG 225 Riparazione di dito a martello/artiglio (Incluso:visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) (codice ICD-9-CM: 77.56 dito a martello - 77.57 dito ad artiglio);
13. DRG 232 Artroscopia sede non specificata (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) (codice ICD-9-CM:80.20, 80.21 e 80.26);
14. DRG 228 Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) (codice ICD-9-CM:81.72);
15. DRG 228 Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) (codice ICD-9-CM:81.75);
16. DRG 114 Amputazione e disarticolazione di dita della mano (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) (codice ICD-9-CM: 84.01);
17. DRG 114 Amputazione e disarticolazione del pollice (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) (codice ICD-9-CM: 84.02);
18. DRG 114 Amputazione di dita del piede (Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo) (codice ICD-9-CM: 84.11);
19. DRG 323 Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale, prima seduta. Incluso: visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2 (codice ICD-9-CM: 98.51 e 59.8);
20. DRG 323 Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita

urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1 (codice ICD-9-CM: 98.51 e 59.8);

21. DRG 323 Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo (codice ICD-9-CM: 98.51).

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

Le ASL, nell'ambito della pianificazione degli interventi finalizzati a garantire il processo di deospedalizzazione, mettendo in atto opportuni specifici sistemi organizzativi, possono estendere un'attività di erogazione di APA, da strutture ospedaliere a gestione diretta - dotate della relativa disciplina di ricovero - ad altre proprie strutture ospedaliere a gestione diretta che ne siano prive.

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

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

- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 040 con procedura 08.72 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 040 con procedura 08.72 ed APA 08.72 (valore soglia = 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 040 con procedura 08.74 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 040 con procedura 08.74 ed APA 08.74 (valore soglia = 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 039 con procedura 13.70 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 039 con procedura 13.70 ed APA 13.70.1 (valore soglia = 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 039 con procedura 13.72 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 039 con procedura 13.72 ed APA 13.72 (valore soglia = 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 039 con procedura 13.8 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 039 con procedura 13.8 ed APA 13.8 (valore soglia= 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 162 con procedura 53.01 o 53.02 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 162 con procedura 53.01 o 53.02 ed APA 53.00.1 (valore soglia=15%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 162 con procedura 53.03 o 53.04 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 162 con procedura 53.03 o 53.04 ed APA 53.00.2 (valore soglia=15%);

- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 162 con procedura 53.21 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 162 con procedura 53.21 ed APA 53.21.1 (valore soglia=15%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 162 con procedura 53.41 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 162 con procedura 53.41 ed APA 53.41 (valore soglia=15%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 225 con procedura 77.56 o 77.57 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 225 con procedura 77.56 o 77.57 ed APA 77.56 (valore soglia = 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 232 con procedure 80.20, 80.21 e 80.26 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 232 con procedura 80.20, 80.21 e 80.26 ed APA 80.20 (valore soglia = 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 228 con procedura 81.72 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 228 con procedura 81.72 ed APA 81.72 (valore soglia = 10%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 228 con procedura 81.75 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 228 con procedura 81.75 ed APA 81.75 (valore soglia = 10%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 114 con procedura 84.01 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 114 con procedura 84.01 ed APA 84.01 (valore soglia = 10%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 114 con procedura 84.02 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 114 con procedura 84.02 ed APA 84.02 (valore soglia = 10%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 114 con procedura 84.11 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 114 con procedura 84.11 ed APA 84.11 (valore soglia = 10%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 323 con procedura 98.51 e 59.8/ ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 323 con procedura 98.51 e 59.8 ed APA 98.51.1 e APA 98.51.2 (valore soglia = 2%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 323 con procedura 98.51 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 323 con procedura 98.51 ed APA 98.51.3 (valore soglia = 0%);

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

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

Onde prevenire eventuali fenomeni opportunistici, saranno effettuati controlli analitici delle casistiche riferibili alle prestazioni oggetto del presente provvedimento, sia sul versante dell'appropriatezza sia della corretta codifica, nell'ambito delle attività del Sistema dei Controlli dell'attività sanitaria.

Gli APA seguono il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (SIAS). È 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.

ULTERIORI DISPOSIZIONI

Per l'insieme delle disposizioni contenute nella DGR 922/2006, nel DPCA n.1/10 e nel presente provvedimento, viene inoltre stabilita la non erogabilità in regime di ricovero diurno delle prestazioni di seguito riportate. In particolare:

- cessa la sua efficacia la prestazione con codice 98.51 "Litotripsia extracorporea del rene", inclusa nella TABELLA C - PRESTAZIONI INDICATIVE DI APPROPRIATEZZA DELL'ACCESSO DI DH MEDICO, che è contenuta nell'Allegato 4 alla DGR 143/2006.

