REGIONE MOLISE

PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21.03.2013

DECRETO

N. 35 **IN DATA** 16/10/2014

OGGETTO: istituzione e regolamentazione della *"Chirurgia Ambulatoriale"* (Branca 80).

Il Responsabile dell'istruttoria

REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE
SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE
Il Direttore
Dott. Michele Antonelli

Il Direttore del Servizio Ispettivo

IL DIRETTORE GENERALE PER LA SALUTE
(Dott. Antonio LASTORIA)

Il Direttore Generale per la Salute

Visto: Il Sub Commissario Ad Acta

REQUISITI

I requisiti richiesti per l'erogazione di prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale, sono quelli della day-surgery, così come indicati nel "Manuale di disciplina dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture Sanitarie" di cui alla D.G.R. n. 1135 del 4 novembre 2008, di cui di seguito si riportano i principali.

- REQUISITI STRUTTURALI

Gli standard strutturali sono relativi ai locali e spazi per l'attività sanitaria e per le attività ad essa correlate (attività amministrative, attesa pazienti, servizi igienici, stoccaggio farmaci e materiali). Oltre ai requisiti specifici di sala operatoria, deve prevedersi uno spazio sosta per l'osservazione dei pazienti nel post-intervento, anche non esclusivamente dedicato.

- REQUISITI TECNOLOGICI-IMPIANTISTICI

Le caratteristiche tecniche e delle attrezzature chirurgiche devono rispondere ai requisiti di sala operatoria. Devono essere presenti: carrello contenente il minimo per la gestione dell'emergenza, nonché strumenti e farmaci essenziali per la rianimazione cardiaca e polmonare; frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di materiali e farmaci; defibrillatore semiautomatico. Inoltre, dal punto di vista impiantistico e di sicurezza, il locale chirurgico deve presentare le caratteristiche previste dall'anzidetto Manuale, relative a: temperatura ed umidità; ricambio e filtraggio dell'aria; impianti di gas medicinali e di aspirazioni di gas anestetici; stazioni di riduzioni della pressione; impianto allarmi di sicurezza con segnalazione esaurimento gas medicale; controllo periodico e monitoraggio ambientale.

- REQUISITI QUALITATIVI E DI SICUREZZA

- Procedure di selezione del paziente in base alla valutazione clinica;
- condizioni logistiche e familiari;
- definizione del percorso assistenziale tramite le fasi: pre-operatoria, interventistica e post-operatoria;
- corretta informazione e consenso informato;
- garanzia della continuità assistenziale e gestione di eventuali complicanze.

- REQUISITI ORGANIZZATIVI

- Adozione di procedure per la selezione del paziente, per l'informazione sulle modalità ed il decorso dell'intervento ed il consenso informato, per la richiesta dei necessari accertamenti, per la preparazione all'intervento e per l'immediato periodo post operatorio;
- sorveglianza continua del paziente e monitoraggio dei parametri vitali adeguato alle procedure cui viene sottoposto il paziente e per tutta la durata della prestazione, compresa la fase preoperatoria e postoperatoria, nonché delle possibili complicanze cliniche (anestesiologiche ed operatorie);
- compilazione e conservazione del registro operatorio e della documentazione clinica, compresa copia della relazione al medico di base;
- sistema atto ad assicurare la reperibilità dei sanitari attraverso il servizio di pronta disponibilità;
- compilazione della scheda di rilevazione (S.C.A.C.);
- individuazione del medico operatore responsabile;
- prevenzione e gestione del rischio clinico.

- REQUISITI di PERSONALE MINIMI

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e delle patologie trattate. In particolare, per l'intero orario di funzionamento della chirurgia ambulatoriale deve essere garantito presenza e qualifica di personale adeguato alla

tipologia e al numero degli interventi praticati. Come dotazione minima, un medico specializzato nella branca richiesta per l'espletamento dell'attività ed un infermiere devono sempre essere presenti durante il periodo di attività. Durante l'attività del blocco operatorio/sala operatoria è necessaria la presenza minima di un chirurgo, un operatore tecnico, un infermiere dedicato. Inoltre, è opportuna la presenza di un infermiere ferrista per ogni sala operatoria attivata. Il personale infermieristico deve essere in possesso dei requisiti di legge ed il personale di sala operatoria, nelle strutture private, deve possedere esperienza specifica e documentata.
Un anestesista rianimatore deve essere presente all'interno del blocco operatorio o nella struttura a seconda della tipologia di interventi da effettuare e secondo modalità condivise dall'èquipe.
Il personale medico operante nella struttura deve essere in possesso dei requisiti essenziali di seguito riportati:

- ✓ i chirurghi delle singole specialità ammesse nel programma di chirurgia ambulatoriale devono possedere dimostrata esperienza nella branca di loro competenza con documentata casistica di interventi eseguiti in qualità di primo operatore;
- ✓ gli anestesisti rianimatori devono possedere la specializzazione;
- ✓ Il responsabile medico del programma deve essere individuato tra medici specialisti in disciplina dell'area chirurgica o in anestesia e rianimazione.

Nel caso delle strutture ospedaliere che attiveranno la chirurgia ambulatoriale complessa, il personale è quello già operante nelle strutture stesse e dedicato oggi al ricovero ordinario e di day-surgery.

SELEZIONE DEI PAZIENTI: CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Il ricorso alla chirurgia ambulatoriale o alla day-surgery è valutato per ogni singolo paziente, in piena autonomia e responsabilità da parte del medico , sulla base di criteri clinici, organizzativi della struttura ed in relazione agli aspetti socio-familiari.

Selezione dei pazienti in relazione alle condizioni generali.

Tutti i pazienti che afferiscono ai programmi di chirurgia ambulatoriale complessa debbono essere in buone condizioni generali.
Per la loro selezione è possibile fare riferimento alla classificazione proposta dall'American Society of Anesthesiology (Classificazione A.S.A.) che individua cinque classi. I pazienti appartenenti alle prime due classi **(A.S.A.1 e A.S.A.2)** sono considerati idonei per tale regime assistenziale.
Le urgenze chirurgiche sono escluse dal trattamento in tale setting assistenziale.

Selezione dei pazienti in relazione all'età.

I pazienti sottoponibili a prestazioni di chirurgia ambulatoriale hanno età compresa tra 6 ed 85 anni. Tale requisito non è da considerarsi assoluto, ma da relazionare sia allo stato generale sia ai progressi conseguiti dall'introduzione di nuovi farmaci anestesiologici e dall'utilizzo di nuove tecniche chirurgiche mini-invasive.

Fattori di rischio.

Le seguenti condizioni devono essere attentamente valutate:
comorbilità, allergie, patologie contingenti, patologie croniche severe, obesità.

Selezione dei pazienti in relazione a fattori logistici e familiari.

Relativamente alla situazione logistica, è preferibile che il luogo di residenza del paziente non sia eccessivamente lontano dalla struttura dove viene praticato l'intervento chirurgico, per consentire un tempestivo intervento in caso di necessità.
Ulteriore requisito è rappresentato dalla certezza per il paziente di poter comunicare telefonicamente con la struttura di riferimento.
Tutti i pazienti debbono essere accompagnati per l'esecuzione del trattamento da un familiare o persona di fiducia responsabile, opportunamente istruito, in grado di ricondurre a casa il paziente e fornire tutta l'assistenza necessaria, soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento chirurgico.

MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ

Un efficace monitoraggio delle attività svolte è necessario per verificare la qualità delle prestazioni ed indirizzare le decisioni cliniche ed organizzative.

A tale scopo è necessario identificare alcuni indicatori:

- ✓ numero dei casi trattati in day surgery e numero di casi trattati in chirurgia ambulatoriale in rapporto a quelli trattati in ricovero ordinario, per ogni singola procedura ammessa;
- ✓ cancellazioni, in caso di mancata presentazione dopo convocazione in base alla lista operatoria.

Attraverso l'istituzione della Chirurgia Ambulatoriale Complessa si ritiene di ottenere:

a) riduzione del tasso di ospedalizzazione fino al raggiungimento di valori al di sotto del parametro standard 160‰ abitanti;
b) razionalizzazione della rete ospedaliera rapportata ai nuovi standard (3,0 P.L. per acuti);
c) decremento dei ricoveri inappropriati con conseguente incremento dell'appropriatezza dei ricoveri stessi;
d) fruizione da parte del paziente di prestazioni caratterizzate da maggiore efficienza organizzativa.

REGIONE MOLISE
Servizio Ispettivo

S.C.A.C.

Scheda di Chirurgia Ambulatoriale Complessa

Al fine di effettuare gli interventi di Chirurgia Ambulatoriale Complessa è necessario, da parte degli operatori, compilare una S.C.A.C. (Scheda di Chirurgia Ambulatoriale Complessa) che nei suoi campi riporta i dati della struttura, i dati anagrafici del paziente ed i dati clinici essenziali. La stessa è utile ai fini di archiviazione, statistici e di remunerazione delle prestazioni effettuate.

MODALITA' DI COMPILAZIONE E FINALITA' DELLA **S.C.A.C.**
La S.C.A.C. è stata introdotta, oltre che per le anzidette funzioni di monitoraggio, archiviazione e statistica, anche con l'intento di classificare e tariffare le prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa.
La scheda deve essere corredata del consenso informato e dei referti delle procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate. Deve essere anche rilasciata relazione per il medico curante da allegare alla stessa.
La S.C.A.C. deve essere informatizzata dalla Società Molise Dati S.p.a., cui dovranno pervenire mensilmente i dati delle prestazioni eseguite in regime di Chirurgia Ambulatoriale Complessa, da parte delle Strutture Pubbliche e Private Accreditate della Regione Molise.

LEGENDA e MODALITA' di COMPILAZIONE

- **DATI STRUTTURA**

Codice Struttura a 8 caselle (cod. Reg. 140 - cod. Struttura .....)

- **NUMERO SCHEDA**

Il progressivo del numero di scheda deve essere preceduto dall'anno di riferimento

- **DATI ANAGRAFICI**

Sesso: cod. M (Maschio) - cod. F (Femmina)
Ove trattasi di paziente straniero: inserire il codice nazione
Intervento proposto da:
M. B. (Medico di Base) – S.A.(Specialista Ambulatoriale) – S.S. (Stessa Struttura) –
A.S. (Altra Struttura) – A (Altro)
Posizione per esenzione Ticket:
P (Esente per Patologie) - S (per Status) - E (per condizioni Economiche) - A(altre Condizioni)

- **DATI CLINICI**

E' necessario descrivere e codificare intervento principale e/o altre procedure praticate

- **OBBLIGHI**

E' obbligatoria: la firma della S.C.A.C. da parte del Medico operatore; la conservazione ed archiviazione della stessa insieme alla documentazione clinica; la trasmissione informatizzata alla Soc. Molise Dati S.p.a..
I campi riportati in grassetto sono obbligatori; gli altri campi sono facoltativi ed, in caso di trasferimento di setting, se ne rende obbligatorio l'inserimento.

- La S.C.A.C. oltre ad avere valenza medico legale e finalità di monitoraggio statistico-epidemiologico, rappresenta l'unico titolo per l'accesso alla remunerazione.

S.C.A.C.

Struttura | **Anno** | **Numero scheda** | **Codice Fiscale o codice sanitario**

Cognome e nome | **Data di nascita** | Sesso

Comune di nascita | **Comune di residenza** | **Prov.** | **Reg. / ASL di residenza** | Straniero

Progressivo ricetta | Intervento proposto da: M.B. ☐ S.A. ☐ S.S. ☐ A.S. ☐ A. ☐

Posizione rispetto al ticket: P ☐ S ☐ E ☐ A ☐ | **Ticket €** | **Tariffa intervento €** | **Differenza S.S.N.**

Data intervento | Data prenotazione | Operatore

Descrizione intervento principale | **Codice Int.** | Diagnosi p. | **MDC** | **D.R.G. di rif.**

Diagnosi secondarie | Eventuale altra indicazione

Cod. 2° interv. | Descrizione | Cod. 3° interv. | Descrizione

Classificazione anestesiologica: ASA 1 ☐ ASA 2 ☐ | Eventuali controindicazioni e precauzioni

Esami pre-intervento praticati | Eventuale esame istologico

Data controllo success. | Indicazioni per il paziente: Sì ☐ No ☐ Altro ☐ | Eventuale trasferimento di setting: R.O. ☐ D.S. ☐

Altre problematiche

Motivo di non intervento o rinuncia

Medico curante/Compilatore

_____

ALLEGATO 3

RELAZIONE TECNICA E CRITERI DI EROGABILITA'

COMPOSIZIONE DELLE LISTE DI INTERVENTI: METODOLOGIA DI ESTRAZIONE DEI CODICI/PROCEDURE E METODOLOGIA PER LA COSTRUZIONE DELLE TARIFFE.

METODICA DEGLI INDICATORI DI TRASFERIBILITA' E DEI VOLUMI DI TRASFERIBILITA' DEI D.R.G. DAL REGIME DI RICOVERO (ORDINARIO E/O DIURNO) AL REGIME AMBULATORIALE DEI 43 D.R.G. DI TIPOLOGIA CHIRURGICA POTENZIALMENTE INAPPROPIRATI PER IL P.d.S. del 03/12/2009.

E' stato effettuato uno studio preliminare di tutta la produzione chirurgica erogata nell'anno 2013 in Regione considerando analiticamente, per singolo D.R.G., la quantità di erogazione globale e separatamente in day surgery, one day surgery o ricovero ordinario di un solo giorno di degenza, ricovero ordinario.

Per lo studio e l'analisi dell'appropriatezza organizzativa e clinica dei ricoveri e della loro possibile conversione in Chirurgia Ambulatoriale Complessa è stata elaborata una metodica che, sulla base della casistica e dei principali strumenti rilevatori di appropriatezza (A.P.P.R.O., M.A.A.P., A.P.R. D.R.G., A.D.P. D.R.G., P.R.U.O.), ha consentito di estrapolare le prestazioni che possono essere erogate nel setting assistenziale ambulatoriale.

Sono stati, quindi, elaborati **Indicatori di trasferibilità** specifici quali:

- indicatore di trasferibilità di setting per singolo D.R.G.;
- indicatore di trasferibilità totale del D.R.G.;
- indicatore di volume di trasferibilità totale dei ricoveri del D.R.G.;
- indicatore di trasferibilità dei ricoveri ordinari ed in D.S. dei D.R.G..

Da essi si ricava l'informazione in termini percentuali del numero dei ricoveri ordinari e di ricoveri in day surgery suscettibili di trasferimento in Chirurgia Ambulatoriale Complessa; inoltre è possibile calcolare le giornate complessive di deospedalizzazione.

Nell'anno 2013 sono stati effettuati n. 10.860 ricoveri afferenti ai 43 D.R.G. chirurgici potenzialmente inappropriati, di cui n. 2.080 in R.O., n. 765 in R.O. (1 gg.) e n. 8.015 in D.S..

Sulla base della casistica regionale riportata in tabella e della metodologia precedentemente descritta sono state elaborate le liste delle prestazioni con relativa codifica per singolo D.R.G. ricomprese nell'allegato 4 tabella A (prestazioni confluenti nei 17 D.R.G. chirurgici del D.P.C.M. 2001) e tabella B (prestazioni confluenti nei 26 D.R.G. del P.d.S. 2013).

METODO DI COSTRUZIONE DELLE TARIFFE

Per quanto riguarda il metodo della costruzione delle tariffe si è tenuto conto dell'incidenza del punto D.R.G. in costanza di invarianza dei volumi ed è stato effettuato:

- un abbattimento del 10% per ogni D.R.G. rispetto alla tariffa in D.S. del D.C.A. n. 19/2013 - Tariffario Regionale dei D.R.G.;
- solo per alcune prestazioni confluenti nei singoli D.R.G. è stata prevista una variazione dei criteri di tariffazione in base a peso/impegno del (+) o (–) 4%.

Nell'allegato 4 sono riportate le tariffe delle prestazioni ed il peso in termini di tempistica, utile alla prenotazione e alla costruzione della lista degli interventi.

CALCOLO SDO - Anno 2013 erogate con D.R.G. pot. inapp. di tipologia Chirurgica					
M.D.C.	D.R.G.	D.S.	R.O. 1 gg	R.O.	Tot. SDO
1	**006**	312	12	6	330
	008	166	9	51	226
2	36	15	3	54	72
	38	22	1	12	35
	39	3.461	16	82	3.559
	40	134	12	42	188
	41	7	1	6	14
	42	971	26	217	1.214
3	51	5		5	10
	55	155	21	94	270
	59	12		8	20
	60	32	6	53	91
	61	7	1	1	9
	62	3			3
5	**119**	224	3	19	246
6	**158**	69	30	102	201
	160	17	7	86	110
	162	459	135	152	746
	163	3		3	6
	168	2		2	4
	169	56	2	14	72
8	227	75	8	61	144
	228	2		8	10
	229	112	30	90	232
	232	3		14	17
	503	21	150	146	317
	538	161	34	102	297
9	**262**	63	8	24	95
	266	364	17	37	418
	267	101	10	33	144
	268	30	1	6	37
	270	120	15	46	181
12	339	79	8	44	131
	340	47	7	16	70
	342	64	2	9	75
	343	9		3	12
	345			1	1
13	360	47	10	47	104
	362			3	3
	364	56	23	43	122
	377	1	1	2	4
	381	467	136	74	677
11	323	61	20	262	343
Tot.		**8.015**	**765**	**2.080**	**10.860**
%		73,8%	7,0%	19,2%	

Dalla precedente tabella si evince che per una soglia di abbattimento del 50% delle prestazioni dal regime di ricovero, possono essere riconvertiti in Chirurgia Ambulatoriale Complessa circa 5.400 ricoveri, con conseguente abbassamento del tasso di ospedalizzazione per un valore intorno al 17,0‰ abitanti.

Di conseguenza, si prevede, approssimativamente, una deospedalizzazione per circa 10.000 giornate di degenza, con risvolti anche sull'ottimizzazione delle risorse.

Si tratta del principale obiettivo dell'introduzione della Chirurgia Ambulatoriale, cui, tuttavia, si prevede di associare anche il risparmio in termini economici derivante dalla minore tariffazione delle prestazioni, nonché dalla compartecipazione dei cittadini.

Il reale impatto economico potrà essere valutato solo successivamente, a seguito di un primo monitoraggio trimestrale dall'entrata in vigore del presente Decreto, dal quale si otterrà l'effettiva valutazione dei volumi di trasferibilità per singola struttura erogatrice.

Procedimenti Gestionali

- La ricettazione o la prescrizione della prestazione da parte dei medici di medicina di base e p.l.s. deve riportare sempre l'indicazione delle procedure e della diagnosi.
- La ricettazione potrà essere effettuata anche dai medici ospedalieri pubblici e dagli specialisti ambulatoriali interni (Sumaisti).
- Sarà cura della struttura erogatrice, in seguito a valutazione, predisporre il regime assistenziale più congruo al singolo caso, prediligendo, però, ove possibile il trattamento ambulatoriale.
- In caso di intervento con codifica multipla, va sempre indicato come principale quello a costo superiore.
- La scheda deve essere corredata da documentazione clinica (esami preintervento), scheda di intervento, consenso informato, lettera al medico curante, ricetta o prescizione, copia di eventuali altri esami strumentali praticati.
- La copia delle schede cartacee insieme alla fatturazione e rendicontazione deve esser inviata ai Servizi di Medicina Territoriale e Specialistica dell'Ente Remunerante di competenza, con cadenza mensile, entro il giorno 30 del mese successivo rispetto a quello in cui è avvenuta l'erogazione.
- Fatturazione e rendicontazione delle prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa devono essere predisposte distintamente dai flussi della Medicina Specialistica Ambulatoriale tradizionale, trattandosi di setting assistenziale intermedio tra ricoveri e medicina specialistica tradizionale.
- La scheda informatizzata dovrà essere inviata alla Società Molise Dati, che elaborerà anche i report riepilogativi per il monitoraggio, su indicazioni del Servizio Ispettivo Regionale.
- Le prestazioni erogate a pazienti extra regionali devono essere anche inserite nel file "C" della mobilità (Medicina Specialistica) secondo le modalità già previste per il file stesso.
- La Società Molise Dati dovrà elaborare un sistema informatico dedicato alla branca 80 che servirà, oltre che per l'archiviazione, anche per la prenotazione della prestazione stessa; il sistema di prenotazione, almeno in una prima fase attuativa, dovrà prevedere una postazione appositamente dedicata alla Chirurgia Ambulatoriale Complessa nelle Strutture Ospedaliere Pubbliche.
- E' compito del Servizio Flussi Informativi e Controllo di Gestione della Regione provvedere all'inserimento delle codifiche delle procedure su Tessera Sanitaria.
- Le prestazioni suddette sono soggette al controllo ed alla verifica da parte degli organismi competenti anche con ispezioni in loco.
- In fase di prima applicazione (I trimestre 2015), in seguito alle attività di monitoraggio potranno essere apportate eventuali modifiche gestionali, procedurali e di codifica, anche dietro suggerimento da parte dei soggetti erogatori, per il miglioramento del sistema.
- L'A.S.Re.M. dovrà programmare, per ogni presidio ospedaliero pubblico, gli orari di occupazione delle sale operatorie da dedicare a tale setting assistenziale e gestire efficientemente le liste d'attesa.
- L'A.S.Re.M. contribuirà a dare adeguata divulgazione dell'attivazione della Chirurgia Ambulatoriale Complessa.

ALLEGATO 4

Regione Molise - Servizio Ispettivo Regionale

Codifiche di Prestazioni Chirurgiche da trasferire in Chirurgia Ambulatoriale (BRANCA 80)

A) 17 D.R.G. di tipologia chirurgica del D.P.C.M. 2001

Tariffa base calcolata al 90% della tariffa dello stesso DRG in D.S. del DCA n. 19/2013				Tariffa Base	Tariffa Prestazione €	PESO Minuti
	MDC 1	MALATTIE DEL S.N.				
COD.		DRG 006	DECOMPR. TUNNEL CARPALE	588		
R 04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE				588	30
	MDC 2	MALATTIE DELL'OCCHIO				
COD.		DRG 039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO	894		
R 12.00	RIMOZ. DI CORPO ESTRANEO INTRAOCULARE DAL SEG. ANTERIORE DELL'OCCHIO, SAI				894	20
R 13.11	ESTRAZIONE INTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO PER VIA TEMPORALE				894	20
R 13.19	ALTRA ESTRAZIONE INTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO				929	30
R 13.19.1	INTERV. CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE PIU' BIOMETRIA				929	30
R 13.2	ESTRAZIONE EXTRACAPSULARE DELLA CATARATTA DI ESTRAZ.LINEARE				894	20
R 13.3	ESTRAZ. EXTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO CON TECNICA DI ASPIRAZ. SEMPLICE				894	20
R 13.41	FACOEMULSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA				894	20
R 13.42	FACOFRAMMENTAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA PER VIA PARS PLANA				894	20
R 13.59	ALTRA ESTRAZIONE EXTRACAPSULARE DEL CRISTALLINO				894	20
R 13.65	ASPORTAZIONE CHIR. DI CATARATTA SECONDARIA (Capsulectomia)				894	20
R 13.66	CAPSULOTOMIA CHIRURGICA DOPO ESTRAZIONE DI CATARATTA				858	15
R 13.70	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE, SAI				894	20
R 13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fasico)				894	20
R 13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIF. INTRAOC. CON ESTRAZ DI CAT. + INT. 13.41 oppure 13.59				929	30
R 13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE				858	20
R 13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO				858	15
R 13.90	ALTRI INTERVENTI SUL CRISTALLINO				894	20
COD.		DRG 040	INTERVENTI SU STRUTTURE EXTRAOCUL. .. > 17	1.453		
R 08.31	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI CON INTERVENTO SUI MUSCOLI FRONTALI, CON SUTURA				1.394	30
R 08.32	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI CON RESEZIONE O AVANZ. DI MM. ELEVATORE				1.394	30
R 08.33	CORREZ. DI BLEFAROPTOSI CON RESEZ. O AVANZAM. DEL MUSC. ELEV. O SUA APONEUROSI				1.394	30
R 08.34	CORREZ. DI BLEFAROPTOSI CON ALTRE TECNICHE CHE UTILIZZANO IL MUSCOLO ELEVATORE				1.394	30
R 08.35	CORREZ. DI BLEFAROPTOSI CON TECNICA TARSALE				1.394	30
R 08.36	CORREZ. DI BLEFAROPTOSI CON ALTRE TECNICHE				1.394	30
R 08.37	RIDUZIONE DI SOVRACORREZIONE DI BLEFAROPTOSI				1.394	30
R 08.49	ALTRA RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION				1.394	30
R 08.59	ALTRA CORREZIONE DELLA POSIZIONE DELLA PALPEBRA				1.394	30
R 08.61	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO CUTANEO				1.453	30
R 08.63	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON INNESTO DEL FOLLICOLO PILIFERO				1.394	30
R 08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE				1.394	30
R 08.73	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA E DEL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE				1.394	30
R 08.74	ALTRA RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE				1.394	30
R 08.85	ALTRA RICOSTRUZIONE DI LACERAZIONE PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE				1.394	30
R 08.89	ALTRA RIPARAZIONE DELLA PALPEBRA				1.394	30
R 08.99	ALTRI INTERVENTI SULLA PALPEBRA				1.394	30
R 09.6	ASPORTAZIONE DI SACCO E VIE LACRIMALI (incluso biopsia 09.12)				1.394	30
R 09.23	DACRIOADENECTOMIA TOTALE				1.394	30
R 09.44	INTUBAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE				1.394	30
R 09.49	ALTRE MANIPOLAZIONI DELLE VIE LACRIMALI				1.394	30
R 09.81	DACRIOCISTORINOSTOMIA (DCR)				1.453	45
R 09.82	CONGIUNTIVOCISTORINOSTOMIA				1.394	30
R 09.83	CONGIUNTIVORINOSTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO				1.394	30
R 09.99	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO LACRIMALE				1.394	30
R 09.99.1	INSERZIONE DI STENT NEL CANALE LACRIMALE				1.394	30

REGIONE MOLISE

PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21.03.2013

DECRETO

N. 35 **IN DATA** 16/10/2014

OGGETTO: istituzione e regolamentazione della "Chirurgia Ambulatoriale" (Branca 80).

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013, il Presidente *pro-tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135) e di procedere alla loro attuazione;

CONSIDERATO che:

- ✓ con il termine *chirurgia ambulatoriale* s'intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia (classificazione anestesiologica ASA1 e ASA2) su pazienti accuratamente selezionati, in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze;
- ✓ l'art. 6, comma 5, del Patto per la Salute, approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 3 Dicembre 2009, ha individuato 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, dei quali 43 di tipologia chirurgica, le cui procedure di assistenza possono essere erogate in regime di chirurgia ambulatoriale, quale setting assistenziale alternativo ai ricoveri ordinari o diurni;

R 10.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INFISSO NELLA CONGIUNTIVA CON INCISIONE			1.394	30
R 10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA			1.394	30
R 10.41	RIPARAZIONE DI SIMBLEFARON CON INNESTO LIBERO			1.394	30
R 10.42	RICOSTRUZIONE DI CUL DE SAC CONGIUNTIVALE CON INNESTO LIBERO			1.394	30
R 10.44	ALTRO INNESTO LIBERO ALLA CONGIUNTIVA			1.394	30
R 10.49	ALTRA CONGIUNTIVOPLASTICA			1.394	20
R 11.62	ALTRA CHERATOPLASTICA LAMELLARE			1.394	15
R 12.87	RINFORZO DI SCLERA MEDIANTE INNESTO			1.453	30
R 15.11	ARRETRAMENTO DI UN MUSCOLO EXTRAOCULARE			1.394	30
R 15.12	AVANZAMENTO DI UN MUSCOLO EXTRAOCULARE			1.394	30
R 15.13	RESEZIONE DI UN MUSCOLO EXTRAOCULARE			1.394	30
R 15.29	ALTRI INTERVENTI SU UN MUSCOLO EXTRAOCULARE			1.394	30
R 15.3	INT. SU M.M. EXTRAOC. CHE RICHIEDONO DISTACCO TEMP. DAL BULBO BILATERALE			1.394	30
R 15.4	ALTRI INTERVENTI SU DUE O PIÙ MUSCOLI EXTRAOCULARI, UNO O ENTRAMBI GLI OCCHI			1.394	30
R 15.5	TRASPOSIZIONE DI MUSCOLI EXTRAOCULARI			1.394	30
R 15.9	ALTRI INTERVENTI SU MUSCOLI E TENDINI EXTRAOCULARI			1.394	30
R 10.99	ALTRI INTERVENTI SULLA CONGIUNTIVA			1.394	30
COD.		DRG 041	INTERVENTI SU STRUTTURE EXTRAOCUL. .. < 17	1.166	
	TUTTE LE PRESTAZIONI E LE CODIFICHE DEL DRG 040			1.166	
COD.		DRG 042	INTERV. INTRAOC. ECCETTO RETINA,IRIDE,CRISTALL.	1.369	
R 11.51	SUTURA DI FERITA CORNEALE			1.314	20
R 11.53	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA CON LEMBO CONGIUNTIVALE			1.423	30
R 11.59	ALTRA RIPARAZIONE DELLA CORNEA			1.369	30
R 11.79	ALTRI INTERVENTI RIFRATTIVI SULLA CORNEA (CROSS LINKING)			1.314	30
R 11.99	ALTRI INTERVENTI SULLA CORNEA			1.369	20
R 11.63	CHERATOPLASICA PERFORANTE AUTOLOGA A TUTTO SPESSORE			1.314	15
R 12.81	SUTURA DI FERITA SCLERALE			1.314	15
R 12.85	RIPARAZIONE DI STAFILOMA DELLA SCLERA CON INNESTO			1.314	15
R 12.21	ASPIRAZIONE DIAGNOSTICA DELLA CAMERA ANTERIORE DELL'OCCHIO			1.369	20
R 12.35	COREOPLASTICA			1.369	20
R 12.39	ALTRA IRIDOPLASTICA			1.314	30
R 12.42	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE			1.314	20
R 12.52	GONIOTOMIA SENZA GONIOPUNTURA			1.314	20
R 12.64	TRABECULECTOMIA AB EXTERNO			1.314	45
R 12.65	ALTRA FISTOLIZZAZIONE SCLERALE CON IRIDECTOMIA			1.314	30
R 12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA			1.314	20
R 12.69	ALTRI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA			1.314	30
R 12.83	REVISIONE DI FERITA OPERAT. DEL SEG. ANT. DELL'OCCHIO NON CLASSIFICATA ALTROVE			1.314	30
R 12.93	RIMOZIONE DELL'EPITELIO INVADENTE DELLA CAMERA ANTERIORE			1.369	20
R 14.71	VITRECTOMIA PER VIA ANTERIORE (LIMBARE)			1.369	20
R 14.72	VITRECTOMIA POSTERIORE per via parsplana o sclerotomia posteriore + eventuale 14.24 Endolaser			1.423	30
R 14.73	VITRECTOMIA MECCANICA PER VIA ANTERIORE			1.369	20
R 14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (sostanze tamponanti ab interno)			1.423	30
	MDC 3	MALATTIE E DISTURBI O.R.L.			
COD.		DRG 055	MISCELLANEA INTERVENTI O.R.L.	1.451	
R 18.21	ASPORTAZIONE DEL SENO PREAURICOLARE			1.393	60
R 18.31	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO			1.393	60
R 18.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO			1.393	60
R 18.6	RICOSTRUZIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO			1.393	60
R 20.23	INCISIONE DELL'ORECCHIO MEDIO			1.393	60
R 21.61	TURBINECTOMIA MEDIANTE DIATERMIA O CRIOCHIRURGIA			1.393	60
R 21.62	FRATTURA DEI TURBINATI (Decongestione chirurgica)			1.393	60
R 21.89	ALTRI INTERVENTI DI RIPARAZIONE E DI PLASTICA DEL NASO			1.393	60
R 30.01	MARSUPIALIZZAZIONE DI CISTI LRINGEA			1.393	60

	MDC 5	MALATTIE APP. CARDIOCIRCOLATORIO				
COD.		DRG 119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE		1.402	
R 38.09	INCISIONE DI VENE DELL'ARTO INFERIORE				**1.402**	30
R 38.39	RESEZIONE DI VENE ART. INF. CON ANASTOMOSI				**1.402**	40
R 38.50	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE, SEDE NON SPECIFICATA				**1.402**	40
R 38.53	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO SUPERIORE				**1.402**	40
R 38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE o intervento mediante laser				**1.402**	40
R 38.69	ALTRA ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO INFERIORE				**1.402**	40
	MDC 6	MALATTIE APP. DIFERENTE				
COD.		DRG 158	INTERVENTI SU ANO E STOMA		906	
R 45.33	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO TENUE				**906**	50
R 45.41	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO				**906**	60
R 46.40	REVISIONE DI ORIFIZIO INTESTINALE ARTIFICIALE, SAI				**906**	45
R 46.41	REVISIONE DI ORIFIZIO ARTIFICIALE DELL'INTESTINO TENUE				**906**	45
R 46.43	ALTRA REVISIONE DI ORIFIZIO ARTIFICIALE DELL'INTESTINO CRASSO				**906**	45
R 48.33	DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL RETTO MEDIANTE LASER				**906**	45
R 48.34	DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL RETTO MEDIANTE CRIOCHIRURGIA				**906**	45
R 48.92	MIOMECTOMIA ANORETTALE				**906**	75
R 48.93	RIPARAZIONE DI FISTOLA PERIRETTALE				**906**	40
R 48.99	ALTRI INTERVENTI SUL RETTO E SUI TESSUTI PERIRETTALI				**906**	50
R 49.02	ALTRA INCISIONE TESSUTI PERIANALI				**906**	40
R 49.04	ALTRA ASPORTAZIONE DI TESSUTI PERIANALI				**906**	40
R 49.11	FISTULOTOMIA ANALE				**906**	40
R 49.12	FISTULECTOMIA ANALE				**906**	40
R 49.43	CAUTERIZZAZIONE DELLE EMORROIDI				**906**	30
R 49.49	ALTRI INTERVENTI SULLE EMORROIDI (Milligan-Morgan)				**906**	40
R 49.51	SFINTEROTOMIA ANALE LATERALE SINISTRA				**906**	40
R 49.52	SFINTEROTOMIA ANALE POSTERIORE				**906**	20
R 49.72	CERCHIAGGIO ANALE				**906**	20
R 49.73	CHIUSURA DI FISTOLA ANALE				**906**	20
R 49.79	ALTRA RIPARAZIONE DELLO SFINTERE ANALE				**906**	30
R 49.91	INCISIONE DI SETTO ANALE				**906**	30
R 49.93	ALTRE INCISIONI DELL'ANO				**906**	30
R 49.99	ALTRI INTERVENTI SULL'ANO				**906**	30
COD.		DRG 160	INTERV. PER ERNIA ECC. INGUINALE, FEMOR. > 17		**1.370**	
R 53.51	RIPARAZIONE DI ERNIA SU INCISIONE				**1.370**	90
R 54.72	ALTRA RIPARAZIONE DELLA PARETE ADDOMINALE				**1.370**	90
R 53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI				**1.315**	60
R 53.49	ALTRA ERNIORRAFIA OMBELICALE				**1.315**	60
R 53.59	RIPARAZIONE DI ALTRA ERNIA DI PARETE ADD. ANTERIORE				**1.370**	90
R 53.61	RIPARAZIONE DI ERNIA SU INCISIONE CON PROTESI				**1.370**	90
R 53.69	RIPARAZIONE DI ALTRA ERNIA DELLA PARETE ADDOMINALE CON PROTESI				**1.370**	90
COD.		DRG 162	INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMOR. > 17		1.152	
R 53.01	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA				**1.152**	45
R 53.02	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA				**1.152**	45
R 53.03	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA CON INNESTO O PROTESI				**1.152**	45
R 53.04	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRETTA CON INNESTO O PROTESI				**1.152**	45
R 53.05	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI, SAI				**1.152**	45
R 53.21	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI				**1.152**	30
R 53.29	ALTRA ERNIORRAFIA CRURALE MONOLATERALE				**1.152**	30
COD.		DRG 163	INTERVENTI PER ERNIA < 18 anni		1.092	
	TUTTE LE PRESTAZIONI E LE CODIFICHE DEL DRG 162				**1.092**	30

	MDC 8	MALATTIE DEL SIST. OSTEOMUSCOLARE				
COD.		DRG 232	ARTROSCOPIA	1.360		
R 80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA				1.305	30
R 80.21	ARTROSCOPIA DELLA SPALLA				1.305	30
R 80.22	ARTROSCOPIA DEL GOMITO				1.305	30
R 80.23	ARTROSCOPIA DEL POLSO				1.305	30
R 80.24	ARTROSCOPIA MANO E DITA				1.305	30
R 80.25	ARTROSCOPIA DELL'ANCA				1.305	30
R 80.26	ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO				1.305	30
R 80.27	ARTROSCOPIA DELLA CAVIGLIA				1.305	30
R 80.28	ARTROSCOPIA DI PIEDE E DITA				1.305	30
R 81.96	ALTRA RIPARAZIONE ARTICOLARE				1.305	30
COD.		DRG 503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO	1.808		
R 80.46	INCISIONE DI CAPSULA ARTICOLARE, LEGAMENTI O CARTILAGINE DEL GINOCCHIO				1.808	45
R 80.6	ASPORTAZIONE DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO				1.808	45
R 80.76	SINOVIECTOMIA DEL GINOCCHIO				1.808	45
	MDC 9	MAL. DI PELLE,TESSUTO SOTTOCUT. E MAMMELLA				
COD.		DRG 262	INTERVENTI DI ESCISSIONE LOCALE BENIGNA	1.045		
R 85.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA MAMMELLA				1.045	45
R 85.21	RIMOZIONE NODULO MAMMARIO				1.045	45
R 85.91	ASPIRAZIONE DELLA MAMMELLA				1.003	30
COD.		DRG 267	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	784		
R 86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE				784	30
R 86.21	MARSUPIALIZZAZIONE DI CISTI				784	30
COD.		DRG 270	ALTRI INTERV. SU PELLE TESS. SOTTOCUT. E MAMM.	989		
R 86.0	ASPORTAZIONE DI CISTI SEBACEA e/o LIPOMA				989	40
R 86.09	ALTRA INCISIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO				949	40
R 86.3	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESS. CUT. E SOTTOCUT.				989	40
R 86.59	CHIUSURA DI CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO DI ALTRE SEDI				949	40
	MDC 13	MAL. APP. GENITALE FEMMINILE				
COD.		DRG 364	DILATAZIONE E RASCH. PER PAT. BENIGNE	917		
R 67.0	DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE				880	35
R 67.11	BIOPSIA ENDOCERVICALE				880	35
R 67.2	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE				880	35
R 68.22	INCISIONE DI SETTO CONGENITO DELL'UTERO				880	35
R 69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO				917	40
R 71.9	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO GENITALE FEMMINILE				917	40

Codifiche di Prestazioni Chirurgiche da trasferire in Chirurgia Ambulatoriale (BRANCA 80)

B) 26 D.R.G. di tipologia chirurgica del P.d.S. 2009

Tariffa base calcolata al 90% della tariffa dello stesso DRG in D.S. del DCA n. 19/2013				Tariffa Base	Tariffa Prestazione €	PESO Minuti
	MDC 1	MALATTIE DEL S.N.				
COD.		**DRG '008**	**INTERVENTI SU NERVI CRNICI E PERIFERICI**	2.326		
R 03.94	RIMOZIONE NEUROSTIMOLATORE SPINALE				**2.233**	30
R 04.2	DEMOLIZIONE DI NERVI CRANICI E PERIFERICI				**2.143**	30
R 04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE				**2.233**	30
R 04.07	ALTRA RESEZIONE O ASPORTAZIONE DI NERVI CRANICI E PERIFERICI				**2.233**	30
R 04.49	ALTRE DECOMPRES. NERVI PERIF. E GANGLI, O SEPARAZ. ADERENZE				**2.233**	30
R 04.92	IMPIANTO O SOST. DI ELETTRODO/I DEL NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI				**2.419**	45
R 04.99	ALTRI INTERVENTI SU NERVI CRANICI E PERIFERICI				**2.143**	30
	MDC 2	MALATTIE DELL'OCCHIO				
COD.		**DRG '036**	**INTERVENTI SULLA RETINA**	1.341		
R 14.29	ALTRO TRATTAMENTO DI LESIONE CORIORETINICA				**1.341**	45
R 14.29.1	DISTRUZIONE DI LESIONE CORIORETINICA (Retina e Coroide)				**1.341**	45
R 14.39	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA				**1.394**	60
R 14.41	PIOMBAGGIO SCLERALE CON IMPIANTO				**1.394**	60
R 14.59	ALTRA RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO				**1.394**	60
R 14.40	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO MEDIANTE INDENTAZIONE SCLERALE CON IMPIANTO				**1.341**	60
R 14.49	ALTRE INDENTAZIONI SCLERALI				**1.341**	60
R 14.51	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO MEDIANTE DIATERMIA				**1.287**	40
R 14.52	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO CON CRIOTERAPIA				**1.341**	60
R 14.54	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE LASER .				**1.341**	60
R 14.6	RIMOZ. DAL SEGMENTO POSTERIORE DELL'OCCHIO DI MAT. IMPIANTATO CHIR.				**1.287**	40
R 14.79	ALTRI INTERVENTI SUL CORPO VITREO				**1.341**	60
R 14.9	ALTRI INTERVENTI SULLA RETINA, SULLA COROIDE E SULLA CAMERA POSTERIORE				**1.341**	60
R 14.91	INIEZIONE INTRAVITREALE DI FARMACI				**1.287**	40
COD.		**DRG '038**	**INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE**	1.070		
R 12.12	ALTRA IRIDOTOMIA				**1.027**	15
R 12.13	ESCISSIONE DI IRIDE PROLASSATA				**1.027**	15
R 12.31	LISI DI GONIOSINECHIE				**1.027**	15
R 12.32	LISI DI ALTRE SINECHIE ANTERIORI				**1.027**	15
R 12.33	LISI DI SINECHIE POSTERIORI				**1.070**	20
R 12.42	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE				**1.070**	20
R 12.54	TRABECULOTOMIA AB EXTERNO				**1.027**	15
R 12.59	ALTRI INTERV. PER FACILITARE LA CIRCOLAZIONE INTRAOCULARE (TRABECULOPLASTICA CON LASER)				**1.070**	20
R 12.74	RIDUZIONE DEL CORPO CILIARE, SAI				**1.070**	30
R 12.79	ALTRI INTERVENTI PER GLAUCOMA				**1.112**	30
R 12.97	ALTRI INTERVENTI SULL'IRIDE				**1.070**	20
	MDC 3	MALATTIE O.R.L.				
COD.		**DRG '051**	**INTERVENTI SU GHIANDOLE SALIVARI**	1.330		
R 26.21	MARSUPIALIZZAZIONE DI CISTI DI GHIANDOLA SALIVARE				**1.330**	60
COD.		**DRG '059**	**TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA > 17**	867		
R 28.6	ADENOIDECTOMIA SENZA TONSILLECTOMIA				**867**	60
R 20.09	ALTRA MIRINGOTOMIA				**832**	45
COD.		**DRG '060**	**TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA < 17**	587		
	TUTTE LE PRESTAZIONI DEL D.R.G. 059				**587**	60
COD.		**DRG '061**	**MIRINGOTOMIA CON INSERZ. TUBO > 17**	1.561		
R 20.01	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO				**1.404**	60
R 21.69	ALTRA TURBINECTOMIA				**1.347**	50
COD.		**DRG '062**	**MIRINGOTOMIA CON INSERZ. TUBO < 17**	962		
	TUTTE LE PRESTAZIONI DEL D.R.G. 061				**962**	60

	MDC 6	MALATTIE APPARATO DIGERENTE				
COD.		**DRG 168**	**INTERVENTI SULLA BOCCA**	1.224		
R 27.42	AMPIA ASPORTAZIONE DI LESIONE DEL LABBRO				**1.224**	45
R 27.53	CHIUSURA DI FISTOLA DELLA BOCCA				**1.224**	30
COD.		**DRG 169**	**ALTRI INTERVENTI SULLA BOCCA**	1.224		
R 25.02	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA LINGUA				**1.224**	45
R 25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA				**1.175**	40
R 27.0	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA				**1.224**	45
R 27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO				**1.224**	45
R 27.43	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DEL LABBRO				**1.175**	40
R 27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA				**1.224**	45
R 27.79	ALTRI INTERVENTI SULL'UGOLA				**1.175**	40
R 27.92	INCISIONE DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA				**1.175**	40
R 27.99	ALTRI INTERVENTI SULLA CAVITÀ ORALE				**1.175**	40
	MDC 8	MALATTIE DEL SIST. MUSCOLO-SCHEL. E TESS. CONN.				
COD.		**DRG 227**	**INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI**	1.349		
R 83.01	ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA				**1.349**	30
R 83.13	ALTRA TENOTOMIA				**1.349**	45
R 83.32	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI				**1.349**	45
R 83.39	ASPORTAZIONE DI LESIONE DI ALTRI TESSUTI MOLLI				**1.349**	45
R 83.42	ALTRA TENDINECTOMIA (Tenosinoviectomia)				**1.349**	45
R 83.49	ALTRA ASPORTAZIONE DI TESSUTI MOLLI				**1.349**	45
R 83.5	BORSECTOMIA				**1.349**	30
R 83.64	ALTRA SUTURA DEI TENDINI				**1.349**	45
R 83.76	ALTRA TRASPOSIZIONE DI TENDINI				**1.349**	45
COD.		**DRG 228**	**INTERVENTI SU MANO E POLSO**	1.517		
R 81.72	ARTROPLASTICA DELLA ARTICOLAZ. METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO				**1.517**	60
R 81.75	ARTROPLASTICA DELLA ARTICOLAZ. CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO				**1.517**	60
R 82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO				**1.517**	60
R 82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO				**1.517**	60
R 82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO				**1.456**	45
COD.		**DRG 229**	**INTERVENTI SU MANO , POLSO ED ARTICOLAZIONI**	1.166		
R 77.64	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DI CARPO E METACARPO				**1.166**	45
R 78.14	APPLICAZIONE DI FISSATORE ESTERNO DI CARPO E METACARPO				**1.166**	60
R 79.13	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO, CON FISSAZIONE INTERNA				**1.166**	45
R 79.14	RIDUZIONE INCRUENTA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO, CON FISSAZIONE INTERNA				**1.166**	45
R 80.44	INCISIONE CAPSULA ARTICOLARE, LEG O CARTILAG. DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO				**1.166**	60
R 80.73	SINOVIECTOMIA DEL POLSO				**1.166**	45
R 80.74	SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO				**1.166**	45
R 81.26	FUSIONE METACARPOCARPALE				**1.166**	60
R 81.27	FUSIONE METACARPOFALANGEA				**1.166**	60
R 81.28	FUSIONE INTERFALANGEA				**1.166**	60
R 82.01	ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO				**1.166**	45
R 82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO				**1.166**	60
R 82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO				**1.166**	60
R 82.33	ALTRA TENDINECTOMIA DELLA MANO				**1.166**	60
R 82.35	ALTRA FASCECTOMIA DELLA MANO				**1.166**	60
R 82.43	SUTURA DIFFERITA DI ALTRI TENDINI DELLA MANO				**1.166**	45
R 82.44	ALTRA SUTURA DEI TENDINI FLESSORI DELLA MANO				**1.166**	45
R 82.45	ALTRA SUTURA DI ALTRI TENDINI DELLA MANO				**1.166**	45
R 82.86	ALTRA TENOPLASTICA DELLA MANO				**1.166**	60
R 82.89	ALTRI INTERVENTI DI PLASTICA SULLA MANO				**1.166**	60
R 84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO				**1.166**	60
R 84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE				**1.166**	60

COD.		DRG 538	ESCISSIONE E RIMOZIONE MEZZI DI FISSAZIONE	1.582		
R 77.19	ALTRA INCISIONE DI ALTRE OSSA, ESCLUSE QUELLE FACCIALI SENZA SEZIONE				1.582	40
R 77.60	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO OSSEO, SEDE NON SPECIFICATA				1.582	40
R 77.63	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DI RADIO E ULNA				1.582	40
R 77.66	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLA ROTULA				1.582	40
R 77.67	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DI TIBIA E FIBULA				1.582	40
R 77.69	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DI ALTRE OSSA, ESCLUSE QUELLE FACCIALI				1.582	40
R 78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO, SEDE NON SPECIFICATA				1.582	40
R 78.61	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA SCAPOLA, CLAVICOLA E TORACE (COSTE E STERNO)				1.582	40
R 78.62	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DALL'OMERO				1.582	40
R 78.63	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA RADIO E ULNA				1.582	40
R 78.64	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA CARPO E METACARPO				1.582	40
R 78.66	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DALLA ROTULA				1.582	40
R 78.67	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA TIBIA E FIBULA				1.582	40
R 78.68	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA TARSO E METATARSO				1.582	40
R 78.69	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO IMPIANTATO DA ALTRE OSSA				1.582	40
R 80.81	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZ. LOCALE DI LESIONE DELL'ARTICOLAZIONE DELLA SPALLA				1.582	40
R 80.82	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELL'ARTICOLAZIONE DEL GOMITO				1.582	40
R 80.86	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZ. LOCALE DI LESIONE DELL'ARTICOLAZIONE DEL GINOCCHIO				1.582	40
	MDC 9	MALATTIE DI PELLE TESS. SOTTOCUT. E MAMMELLA				
COD.		DRG 266	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PELLE	1.559		
R 86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE				1.559	45
R 86.70	INNESTI PEDUNCOLATI O A LEMBO				1.559	45
R 86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO				1.496	40
R 86.91	ASPORTAZIONE DI CUTE PER INNESTO				1.559	45
R 86.93	INSERZIONI DI ESPANSORE TISSUTALE				1.621	45
		DRG 268	CHIR.PLAST. DI PELLE SOTTOCUT. E MAMMELLA	1.940		
R 86.84	CORREZIONE DI BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE				1.862	30
R 86.89	ALTRA RIPARAZIONE O RICOSTRUZIONE DI CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO				1.940	45
R 86.99	ALTRI INTERVENTI SULLA CUTE E SUL TESSUTO SOTTOCUTANEO				1.940	45
	MDC 12	INTERVENTI SU APP. GEN. MASCHILE				
COD.		DRG 339	INTERVENTI SUL TESTICOLO > 17	1.073		
R 62.7	INSERZIONE DI PROTESI TESTICOLARE				1.073	40
R 63.1	ASPORTAZIONE DI VARICOCELE E IDROCELE DEL CORDONE SPERMATICO				1.073	40
R 63.2	ASPORTAZIONE DI CISTI DELL'EPIDIDIMO O SPERMATOCELE				1.030	40
R 61.2	ASPORTAZIONE DI IDROCELE (DELLA TUNICA VAGINALE)				1.030	45
R 62.2	ASPOTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE TESTICOLARE				1.030	30
R 62.3	ORCHIECTOMIA MONOLATERALE				1.073	45
R 63.01	BIOPSIA DEL CORD. SPERM.,EPIDIDIMO E DEFERENTE				1.030	30
R 63.4	EPIDIDIMECTOMIA				1.073	45
R 63.92	EPIDIDIMOTOMIA				1.073	45
R 63.93	INCISIONE DEL CORDONE SPERMATICO				1.030	30
R 63.95	INSERIMENTO VALVOLE NEI DOTTI DEFERENTI				1.073	45
R 63.3	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE O TESSUTO DEL CORDONE SPERMATICO ED EPIDIDIMO				1.030	40
		DRG 340	INTERVENTI SUL TESTICOLO < 17	1.006		
	TUTTE LE PRESTAZIONI DEL D.R.G. 339				1.006	45
		DRG 342	CIRCONCISIONE > 17	864		
R 64.00	CIRCONCISIONE > 17 ANNI				864	30
COD.		DRG 343	CIRCONCISIONE < 17	603		
R 64.01	CIRCONCISIONE < 17 ANNI				603	30
		DRG 345	ALTRI INTERVENTI SU APP. GEN. MASCHILE	1.197		
R 60.95	DILATAZIONE TRANSURETRALE URETRA PROSTATICA				1.197	40
	MDC 13	INTERVENTI SU APP. GEN. FEMMINILE				
COD.		DRG 360	INTERVENTI SU VAGINA,CERVICE E VULVA	1.243		
R 67.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CERVICE				1.243	35
R 67.59	ALTRA RIPARAZIONE DI OSTIO CERVICALE INTERNO				1.243	35
R 69.97	RIMOZIONE DALLA CERVICE DI CORPO ESTRANEO				1.243	35
R 70.71	SUTURA DI LACERAZIONE DELLA VAGINA				1.193	30
R 70.79	ALTRA RIPARAZIONE DELLA VAGINA				1.243	35
R 70.91	ALTRI INTERVENTI SULLA VAGINA				1.243	35

R 71.09	ALTRA INCISIONE DI VULVA E PERINEO				**1.243**	35
R 71.21	ASPORTAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL BARTOLINO				**1.193**	30
R 71.23	MARSUPIALIZZAZIONE DI CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO				**1.193**	30
R 71.24	ASPORTAZIONE O ALTRA DEMOLIZIONE DI CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO				**1.193**	30
R 71.29	ALTRI INTERVENTI SULLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO (CISTI)				**1.193**	30
R 71.3	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DELLA VULVA E DEL PERINEO				**1.193**	30
R 71.8	ALTRI INTERVENTI SULLA VULVA				**1.243**	35
COD.		**DRG 362**	**OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE**	1.055		
R 66.2	DEMOLIZIONE OD OCCLUSIONE ENDOSCOPICA BILAT. TUBE				**1.055**	30
R 66.21	LEGATURA E CLAMBAGGIO ENDOSCOPICO BILAT. DELLE TUBE				**1.055**	30
R 66.22	LEGATURA E SEZIONE ENDOSCOPICA BILAT. DELLE TUBE				**1.055**	30
R 66.39	ALTRA DEMOLIZIONE ED OCCLUSIONE BILAT. DELLE TUBE				**1.055**	30
R 66.32	OCCLUSIONE DELLE TUBE				**1.055**	30
R 66.52	RIMOZIONE DELLA TUBA RESIDUA				**1.055**	30
R 66.61	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE TUBE				**1.055**	30
	MDC 14	GRAVIDANZA , PARTO E PUERPERIO				
COD.		**DRG 377**	**INTERVENTI CHIR. IN POST PARTO E POST ABORTO**	1.170		
R 69.02	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO A SEGUITO DI PARTO O ABORTO				**1.170**	45
R 69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO				**1.170**	45
R 69.52	RASCHIAMENTO DELL'UTERO CON ASPIRAZIONE POST GRAVIDANZA O ABORTO				**1.170**	45
		DRG 381	**ABORTO CON DILAT. E RASCH. O ASPIRAZIONE**	989		
R 69.01	DILATAZIONE O RASCHIAMENTO PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA				**989**	45
R 69.51	RASCHIAMENTO DELL'UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA				**989**	45
	MDC 11	MALATTIE DI RENE E VIE URINARIE				
COD.		**DRG 323**	**CALCOLOSI URINARIA E/O LITOTRIPSIA**	576		
R 98.51.1	**LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DI RENE/URETERE CON CATETERISMO URETRALE (Prima seduta)**				**550**	30
R 98.51.2	**LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DI RENE/URETERE CON CATETERISMO URETRALE (Sed. Succ.))**				**550**	30
R 98.51.3	**LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DI RENE/URETERE E/O VESCICA**				**550**	30

Prestazioni ambulatoriali ex D.C.A. n. 14 del 28/04/2014, convertite in prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale

Le seguenti 14 prestazioni con relativa codifica di chirurgia oftalmologica (facenti parte del paragrafo A del D.C.A. n. 14/2014), essendo state inserite nelle liste della Chirurgia Ambulatoriale Complessa, con l'emanzione del presente decreto non potranno essere più erogate secondo le modalità del D.C.A. 14/2014, bensì dovranno essere erogate esclusivamente secondo regolamentazione e linee guida previste dalla istituzione della Chirurgia Ambulatoriale Complessa.

CODIFICA REGIONALE - PRESTAZIONI NON PRESENTI NEL NOMENCLATORE NAZIONALE DEL 18-10-2012 (G.U. n. 23 del 28/01/2013)

A) Prestazioni Regionali

n	Note	CODICE	DESCRIZIONE	BRANCA	TIPO
1	IHR	08.35	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI con tecnica tarsale	16	C
2	IHR	08.36	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI con altre tecniche	16	C
3	IHR	08.85	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	16	C
4	IHR	09.99.1	INSERZIONE DI STENT NEL CANALE LACRIMALE comprensivo di stent	16	C
5	AIHR	11.62.1	CHERATOPLASTICA LAMELLARE (Omnicomprensiva di diagnostica pre e post intervento)	16	C
6	AIHR	11.63	CHERATOPLASTICA PERFORANTE (Omnicomprensiva di diagnostica pre e post intervento)	16	C
7	AIHR	12.54	TRABECULOTOMIA (Omnicomprensiva di diagnostica pre e post intervento)	16	C
8	AIHR	12.59.1	TRABECULOPLASTICA MEDIANTE LASER (Omnicomprensiva di diagnostica pre e post intervento)	16	C
9	AIHR	12.74	TRABECULECTOMIA (Omnicomprensiva di diagnostica pre e post intervento)	16	C
10	AIHR	13.71	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO CRISTALLINO ARTIFICIALE (Omnicomprensiva di diagnostica e controlli pre e post intervento e di cristallino artificiale)	16	C
11	AIHR	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE (Omnicomprensiva di diagnostica e controlli pre e post intervento e di cristallino artificiale)	16	C
12	AIHR	14.40	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO mediante indendazione sclerale (Omnicomprensiva di diagnostica pre e post intervento)	16	C
13	IHR	14.71	VITRECTOMIA ANTERIORE	16	C
14	IHR	14.72	VITRECTOMIA POSTERIORE	16	C

- ✓ la Regione Molise intende definire:
  - linee guida operative, tali da garantire la sicurezza del paziente, anche alla luce dell'evoluzione delle tecniche chirurgiche, per le procedure assistenziali classificate come trasferibili al regime ambulatoriale;
  - adeguati importi tariffari per le singole prestazioni di chirurgia ambulatoriale o per pacchetti di tali prestazioni, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale in conseguenza del minor impiego di risorse rispetto all'erogazione in regime di ricovero;
  - congrui importi di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti, così come previsto per la generalità delle prestazioni ambulatoriali;

CONSIDERATO, altresì, che:

- ✓ quello dell'appropriatezza dei *setting* assistenziali è un principio essenziale per l'individuazione delle prestazioni che, compatibilmente con i livelli di sostenibilità della spesa, devono essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ nella regione Molise si registra tuttora un tasso di ospedalizzazione superiore allo standard nazionale di 160 per mille abitanti, anche a causa dell'alto numero di ricoveri ordinari o diurni per prestazioni che possono, a parità di efficacia e qualità, essere erogate in ambito ambulatoriale, senza rischi per il paziente, cui, di contro, viene risparmiato il disagio della ospedalizzazione, sia pure diurna;

RITENUTO, in linea con quanto indicato dall'O.M.S., che ogni cittadino, in relazione ai propri bisogni sanitari, debba ricevere gli atti diagnostici e terapeutici che garantiscono i migliori risultati in termini di salute con efficacia, economicità e in tempi ragionevolmente solerti, in rapporto allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, al minor costo possibile e con i minori rischi, in modo da conseguire la soddisfazione dei bisogni rispetto agli interventi ricevuti ed agli esiti conseguiti;

RICHIAMATO il regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" di cui all'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 5 agosto 2014 (Rep. Atti n. 98/CSR), con particolare riferimento all'Appendice 2 (Chirurgia ambulatoriale);

VISTO il D.M. 18/12/2008, avente ad oggetto "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere", con il quale è stata introdotta la versione n. 24 del D.R.G. *Grouper* ed il sistema di classificazione ICD-9-CM-2007;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012, recante "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", pubblicato in G.U. Serie Generale n. 23 del 28 gennaio 2013;

VISTO il DCA n. 19 del 27/06/2013, avente ad oggetto "Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero Ospedaliero";

VISTO il D.C.A. n. 14 del 28/04/2014, recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - DCA n. 17 del 27 giugno 2013 e DCA n. 37 del 10 dicembre 2013. Rettifiche ed integrazioni";

RITENUTO che le strutture aventi i requisiti per l'erogazione delle prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale siano da rinvenirsi nei presidi e negli stabilimenti ospedalieri pubblici e nelle strutture ospedaliere private accreditate (limitatamente alle MDC di competenza nosologica) che attualmente possono erogare le prestazioni in parola in regime di ricovero ordinario o di day-surgery, nonché, limitatamente alla MDC 2, nei Centri specialistici privati già accreditati per le prestazioni di chirurgia oftalmologica;

RITENUTO di dover prevedere, da parte delle strutture erogatrici di prestazioni di chirurgia ambulatoriale, la compilazione di un'apposita scheda S.C.A.C. (Scheda di Chirurgia Ambulatoriale Complessa), contenente i dati anagrafici ed i dati clinici essenziali per il tipo di intervento praticato, nonché la codifica dell'intervento stesso, anche ai fini della valorizzazione economica della prestazione praticata e per rilevazioni statistiche;

RITENUTO di regolamentare l'attività di Chirurgia Ambulatoriale secondo quanto contenuto negli allegati al presente decreto, così come di seguito elencati:

- ✓ Allegato 1: Linee Guida e criteri di selezione delle strutture erogatrici;
- ✓ Allegato 2: S.C.A.C. - Scheda di Chirurgia Ambulatoriale Complessa;
- ✓ Allegato 3: Relazione tecnica e criteri di erogabilità;
- ✓ Allegato 4: Elenco delle prestazioni, con relative codifiche, descrizioni e tariffe (Tabelle A e B);
- ✓ Allegato 5: Prestazioni ambulatoriali ex D.C.A. n. 14 del 28/04/2014, convertite in prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale;

in virtù dei poteri conferiti con la deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013;

DECRETA

- di attivare, con decorrenza 01.01.2015, la Chirurgia Ambulatoriale (Branca 80);

- di approvare la regolamentazione dell'attività di Chirurgia Ambulatoriale contenuta negli allegati al presente decreto, così come di seguito elencati:
  - ✓ Allegato 1: Linee Guida e criteri di selezione delle strutture erogatrici;
  - ✓ Allegato 2: S.C.A.C. - Scheda di Chirurgia Ambulatoriale Complessa;
  - ✓ Allegato 3: Relazione tecnica e criteri di erogabilità;
  - ✓ Allegato 4: Elenco delle prestazioni, con relative codifiche, descrizioni e tariffe (Tabelle A e B);
  - ✓ Allegato 5: Prestazioni ambulatoriali ex D.C.A. n. 14 del 28/04/2014, convertite in prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale;

- di abrogare espressamente il D.C.A. n. 83 del 26/09/2011 ed ogni altra disposizione regionale in contrasto con quanto previsto nel presente decreto;

- di stabilire che le prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale possano essere erogate esclusivamente dai presidi e dagli stabilimenti ospedalieri pubblici e dalle strutture

ospedaliere private accreditate (limitatamente alle MDC di competenza nosologica) che attualmente possono erogare le prestazioni in parola in regime di ricovero ordinario o di day-surgery, nonché, limitatamente alla MDC 2, dai Centri specialistici privati già accreditati per le prestazioni di chirurgia oftalmologica;

- di prevedere che le prestazioni di cui all'Allegato 5 al presente Decreto, con decorrenza 01.01.2015, rientrando tra quelle di Chirurgia Ambulatoriale non siano più ricomprese tra le prestazioni ambulatoriali di cui al D.C.A. n. 14 del 28/04/2014;

- di stabilire che la compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti sia fissata in euro 60,00 (euro sessanta/00), di cui euro 46,00 (euro quarantasei/00) per ticket, euro 10,00 (euro dieci/00) per quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge n. 98 del 6 luglio 2011 ed euro 4,00 (euro quattro/00) quale quota ricetta regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 282 del 20/3/2009;

- di dare mandato alla Società Molise Dati S.p.A. di predisporre i flussi informativi relativi alle prestazioni di cui all'Allegato 4 - Tabelle A e B, prevedendo, altresì, report *ad hoc* per la branca 80 per singola struttura erogatrice, pubblica o privata, nonché di provvedere all'informatizzazione della S.C.A.C.;

- di trasmettere il presente decreto:
  - ✓ all'ASReM, per gli adempimenti di competenza e la divulgazione alle strutture sanitarie interessate;
  - ✓ all'Agenas, per le valutazioni di competenza;
  - ✓ alla Molise Dati, per quanto innanzi indicato;
  - ✓ alle strutture sanitarie a diretta gestione regionale;

- di pubblicare integralmente il presente provvedimento unitamente agli allegati tutti con relativa modulistica sul sito web istituzionale della Regione Molise.

Il presente decreto commissariale, composto da n. 5 pagine e n. 5 allegati sarà trasmesso ai competenti Dicasteri e pubblicato integralmente sul BURM.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura

ALLEGATO 1

"LINEE GUIDA"

AVVIO DELLE ATTIVITÀ di "CHIRURGIA AMBULATORIALE"
DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI

PREMESSA

Le attività di ricovero in regime diurno sono rappresentate a livello nazionale dal day hospital e dalla day surgery. Si tratta di modelli organizzativi che da oltre un ventennio offrono la possibilità di trattamenti anche complessi, che si esauriscono nell'arco di una giornata.

Da molto tempo è in atto, a livello nazionale, un dibattito sul concetto di appropriatezza dei regimi assistenziali in oggetto, alla luce dell'adozione di nuovi standard di dotazione dei posti letto e di personale. Su tali basi il Patto per la salute del 3 dicembre 2009 ha introdotto al comma 5 dell'articolo 6 (Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri) quanto segue: *"in vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del patto per la salute del 26 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle provincie autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario ed in regime di ricovero diurno in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le regioni e le provincie autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero"*.

I DRG a rischio di inappropriatezza, pertanto, sono 108, a dimostrazione della volontà del legislatore di incentivare modelli organizzativi alternativi al ricovero ordinario, ma che pure richiedono la definizione di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici, affinché lo svolgimento delle relative attività avvenga nel rispetto della sicurezza dei pazienti e degli operatori. E' importante sottolineare il fatto che molte delle procedure invasive e seminvasive, comprese all'interno dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza, possono essere gravate da complicanze e richiedere in qualsiasi momento assistenza in regime di ricovero.

La tendenza sarà sempre più quella di operare economie di scala, concentrando le attività ambulatoriali in strutture dedicate, all'interno ma anche lontane dagli ospedali, per favorire l'ottimale utilizzo delle risorse umane ed un abbattimento dei costi di produzione. Si creerà un'area, negli altri Paesi individuata con il termine di Day Care (assistenza diurna), che si caratterizzerà per la concentrazione di percorsi assistenziali programmati (esclusa l'emergenza-urgenza), che potranno svilupparsi in un arco temporale variabile di alcune ore, con tariffe omnicomprensive delle prestazioni erogate nei nuovi percorsi assistenziali.

All'interno di questo grande contenitore dell'assistenza diurna o Day Care debbono trovare spazio i modelli organizzativi ad oggi erogati nel nostro Paese in regime di ricovero in day surgery, ma anche percorsi assistenziali programmati caratterizzati dall'effettuazione di procedure e prestazioni complesse che, nel rispetto delle condizioni generali del paziente, possono essere garantite in

sicurezza nell'arco di una giornata. In tale modo si avrà - a regime – un'area per il ricovero ordinario, per i casi più complessi, ed un'area "ambulatoriale" per i restanti casi meno gravi.
Di conseguenza, la Regione Molise intende disciplinare l'area di assistenza ambulatoriale, denominata "*day service*", nella quale possono essere contenuti: 1) percorsi assistenziali di natura medica in sostituzione di attività rese oggi in regime di day hospital o di ricovero ordinario (i cosiddetti PAC – Pacchetti Ambulatoriali Complessi) DAY SERVICE MEDICO; 2) percorsi assistenziali di natura chirurgica in sostituzione del ricovero ordinario e del ricovero di day surgery - DAY SERVICE CHIRURGICO o CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA.
In attesa della successiva definizione dei pacchetti ambulatoriali medici, in questo Decreto si disciplinano le linee guida della chirurgia ambulatoriale complessa.

Per quanto riguarda la chirurgia ambulatoriale non esiste, a livello nazionale, una definizione condivisa e molte procedure dei DRG a rischio di inappropriatezza, contenuti negli allegati A e B del patto per la salute 2010-2012 nonché nel DPCM 2001, risultano essere complesse, gravate da possibili complicanze, che possono richiedere, in particolari situazioni, il ricovero in una struttura idonea. La maggior parte di esse sono oggi erogate in regime di ricovero ordinario o diurno e possono richiedere l'utilizzo di tecniche di anestesia generale.
Pertanto, la regolamentazione del trasferimento di molte patologie dal regime di day surgery od ordinario a quello ambulatoriale deve tenere conto delle seguenti problematiche:

- ✓ la definizione di "chirurgia ambulatoriale", che in molti Paesi include l'attività che in Italia è svolta in regime di ricovero, diurno o addirittura ordinario (ambulatory surgery);
- ✓ la sicurezza dei pazienti, che deve essere sempre e comunque garantita;
- ✓ gli ambiti di applicazione della chirurgia ambulatoriale, per i quali occorre identificare una serie di caratteristiche connesse alla tipologia degli interventi che possono essere effettuati ed alla selezione dei pazienti da avviare a tale regime assistenziale;
- ✓ le tecniche chirurgiche e anestesiologiche adottate;
- ✓ l'individuazione delle strutture idonee;
- ✓ l'autorizzazione e l'accreditamento (possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi) delle strutture che possono effettuare tali interventi;
- ✓ la definizione delle tariffe e la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino;
- ✓ la definizione dei flussi informativi regionali e ministeriali, anche al fine di garantire la disponibilità di informazioni utili alla programmazione regionale.

Tutto ciò considerato, con il termine di chirurgia ambulatoriale complessa si intende *la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia (classificazione anestesiologica ASA1 e ASA2) su pazienti accuratamente selezionati, in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze,* praticabili senza ricovero.

La Chirurgia Ambulatoriale Complessa, dunque, consente la possibilità di trasferire in regime ambulatoriale prestazioni prima effettuate in regime di ricovero diurno o ordinario, che per la loro complessità richiedono requisiti di sicurezza specifici, coincidenti con quelli della day surgery.

Per essa è necessario predisporre un elenco delle procedure trasferibili (creazione della Branca 80), con relative soglie e tariffe e con l'introduzione di modalità di flusso informativo specifico.

Le prestazioni erogabili in Chirurgia Ambulatoriale Complessa sono estrapolate dalla ICD-9-CM-Rubrica IV- codifica di prestazioni.

FASI OPERATIVE DELLA CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA

- ***1^ fase: pre-intervento***
  visita chirurgica generale, visita anestesiologica, esami di laboratorio, eventuali indagini strumentali;
- ***2^ fase: intervento***
  esecuzione intervento chirurgico e periodo di osservazione secondo la specificità del caso;
- ***3^ fase: controllo successivo***
  visita di controllo e rimozione punti.

1^ FASE (PRE-OPERATORIA O DI AMMISSIONE)

Ogni struttura pubblica o privata deve elaborare specifici protocolli per l'ammissione dei pazienti, definiti in base alle condizioni cliniche, all'età, alle condizioni logistiche e familiari. La fase di selezione deve prevedere una visita chirurgica, in regime ambulatoriale, che fornisce le prime indicazioni circa le condizioni generali del paziente e consente di raccogliere tutte le informazioni indispensabili per poter decidere l'idoneità del paziente al trattamento.
La successiva visita anestesiologica di valutazione del rischio operatorio, necessaria per stabilire l'effettiva idoneità del paziente all'intervento in regime di chirurgia ambulatoriale è da effettuarsi solo dopo la valutazione positiva da parte del chirurgo.
Esami di laboratorio: chimica clinica, ematologici, coagulazione, adeguati al caso da trattare. Eventuali indagini strumentali preventive: E.C.G..
Tutti gli elementi acquisiti durante la fase di selezione (accertamenti, consulenze) devono essere raccolti all'interno della relativa cartellina o della scheda ambulatoriale, che deve essere conservata presso la struttura di accettazione fino all'esecuzione della prestazione chirurgica.

2^ FASE (OPERATORIA)

È necessario riportare la descrizione della procedura praticata nella scheda d'intervento.
È necessario riportare le codifiche negli appositi campi della S.C.A.C..

3^ FASE (POST-OPERATORIA)

L'uscita del paziente deve essere stabilita dal chirurgo che ha effettuato l'intervento, o da altro chirurgo da lui delegato appartenente alla medesima Unità Operativa, di concerto con l'anestesista, ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri:

- ✓ recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale;
- ✓ periodo di osservazione adeguato al caso per la stabilizzazione cardiocircolatoria; recupero dei riflessi; assenza di problemi respiratori; ripristino della minzione spontanea; assenza di sanguinamento; minima sensazione di dolore e nausea, compatibile con una gestione domiciliare; confermate capacità di assunzione liquidi e deambulatoria; controllo di medicazione e ferita; presenza di un accompagnatore.

AVVIO DELLE ATTIVITA' DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA NEL MOLISE

Nell'allegato 4 al presente Decreto sono riportate le liste degli interventi effettuabili in regime di chirurgia ambulatoriale. Trattasi di 318 procedure estrapolate sulla base di una metodologia analitica, che dallo studio della componente clinica riporta organizzativamente le prestazioni chirurgiche nel setting assistenziale ad esse più appropriato, permettendo, sulla scorta dell'analisi della casistica regionale del 2013, la stesura di un nomenclatore tariffario *ad hoc* per la branca 80.

Le tariffe sono state determinate applicando una decurtazione del 10% alla tariffa in Day Surgery (come prevista dal D.C.A. n. 19/2013 – Tariffario regionale vigente per le prestazioni di ricovero

ospedaliero - DRG), con un ulteriore incremento o decurtazione del 4% solo per alcuni interventi, in funzione della complessità e del peso di ogni singola prestazione.

In considerazione dei necessari e specifici requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, possono svolgere attività di chirurgia ambulatoriale complessa solo i presidi e gli stabilimenti ospedalieri pubblici e le strutture ospedaliere private accreditate (limitatamente alle MDC di competenza nosologica) che attualmente possono erogare le prestazioni in parola in regime di ricovero ordinario o di day-surgery, nonché, limitatamente alla MDC 2, i Centri specialistici privati già accreditati per le prestazioni di chirurgia oftalmologica.

L'obiettivo è quello di incentivare il trasferimento di attività chirurgiche dal regime di ricovero a quello ambulatoriale con la conseguente diminuzione del tasso di ospedalizzazione, che porterà comunque ad un innalzamento degli indicatori associati alle attività ambulatoriali e di conseguenza uno spostamento di risorse da un regime assistenziale all'altro con ottimizzazione delle stesse.

LISTE DEGLI INTERVENTI EFFETTUABILI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA (Allegato 4 - A e B)

Preliminarmente, occorre precisare che la scelta di intervenire in un regime piuttosto che in un altro (day surgery/chirurgia ambulatoriale complessa) resta, come ogni altro atto medico, esclusiva responsabilità dell'operatore, il quale sceglie in assoluta libertà, tenendo conto delle condizioni cliniche e psicofisiche del paziente, nel rispetto del consenso informato e basandosi sui principi di scienza e coscienza nelle cure.

Gli interventi di Chirurgia Ambulatoriale Complessa non devono mai essere eseguiti in regime di urgenza. Se una patologia o tipo di intervento chirurgico compaiono in elenco, ciò non costituisce obbligo ad eseguire il trattamento indicato secondo tale regime assistenziale. Per la sicurezza del paziente, infatti, se durante l'esecuzione dell'intervento compaiono complicanze, è prevista la possibilità di trasferimento al regime di ricovero (ordinario o diurno). Ciò determina, di conseguenza, l'annullamento della scheda ambulatoriale (riportandone la motivazione) ed il rimborso del ticket.

SOGLIE di AMMISSIBILITÀ

Anche in considerazione del fatto che le liste non contengono tutte le prestazioni afferenti ai 43 D.R.G. di tipologia chirurgica elencati, nonché valutando i criteri di esclusione per le condizioni cliniche del paziente, i fattori di rischio, il grading chirurgico e la classificazione anestesiologica della valutazione pre-operatoria, è prevista per tali prestazioni chirurgiche una soglia massima di erogazione in Ricovero Ordinario del 20% della casistica ed una soglia massima di erogazione in day-surgery ed in R.O. di 1 giorno del 30%, con conseguente erogazione in questo nuovo setting ambulatoriale non inferiore al 50%, calcolato per singolo D.R.G..

TICKETS

Trattandosi di prestazioni ambulatoriali, anche se complesse, esse comportano il pagamento di un ticket fisso omnicomprensivo che è stabilito secondo normative nella seguente misura: euro 60,00 (euro sessanta/00) totali, di cui euro 46,00 (euro quarantasei/00) per ticket, euro 10,00 (euro dieci/00) per quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge n. 98 del 6 luglio 2011 ed euro 4,00 (euro quattro/00) quale quota ricetta regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 282 del 20/3/2009.