

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 19 maggio 2014, n. U00155

Criteri per l'erogazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) in strutture ambulatoriali extraospedaliere. Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) sia in strutture ospedaliere che extraospedaliere.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Oggetto: Criteri per l'erogazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) in strutture ambulatoriali extraospedaliere.
Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) sia in strutture ospedaliere che extraospedaliere.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i.;

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

PRESO ATTO che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario ad Acta per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;

PRESO ATTO che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013 il Dott. Renato Botti è stato nominato sub-commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

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

VISTA la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 "Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" e s.m.i.;

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- VISTO** il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” ed in particolare l’Allegato 2C recante “Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione”;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 28 giugno 2002, n. 864 “Individuazione delle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriata di cui all’allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001” e s.m.i.;
- VISTA** la Deliberazione del Consiglio Regionale 31 luglio 2002, n. 114 “Indirizzi per la programmazione sanitaria regionale triennio 2002-2004 (Piano Sanitario Regionale)” ed in particolare la sfida prioritaria “Evoluzione dell’ospedale per acuti” che, nell’ambito dell’obiettivo 1 “Realizzare lo sviluppo delle attività ospedaliere a ciclo diurno”, disciplina altresì, gli obiettivi specifici concernenti l’emanazione di linee guida per promuovere l’appropriatezza delle prestazioni in day hospital e la realizzazione di servizi ambulatoriali integrati per percorsi assistenziali relativi a specifiche condizioni cliniche;
- TENUTO CONTO** che il suddetto Piano Sanitario Regionale prevede che le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi sopraindicati vengano svolte da Laziosanità-ASP, dalla Direzione regionale competente, dalle Aziende Sanitarie e dai Medici di Medicina Generale;
- CONSIDERATO** pertanto, che a tale scopo, è stato attivato presso Laziosanità-ASP, un gruppo di lavoro al fine di pervenire, attraverso il coinvolgimento di tutte le competenze necessarie, alla definizione di una proposta coordinata per il perseguimento degli obiettivi sopra citati;
- VISTA** la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali” e s.m.i.;
- VISTA** l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ed in particolare l’art. 4 “Razionalizzazione della rete ospedaliera e realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale per l’aggiornamento del personale sanitario” che impegna le Regioni a:
comma b) “...adottare i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero.....”,
comma g) “...promuovere lo sviluppo e l’implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l’uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l’equilibrio della gestione..”;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 4 agosto 2005, n. 731 “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” con la quale si è provveduto altresì, a definire i criteri generali per l’organizzazione del Day Service presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private provvisoriamente accreditate, ed a introdurre dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 22 marzo 2006, n. 143 “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”;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 21 dicembre 2006, n.922 “Integrazione Deliberazione Giunta Regionale n. 143/06. Promozione dell’appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi”;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 13 luglio 2007, n. 538 “Integrazione DGR n. 143/06 e DGR n. 922/06. Promozione dell’appropriatezza organizzativa, introduzione di ulteriori Pacchetti di prestazioni Ambulatoriali Complesse”;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 29 febbraio 2008, n. 114 “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” che riporta in allegato l’“Elenco Pacchetti Ambulatoriali Complessi deliberati nelle DGR 731/05, 143/06, DGR 922/06 e DGR 538/07”;
- VISTA** l’Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010–2012, ed in particolare l’art. 6 “Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell’appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri” che al comma 5) cita: “ .. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale.....”;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 18 dicembre 2009, n. U0087 “Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012” e s.m.i.;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 12 gennaio 2010, n. U0001 “Appropriatezza organizzativa e qualificazione dell’assistenza ambulatoriale: introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), prestazioni e accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA)”;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 30 settembre 2010, n. U0080 “Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale” e s.m.i.;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 10 novembre 2010, n. U0090 “Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3” e s.m.i.;

IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 28 giugno 2012, n. 313 “Riqualificazione dell’Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento “Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto””;
- VISTA** la Legge 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95” ed in particolare l’art. 15 comma 13) che disciplina la necessità di promuovere “l’ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all’assistenza in regime ambulatoriale.....”;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 28 maggio 2013, n. U00206 “Nuovo atto di indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio a seguito del recepimento degli “standard per l’individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, Lett. B, Patto per la Salute 2010-2012” elaborati dal Comitato L.E.A.” e s.m.i.;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 4 luglio 2013, n. U00313 “Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. D.M. 18.10.2012”;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 4 ottobre 2013, n. U00428 “Approvazione del documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all’organizzazione delle Case della salute”” e s.m.i.;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 4 ottobre 2013, n. U00429 “Approvazione del documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all’organizzazione distrettuale””;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 6 dicembre 2013, n. U00480 “Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio” e la nota prot. n. 1007/CZ del 21.03.2014 con cui si trasmette la proposta di Programmi Operativi 2013-2015 che “...costituisce attualizzazione del precedente documento di cui al DCA 480 del 6 dicembre 2013,....” ed accoglie le osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti e attualizza la vision e gli obiettivi regionali coerentemente anche con il rinnovamento della struttura commissariale;
- RILEVATA** l’esigenza, alla luce della normativa vigente, di proseguire nelle azioni tese a migliorare il livello di appropriatezza organizzativa nell’erogazione delle prestazioni sanitarie, al fine di ottimizzare l’intera offerta sanitaria regionale;
- CONSIDERATO** necessario, quale obiettivo prioritario nell’ambito della programmazione sanitaria, potenziare e riqualificare l’assistenza ambulatoriale, anche attraverso l’attivazione del modello organizzativo ed operativo di Day Service in strutture extraospedaliere per l’erogazione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);
- VISTA** la nota prot. n. 12627/DG del 07.12.2012 con cui Laziosanità-ASP, in linea con le finalità sopra evidenziate, trasmetteva alla competente Direzione Regionale, i seguenti documenti:
- Criteri per l’erogazione dei PAC in strutture ambulatoriali extraospedaliere,
 - Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);

IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

PRESO ATTO altresì, che con la succitata nota, Laziosanità-ASP proponeva “un avvio sperimentale, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, dell’attività di Day Service in sede extraospedaliera nell’ambito dei presidi a gestione diretta e sulla base di specifici criteri organizzativi”;

VISTA la Legge Regionale 28 Giugno 2013, n. 4 ed in particolare l’art. 35 “Razionalizzazione delle funzioni di supporto tecnico ed epidemiologico della programmazione sanitaria e razionalizzazione delle attività dell’Agenzia di sanità pubblica della Regione. Abrogazioni”, che ha disciplinato che “le competenze istituzionali attribuite a Laziosanità – Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio (ASP), ai sensi della legge regionale 1° settembre 1999, n. 16 (Istituzione di Laziosanità - Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio (ASP)) e successive modifiche, sono trasferite, a partire dal 1° dicembre 2013, alla Giunta regionale ed al dipartimento di epidemiologia della ASL RM/E”;

RILEVATA altresì l’esigenza di aggiornare, da parte della competente Direzione Regionale, che ha assunto le funzioni precedentemente svolte da Laziosanità-ASP di cui al comma 2 art. 35 della suddetta Legge, il documento “Criteri per l’erogazione dei PAC in strutture ambulatoriali extraospedaliere” in relazione alle normative regionali e nazionali intervenute successivamente alla trasmissione del citato documento, senza modificare sostanzialmente le indicazioni organizzative e le prestazioni previste dai PAC;

CONSIDERATO pertanto necessario, per quanto sopra rappresentato, approvare il documento “Criteri per l’erogazione dei PAC in strutture ambulatoriali extraospedaliere” allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di definire puntuali indicazioni per l’attivazione, l’organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service presso le strutture extraospedaliere;

CONSIDERATO altresì necessario, come indicato anche nel suddetto documento, prevedere un avvio sperimentale della durata di 2 anni, nelle Aziende Sanitarie Locali nell’ambito dei presidi a gestione diretta, del regime di Day Service in sede extraospedaliera;

RITENUTO inoltre opportuno, dare mandato alla competente Direzione Regionale, entro il termine della sperimentazione, di intraprendere le iniziative relative al monitoraggio e valutazione delle attività svolte, anche attraverso i sistemi informativi correnti, nonché di adottare i successivi provvedimenti per la loro messa a regime;

PRESO ATTO che, a seguito delle richieste di strutture del SSR, Laziosanità-ASP, nella già citata nota prot. n. 12627/DG del 07.12.2012, ha trasmesso altresì il documento relativo all’introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);

CONSIDERATO pertanto necessario, approvare il documento “Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)” allegato n. 2, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine dell’attivazione di ulteriori PAC;

RAVVISATA altresì, l’esigenza di procedere alla valutazione delle ulteriori richieste di attivazione di nuovi Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

RILEVATA inoltre, per quanto sopradetto, la necessità di costituire un nuovo specifico gruppo di lavoro per la valutazione e la definizione di nuovi Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);

RITENUTO pertanto opportuno, demandare alla competente Direzione Regionale la costituzione di un nuovo specifico gruppo di lavoro per la valutazione e definizione di nuovi Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente accolte:

- di approvare il documento “Criteri per l’erogazione dei PAC in strutture ambulatoriali extraospedaliere” allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di definire puntuali indicazioni per l’attivazione, l’organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service presso le strutture extraospedaliere;
- di prevedere un avvio sperimentale della durata di 2 anni, nelle Aziende Sanitarie Locali nell’ambito dei presidi a gestione diretta, del regime di Day Service in sede extraospedaliere;
- di dare mandato alla competente Direzione Regionale, entro il termine della sperimentazione, di intraprendere le iniziative relative al monitoraggio e valutazione delle attività svolte, anche attraverso i sistemi informativi correnti, nonché di adottare i successivi provvedimenti per la loro messa a regime;
- di approvare il documento “Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)” allegato n. 2, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine dell’attivazione di ulteriori PAC;
- di demandare alla competente Direzione Regionale la costituzione di un nuovo specifico gruppo di lavoro per la valutazione e definizione di nuovi Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC).

Le indicazioni di cui al presente provvedimento decorrono dalla data di pubblicazione dello stesso.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI

CRITERI PER L'EROGAZIONE DEI PAC IN STRUTTURE AMBULATORIALI EXTRAOSPEDALIERE

PREMESSA

La Regione Lazio, con DGR n. 731/2005 (e successivi aggiornamenti e integrazioni)* ha individuato, quale obiettivo prioritario, nell'ambito della programmazione sanitaria, la razionalizzazione della funzione ospedaliera, anche attraverso un processo di progressiva deospedalizzazione dell'assistenza erogata inappropriatamente verso regimi più appropriati e meno onerosi dal punto di vista economico.

Una delle strategie fondamentali è stata individuata nella qualificazione dell'attività ambulatoriale, anche mediante l'istituzione del Day Service, per l'erogazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC).

Attualmente sono già attivi nella Regione Lazio 60 PAC; la loro erogazione, secondo la normativa vigente, è stata prevista in via preliminare presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private accreditate.

Pertanto, al fine di proseguire nelle azioni tese a migliorare il livello di appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, si ravvisa la necessità di estendere l'erogazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) anche alle strutture ambulatoriali extraospedaliere.

DAY SERVICE

Il Day Service si configura come un modello assistenziale atto a gestire, a livello ambulatoriale, problemi clinici complessi, diagnostici o terapeutici, che richiedono competenze multispecialistiche integrate e che di norma non determinano la necessità di sorveglianza medico-infermieristica prolungata; esso si realizza tramite l'erogazione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC).

Rispetto all'ambulatorio tradizionale, il Day Service prevede la presa in carico del paziente, da parte di un medico specialista referente, che si esplica nella pianificazione e nel coordinamento del processo assistenziale, nella gestione della documentazione clinica e nella stesura della relazione clinica riassuntiva.

Il Day Service si propone, quindi, come un modello in grado di assorbire le prestazioni erogate inappropriatamente in regime di ricovero, particolarmente in regime di Day hospital, migliorando così l'appropriatezza d'uso delle risorse sanitarie.

* DGR 143/06, DGR 922/06, DGR 538/07, DGR 114/08, DCA 1/2010.

L'individuazione dei requisiti necessari per l'erogabilità dei PAC in strutture ambulatoriali extraospedaliere ha previsto una fase preliminare di revisione di specifici riferimenti normativi e tecnici, nazionali e regionali, oltre che un'analisi dei dati di attività regionali relativamente all'erogazione dei PAC attualmente attivi nel Lazio.

L'intervento è collegato ai piani di riorganizzazione della rete ospedaliera, in una logica aziendale di deospedalizzazione, ed è funzionale all'implementazione di percorsi assistenziali, con il coinvolgimento e l'integrazione di tutti i soggetti interessati all'assistenza, oltre che ad un miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle risorse a livello di singola Azienda Sanitaria.

Si prevede un avvio sperimentale della durata di 2 anni, nelle Aziende Sanitarie Locali nell'ambito dei presidi a gestione diretta, del regime di Day Service in sede extraospedaliera con la possibilità di effettuare i PAC attualmente deliberati*, compresi quelli approvati con il presente provvedimento nell'Allegato n. 2 "Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)".

La competente Direzione Regionale, entro il termine della sperimentazione, dovrà intraprendere le iniziative relative al monitoraggio e valutazione delle attività svolte, anche attraverso i sistemi informativi correnti, nonché adottare i successivi provvedimenti per la loro messa a regime.

La funzione di Day Service trova opportuna collocazione anche all'interno delle Case della salute, di cui al Decreto del Commissario ad Acta 4 ottobre 2013, n. U00428 e s.m.i..

Si rappresenta come le condizioni cliniche possano condizionare la scelta di intervenire in un ambito assistenziale intra o extraospedaliero e come questa scelta resti responsabilità esclusiva del medico.

* Ad esclusione dei PAC in cui sono indicate specifiche strutture autorizzate all'erogazione (come ad esempio per i PAC idoneità al trapianto di fegato, al trapianto di rene, per la celiachia, ecc.).

L'attività di Day Service può essere effettuata all'interno di una struttura ambulatoriale extraospedaliera in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente*, che sia:

- dotata, al suo interno, di almeno una delle discipline cliniche principali di riferimento dello specifico PAC e accreditata per la relativa branca di afferenza;
- dotata della capacità, al suo interno, di erogare le prestazioni relative allo specifico PAC o, per le prestazioni non erogabili dalla struttura, di formalizzare specifici rapporti con soggetti aziendali esterni o con altri soggetti erogatori;
- con orario di apertura mattina e pomeriggio.

IL DAY SERVICE PREVEDE:

- una funzione specifica di organizzazione e di coordinamento, da parte di un medico referente per le complessive attività di Day Service;
- una funzione clinica di presa in carico del paziente, da parte del medico specialista referente per ciascun PAC attivato;
- una funzione di coordinamento operativo, ad opera di una figura infermieristica, che si raccordi anche con la funzione amministrativa.

L'ORGANIZZAZIONE SPECIFICA DEL DAY SERVICE PREVEDE:

- un collegamento strutturato tra le discipline coinvolte all'interno della struttura nell'attività di Day Service, tale da garantire, in tempi contenuti, l'erogazione coordinata dell'attività prevista;
- la formalizzazione dei rapporti con i soggetti aziendali esterni o con altri soggetti erogatori, qualora il percorso necessiti di alcune prestazioni non erogabili dalla struttura, con particolare riferimento alla diagnostica complessa sia strumentale che di laboratorio;
- la definizione e condivisione di modalità operative, con particolare riferimento all'azione di filtro sull'appropriatezza dell'attivazione del PAC e alla logica di percorso assistenziale, da parte di tutti i soggetti coinvolti;
- una funzione clinica e di gestione del singolo PAC ad opera di un medico specialista referente, operante nell'ambulatorio afferente ad una delle discipline di riferimento del PAC. Questi valuta la richiesta e decide l'attivazione del PAC proposto, prende in carico il paziente pianificando e coordinando il percorso assistenziale, prescrive, utilizzando il ricettario regionale, le prestazioni necessarie, gestisce la documentazione clinica e, a conclusione del processo, predisponde la relazione clinica riassuntiva finale. Sulla base del modello organizzativo prescelto, l'azione di filtro relativa all'attivazione dei PAC proposti può anche essere centralizzata, particolarmente laddove si erogano PAC afferenti a discipline affini;

* compresi i requisiti in materia di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale.

- una funzione di coordinamento operativo dell'attività a partire dalla presenza di una funzione di accoglienza con accettazione, prenotazione delle prestazioni previste nel PAC e orientamento per il paziente, al fine di favorire la presa in carico complessiva, anche relativamente agli aspetti amministrativi (agende di prenotazioni, ricette, ticket, esenzioni ...);
- personale infermieristico funzionalmente dedicato;
- la pianificazione delle prenotazioni e l'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni, previste all'interno del PAC, tramite percorsi predefiniti. La realizzazione del percorso assistenziale deve avvenire concentrando gli appuntamenti in modo da prevedere per il paziente il minor numero di accessi e il minor disagio possibili. Quando non altrimenti specificato nel testo normativo riferito al singolo PAC, il tempo massimo che deve intercorrere tra l'apertura del PAC e la consegna della relazione clinica riassuntiva finale non deve essere superiore ad un mese. L'attuazione dei percorsi predefiniti rende indispensabile - ai fini di una corretta pianificazione, tenendo conto anche dell'impatto sull'attività ambulatoriale tradizionale - la previsione di un numero di prestazioni da riservare, per i PAC attivi, presso i servizi interessati;
- l'archiviazione presso la struttura, anche solo in formato elettronico, della documentazione clinica del Day Service, predisposta per ogni singolo PAC a cura dell'équipe sanitaria. Tale documentazione deve essere composta da: ricetta di prescrizione; dati anagrafici e codice fiscale del paziente; inquadramento del problema sanitario che ha determinato l'attivazione del PAC, con indicazione della diagnosi o sospetto diagnostico e di eventuali esami già eseguiti in altra modalità assistenziale; programmazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche costituenti il PAC; copia dei referti relativi a tutte le prestazioni che hanno costituito il PAC; copia della relazione clinica riassuntiva.

I referti e la relazione clinica devono essere consegnati in originale al paziente al termine dell'iter assistenziale.

ATTIVAZIONE DEL PAC E MODALITÀ PRESCRITTIVE

Le modalità relative alla proposta di attivazione di un PAC e la prescrizione delle prestazioni contenute all'interno del PAC stesso, seguono le disposizioni già in vigore, di cui alla normativa di riferimento.

La proposta di attivazione di un PAC deve essere formalizzata utilizzando il ricettario regionale, e può essere formulata dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, dal medico specialista, che richiedono "*visita specialistica per PAC xxxx*".

Il medico referente del PAC, una volta decisa la sua attivazione, prescrive - utilizzando il ricettario regionale e specificando il PAC di riferimento - le singole prestazioni che compongono il PAC, da un numero minimo, previsto per ogni singolo PAC, fino ad un numero di prestazioni, afferenti anche a più branche specialistiche, anche superiore a otto.

L'eventuale richiesta di prestazioni non comprese nell'elenco del PAC attivato, segue l'iter previsto per l'attività ambulatoriale tradizionale; in tal caso la prescrizione di ulteriori prestazioni deve essere effettuata su altra ricetta regionale e la relativa attività rientra nel consueto flusso SIAS.

REMUNERAZIONE E PARTECIPAZIONE ALLA SPESA

La remunerazione e la partecipazione alla spesa seguono le disposizioni già in vigore, di cui alla normativa di riferimento.

Le tariffe stabilite per la remunerazione delle singole prestazioni che compongono i PAC sono quelle previste dal vigente Nomenclatore Tariffario delle prestazioni della specialistica ambulatoriale. La remunerazione alla struttura erogante il PAC è definita dalla somma delle tariffe delle singole prestazioni ambulatoriali effettuate e comprese nella composizione del PAC, al netto di eventuali ticket, eccetto per i PAC per i quali è prevista una tariffa forfettaria.

La remunerazione delle eventuali prestazioni effettuate, e non incluse nella composizione del singolo PAC, segue le regole di remunerazione dell'attività ambulatoriale tradizionale.

Nel rispetto della normativa vigente, è prevista, da parte del cittadino, relativamente alla singola ricetta che riporta le prestazioni da effettuare all'interno del PAC, la partecipazione alla spesa (ticket). Sono esclusi da tale compartecipazione i cittadini esenti per categorie con esenzione totale. I cittadini con esenzione parziale usufruiscono, senza partecipazione alla spesa, dei PAC strettamente correlati alla specifica patologia o malattia invalidante; per i PAC diagnostici, il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa è consentito esclusivamente ai cittadini affetti da malattie rare (DM 18 maggio 2001 n. 279 e successive modifiche ed integrazioni), per i quali il SSN prevede particolari forme di tutela che consistono nell'esenzione dalla partecipazione al costo di tutte le prestazioni sanitarie necessarie sia per la diagnosi che per il trattamento della specifica malattia. Le prestazioni previste dalla normativa per ciascun PAC, ma non più presenti nel nomenclatore tariffario vigente, si intendono comunque erogabili, esclusivamente all'interno dei relativi PAC.

TRASMISSIONE DEI DATI

Per la trasmissione dei dati riguardanti i PAC valgono le disposizioni già in vigore, di cui alla normativa di riferimento.

I dati confluiscono nel Sistema Informativo per l'Assistenza Ambulatoriale (SIAS). È obbligatoria l'indicazione nel campo "determinante clinico" del codice ICD-9-CM di diagnosi (compreso l'eventuale punto di separazione, se presente) che meglio descrive la patologia o il sospetto diagnostico per il quale si ricorre al PAC.

Per quanto attiene la modalità di registrazione del PAC, vi è la possibilità di segnalare i PAC che, per imprevisti eventi occorsi al paziente, non si concludano nell'arco temporale previsto. Per tali PAC "non conclusi", la struttura erogatrice utilizzerà il codice specifico del PAC, seguito dalla lettera "V" (PxxxxV).

MODALITÀ PER L'ISTITUZIONE DEL DAY SERVICE EXTRAOSPEDALIERO.

Il referente della struttura poliambulatoriale, di concerto con la Direzione di Distretto, propone alla Direzione Aziendale l'attivazione del Day Service e degli specifici PAC, fornendo gli elementi necessari alla valutazione. L'Azienda Sanitaria Locale, dopo verifica dei requisiti previsti per l'attivazione del Day Service, procede alla sua istituzione e organizzazione e ne trasmette comunicazione alla competente Direzione Regionale.

L'Azienda provvede, ai vari livelli, alla diffusione delle informazioni sul Day Service attivato e relativi PAC erogabili, in particolare ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti.

L'attivazione del Day Service sul territorio deve realizzarsi all'interno di una logica aziendale di deospedalizzazione, nell'ottica di un miglioramento dell'appropriatezza d'uso delle risorse, e di implementazione di reti e percorsi assistenziali che vedano, per le specifiche condizioni cliniche, il coinvolgimento e l'integrazione di tutti gli attori di cura.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Sono previste azioni di monitoraggio e valutazione da parte della Regione Lazio e delle Aziende Sanitarie Locali.

Infatti, viene pianificata un'azione di monitoraggio, da parte della Regione Lazio, dell'attivazione del Day Service nelle singole Aziende Sanitarie Locali, relativamente all'attività erogata, all'entità dell'assorbimento di quote di assistenza ospedaliera, alla contestualizzazione dell'erogazione dei PAC all'interno di specifici percorsi assistenziali aziendali. Tale azione si esplicherà mediante valutazioni derivanti dall'analisi dei dati dei sistemi informativi SIO e SIAS.

Inoltre, le attività di Day Service saranno monitorate dalle Aziende Sanitarie Locali, al fine di valutare la qualità della documentazione clinica (riscontro del quesito diagnostico, completezza della documentazione clinica, regolarità dell'applicazione della normativa relativa alle esenzioni, circostanze relative al PAC eventualmente non concluso) e la congruità tra le prestazioni registrate e quanto effettivamente erogato.

Le Aziende Sanitarie Locali che avranno attivato il Day Service a livello extraospedaliero, dovranno far pervenire alla Direzione Regionale competente, una relazione concernente l'attività svolta nei primi 18 mesi, a decorrere dalla data di pubblicazione del presente decreto.

INTRODUZIONE DI ULTERIORI PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI (PAC)

TABELLA 1

Nella tabella 1 sono riportate le specifiche dei nuovi Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), comprensive delle branche specialistiche di riferimento, della tipologia di pazienti cui il PAC è destinato, del numero di prestazioni minime per l'erogazione, della composizione del PAC, delle strutture autorizzate allo svolgimento, delle tariffe e di eventuali ulteriori note di chiarimento.

Vengono introdotti i seguenti PAC:

1	P440 Pac diagnostico arteriopatia cronica degli arti
2	PV420 Pac Follow-up pazienti trapiantati di rene
3	P78057 Pac per la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (O.S.A.S.)
4	P710 Pac per la diagnosi e il follow up delle connettiviti sistemiche e della sindrome da anticorpi antifosfolipidi
5	P714 Pac per la diagnosi e il follow up delle artriti
6	P2353 Pac per la diagnosi delle lesioni focali del fegato
7	P5714 Pac per la diagnosi e il follow up delle malattie croniche del fegato e delle vie biliari
8	PV4983 Pac per l'accertamento di idoneità al trapianto di fegato
9	PV427 Pac per il follow up dei pazienti trapiantati di fegato
10	P555/556 Pac di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI)
11	P2506/7 Pac per il piede diabetico
12	P338 Pac per la diagnosi ed il trattamento del dolore cronico
13	P438 Pac per follow-up, riabilitazione e prevenzione delle complicanze delle malattie cerebrovascolari

PAC Follow-up pazienti trapiantati di rene (PV420)**Disciplina di riferimento**

Nefrologia, Nefrologia pediatrica, Chirurgia generale con Centri trapianto.

Razionale

La valutazione periodica dei pazienti con trapianto di rene necessita di una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in regime appropriato e garantire, comunque, la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti portatori di trapianto renale

Composizione

Per configurarsi il PAC per Follow-up pazienti trapiantati di rene devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
PV420	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico	€ 20,66
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	€ 20,66
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI	€ 34,09
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	€ 55,78
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,60
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	€ 12,32
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	€ 1,13
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 1,13
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	€ 1,46
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,55
90.43.5	URATO [S/U/dU]	€ 1,13
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14
90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)	€ 3,62
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 6,36
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica	€ 8,31
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,11

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 7,41
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	€ 18,92
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	€ 1,44
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 1,13
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	€ 5,30
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 3,52
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	€ 7,41
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	€ 1,13
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,95
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 3,87
FARMACI		
90.13.2	CICLOSPORINA	€ 14,64

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture autorizzate da parte della Regione Lazio-Direzione Regionale-Programmazione Sanitaria Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro e indicate dal Centro Regionale Trapianti e dalla Commissione Regionale di Vigilanza per l'Emodialisi sono le seguenti:

- IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
- Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico A. Gemelli
- Università La Sapienza - Policlinico Umberto I
- Università Tor Vergata - Policlinico Universitario
- Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini
- Azienda Ospedaliera Universitaria S. Andrea
- Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata
- IRCCS Ospedale Lazzaro Spallanzani
- Ospedale Classificato S.Giovanni Calibita-Fatebenefratelli
- Azienda USL RMG - Ospedale S. Giovanni Evangelista di Tivoli, Ospedale Parodi Delfino di Colferro, Ospedale Coniugi Bernardini di Palestrina*
- Azienda USL RMH - Ospedali Riuniti Anzio/Nettuno, Ospedale S. Giuseppe di Albano*
- Azienda USL Rieti - Ospedale S. Camillo de Lellis di Rieti
- Azienda USL Viterbo - Ospedale di Belcolle di Viterbo, Ospedale Andosilla di Civitacastellana*,
- Azienda USL RMB - Ospedale Sandro Pertini, Policlinico Casilino
- Azienda USL RMC - Ospedale S. Eugenio
- Azienda USL RMD - Ospedale G.B. Grassi-Ostia, Policlinico di Liegro*
- Azienda USL RME - Ospedale S. Spirito
- Azienda USL RMF - Ospedale S. Paolo di Civitavecchia
- Azienda USL Latina - Ospedale S. Maria Goretti di Latina, Ospedale Dono Svizzero di Formia*,
- Azienda USL Frosinone - Ospedale Gemma De Bosis di Cassino, Ospedale Umberto I - Spaziani di Frosinone, Ospedale S. Benedetto di Alatri *, S.S. Trinità di Sora*

Tariffa

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

Note

La prestazione con codice 90.13.2, che identifica il dosaggio sierico della Ciclosporina, può essere utilizzata anche per il dosaggio di altri farmaci immunosoppressori (Tacrolimus e altri farmaci autorizzati). Tale prestazione può essere erogata al massimo 3 volte all'interno del PAC.

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

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 2 volte.

Per la determinazione dell'antigene prostatico specifico (PSA) totale e libero, il codice 90.56.5 deve essere utilizzato per 2 volte

* qualora l'ASL vi mantenga l'attività nefrologica