

Allegato 10

Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale

Valore del Punto DRG

Relativamente al costo del punto DRG si conferma quanto stabilito dalla DGR IX/937 del 1° dicembre 2010 e si rileva che le tariffe 2012 così individuate, a decorrere dai dimessi dal 1° gennaio 2012, sono adeguate ai costi di gestione ed alle vigenti disposizioni normative in tema di rinnovi contrattuali.

Trattamento chirurgico della obesità

Al fine di favorire una modalità di erogazione della procedura di inserzione endoscopica di pallone bariatrico intragastrico che sia orientata ad una gestione ottimale dei pazienti e non sia condizionata dalle regole tariffarie vigenti si stabilisce che per i pazienti dimessi dal 1° gennaio 2012 le SDO afferenti al DRG 297 con codice di procedura pari a 44.93 abbiano, per le attività erogate in degenza ordinaria, una tariffa unica a prescindere dalla durata della degenza pari ad 1738,74 euro.

Revisione della classificazione delle endoprotesi

Tenuto conto della variabilità nei costi rilevati vengono riclassificate le seguenti endoprotesi:

- 03 Defibrillatore, riclassificata in:

03A	Defibrillatore cardiaco impiantabile Monocamerale (comprensivo di dispositivo centrale e parti accessorie)
03B	Defibrillatore cardiaco impiantabile Bicamerale (comprensivo di dispositivo centrale e parti accessorie)
03C	Defibrillatore cardiaco impiantabile Tricamerale (comprensivo di dispositivo centrale e parti accessorie)

- 17 Neurostimolatore spinale per la terapia del dolore, riclassificata in:

17A	Neurostimolatore spinale impiantabile non ricaricabile
17B	Neurostimolatore spinale impiantabile ricaricabile

Le 5 nuove tipologie di endoprotesi sono da utilizzare, in sostituzione delle due attuali, per gli impianti sui dimessi dal 1° gennaio 2012 e saranno remunerate sulla base dei costi medi rilevati nel corso del 2012 tramite il flusso informativo esistente.

Con riferimento alle endoprotesi biliari si ribadisce infine che le uniche per cui è prevista la remunerazione aggiuntiva, e quindi da rendicontare nel relativo flusso informativo, sono quelle di tipo metallico autoespandibili, il cui costo non è adeguatamente remunerato dal DRG di riferimento.

Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC)

La DGR IX/1479 del 30 marzo 2011 ha istituito la MAC e ne ha individuato il contesto organizzativo e di erogazione con l'obiettivo primario di perseguire l'appropriatezza di erogazione di servizi che pur necessitando di essere garantiti in un contesto ospedaliero possono essere effettuati in un regime di tipo ambulatoriale complesso, superando così il maggiore limite delle attività di day hospital che legano la propria operatività alla presenza di posti letto che sempre più raramente si rendono necessari grazie alle nuove opportunità cliniche ed organizzative.

La DGR IX/1962 del 6 luglio 2011 ha approvato i requisiti autorizzativi della MAC ed ha stabilito che entro il 31 luglio 2011 tutte le strutture di ricovero e cura accreditate ed a contratto con il SSR che hanno accreditati dei posti letto di DH non chirurgico provvedessero ad inoltrare alla ASL territorialmente competente istanza di cancellazione dall'assetto accreditato di un adeguato numero di posti di Day Hospital non chirurgico e di riclassificazione degli stessi in postazioni di macroattività ambulatoriale complessa. Si prende atto che le predette attività di riclassificazione si sono concluse e che vi è stata la cancellazione di 2.200 posti letto di day hospital e che in questi mesi, anche grazie al lavoro svolto con le società scientifiche maggiormente coinvolte nelle attività di day hospital non chirurgico, sono stati definiti i previsti pacchetti di macroattività ambulatoriale complessa, la cui erogazione è ristretta al solo ambito ospedaliero, che per le prestazioni prenotate dal 1° gennaio 2012 integrano come segue il nomenclatore di specialistica ambulatoriale:

Codice pacchetto	Pacchetti di MAC	Tipologia di prestazioni compreso nel pacchetto	Note
MAC01	Chemioterapia con somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico 	Rimborso a parte per i farmaci chemioterapici previsti dallo schema di chemioterapia come da nota H1.2005.57478 e successivi aggiornamenti Nel pacchetto è previsto il rimborso delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia
MAC02	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci chemioterapici, delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia
MAC03	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo per patologia oncoematologica (file F 5 e 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione del trattamento chemioterapico e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata del trattamento chemioterapico 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci chemioterapici, delle terapie ancillari e di supporto eseguite nello stessa giornata della chemioterapia
MAC04	Terapia antitumorale con somministrazione di farmaci orali o IM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrizione/somministrazione del trattamento antitumorale e delle terapie ancillari 2. Visita specialistica propedeutica alla chemioterapia 3. Esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia eseguiti nella stessa giornata o il giorno precedente 	Rimborso a parte per i farmaci antitumorali previsti dallo schema di trattamento
MAC05	Terapia di supporto (idratazione, alimentazione)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somministrazione della terapia di supporto 2. Visita specialistica propedeutica alla 	Nel pacchetto di prestazioni è previsto il rimborso dei farmaci

	parenterale, correzione di effetti collaterali da chemioterapia, terapie marziali, supporto trasfusionale, manovre interventistiche terapeutiche tipo toracentesi e paracentesi ecc)	<p>chemioterapia</p> <p>3. Esami ematochimici di controllo eseguiti nella stessa giornata della terapia di supporto</p> <p>4. Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche (che si rendessero necessari per fronteggiare una eventuale urgenza) ed eseguiti nella stessa giornata della terapia di supporto</p>	della terapia di supporto
MAC06	Pacchetto riabilitativo ad alta complessità	Pazienti <u>mai sottoposti</u> ad un programma formale di riabilitazione o con documentato peggioramento della capacità funzionale, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale che provengano direttamente in fase post-acuta o cronici con rinnovata esigenza di percorso riabilitativo, in cui si configura un maggiore consumo di risorse per valutazioni diagnostico-funzionali e conduzione del programma.	Più di 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da 3 o più operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, prende parte alle attività svolte e contribuisce quindi al raggiungimento del predetto requisito organizzativo.
MAC07	Pacchetto riabilitativo a media complessità.	Pazienti in cui si rende necessario il completamento del programma di intervento al termine di un ricovero riabilitativo degenziale o si evidenzino un documentato peggioramento della capacità funzionale della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale che richieda assistenza come per pacchetto base ma con una maggiore esigenza di rivalutazione clinico-funzionale e supervisione medica e non medica del programma riabilitativo.	Da 90 a 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da almeno 3 operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, coordina ed integra le attività svolte.
MAC08	Pacchetto riabilitativo a bassa complessità	Pazienti in cui si renda necessario, in base a specifici protocolli di follow-up, la verifica dello stato clinico, della capacità funzionale residua, della partecipazione e delle relazioni/sostegno sociale, dell'aderenza alle indicazioni domiciliari prescritte. Tali pazienti possono provenire da regime di continuità con un immediatamente precedente percorso di Riabilitazione in ambito degenziale, in cui vi è necessità di proseguire l'intervento di training fisico unitamente a una forma minima di supervisione medica e non medica (<i>nota: la semplice prosecuzione di sedute di training fisico configura l'ambito dell'ambulatoriale semplice, livello di prestazione inferiore ai MAC</i>)	Almeno 90 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente. Attività garantite da almeno 2 operatori professionali. Il medico specialista, così come previsto dal programma riabilitativo individuale, coordina ed integra le attività svolte.
MAC09	SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE IN PZ CON PATOLOGIE	<p>a) Somministrazione di terapia infusionale giornalmente</p> <p>b) Ogni 2-3 accessi visita medica</p> <p>c) Ogni 3-4 accessi esami ematochimici di</p>	a) Tempo di osservazione: 1-2 ore una o due volte al giorno (compatibilmente con il

	ACUTE O CRONICHE CHE NON NECESSITANO DI RICOVERO O IN POST-RICOVERO PER TERMINARE TRATTAMENTO INIZIATO	controllo d) Occasionalmente esami radiologici di controllo correlati alla patologia	farmaco utilizzato) b) Farmaci utilizzati: normale distribuzione o fascia H c) Tempo assistenza infermieristica: 1 ora una o due volte al giorno d) Tempo di assistenza medica: 20 minuti ogni 2-3 accessi
MAC10	SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE, CON FARMACI CHE RICHIEDONO MONITORAGGIO DI EVENTUALI EFFETTI COLLATERALI, IN PZ CON PATOLOGIE ACUTE O CRONICHE	a) Somministrazione di terapia infusionale giornalmente con attento monitoraggio del pz b) Ogni 2 accessi visita medica c) Ogni 2-3 accessi esami ematochimici di controllo d) Occasionalmente esami radiologici di controllo correlati alla patologia	a) Tempo di osservazione: 1-2 ore una o due volte al giorno (compatibilmente con il farmaco utilizzato) b) Farmaci utilizzati: normale distribuzione o fascia H c) Tempo assistenza infermieristica: pari al periodo in cui il pz rimane nella struttura d) Tempo di assistenza medica: 20 minuti ogni 2 accessi
MAC11	MANOVRE DIAGNOSTICHE COMPLESSE INVASIVE SEMPLICI (ES. PUNTURA LOMBARE)	a) Esecuzione delle manovre interventistiche b) Visita medica c) Esami ematochimici di controllo pre e post-procedura (se necessari) d) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche e) Eventuali esami radiologici di controllo	a) Tempo di osservazione: 2-4 ore b) Farmaci utilizzati: non significativi c) Tempo assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente d) Tempo di assistenza medica: 1 ora
MAC12	MANOVRE DIAGNOSTICHE COMPLESSE (BIOPSIE EPATICHE) OPPURE RESE COMPLESSE DA PARTICOLARI CONDIZIONI DEL PAZIENTE CHE NECESSITA OSSERVAZIONE IN AMBIENTE PROTETTO (ES. BIOPSIA OSSEA IN PIASTRINOPENICO)	a) Esecuzione delle manovre interventistiche b) Visita medica c) Esami ematochimici di controllo pre e post-procedura d) Eventuali ulteriori esami o visite specialistiche e) Eventuali esami radiologici di controllo	a) Tempo di osservazione: 6-8 ore b) Farmaci utilizzati: non significativi c) Tempo assistenza infermieristica: pari al tempo di osservazione del paziente d) Tempo di assistenza medica: 2 ore

Le prestazioni che sono afferenti alla MAC a decorrere dal mese di agosto 2011 vengono rendicontate con le SDO segnando nel campo regime di ricovero il codice "A". Questa rilevazione è stata prevista con l'obiettivo di misurare nel modo più preciso possibile le tipologie cliniche di queste attività, la loro numerosità ed il loro valore tariffario. Da ciò ne deriva la necessità, al fine di definire correttamente le tariffe dei pacchetti MAC, di attendere la chiusura entro il mese di gennaio delle SDO 2011. Fin da ora si stabilisce che il valore complessivo delle risorse che nel 2012 saranno destinate alla

MAC sia sostanzialmente equivalente a quello delle attività che sono state rendicontate con il regime di ricovero “A”. Entro il 15 febbraio 2012 con provvedimento della DG Sanità verranno definite, sulla base dei suddetti indirizzi, le tariffe dei singoli pacchetti MAC che saranno vigenti per le prestazioni prenotate dal 1° gennaio 2012. Per i pacchetti erogati prima della approvazione del predetto decreto non sarà prevista, nel caso sia dovuta, la compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti.

I pacchetti MAC possono essere prescritti solamente dagli specialisti che operano presso la struttura dove gli stessi vengono erogati.

La rendicontazione, che avviene tramite il flusso informativo di cui alla circolare 28/SAN, deve essere di periodicità mensile anche nel caso in cui i pacchetti prevedano di erogare prestazioni per tempi superiori al mese.

Nel caso dei pacchetti riabilitativi si può prevedere, sulla base del Programma riabilitativo individuale, che il percorso di trattamento possa essere declinato in singoli accessi riferibili ai 3 differenti pacchetti MAC.

Per i 3 pacchetti MAC di tipo riabilitativo deve essere prevista la possibilità di garantire il trasporto dei pazienti dal domicilio alla struttura che eroga le prestazioni. Le attività di trasporto saranno remunerate dalle ASL a parte a seguito di specifica rendicontazione e fatturazione e sulla base di valori che dovranno essere preventivamente concordati.

Revisione nomenclatore tariffario ambulatoriale

In considerazione della valenza multidisciplinare della Polisonnografia (attualmente afferente alle branche di Neurologia e Neuropsichiatria infantile) ed al fine di garantire un utilizzo appropriato della suddetta procedura, si integra il nomenclatore tariffario ambulatoriale con l'estensione della suddetta procedura alla branca ambulatoriale di Pneumologia, stabilendo però che la suddetta nuova possibilità di esecuzione sia subordinata all'esistenza nell'ambito dello stesso Ente erogatore di una UO di Neurologia:

89.17		POLISONNOGRAMMA	POLISONNOGRAMMA Diurno o notturno e con metodi speciali	199,51	NEUROLOGIA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	PNEUMOLOGIA
89.18.1		TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	199,51	NEUROLOGIA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	PNEUMOLOGIA
89.18.2		MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	199,51	NEUROLOGIA	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	PNEUMOLOGIA

In considerazione delle indicazioni che giungono dalla pratica clinica si stabilisce altresì quanto segue:

- estensione della prestazione 99.23 “iniezione di steroidi” alla branca di Ostetricia e Ginecologia:

99.23		INIEZIONE DI STEROIDI	INIEZIONE DI STEROIDI; Iniezione di cortisone; Impianto sottodermico di progesterone; Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	9,50	ONCOLOGIA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
-------	--	-----------------------	--	-------------	-----------	--------------------------

- integrazione della descrizione relativa alla prestazione 97.71 “rimozione di dispositivo contraccettivo”, con la dizione “...o intradermico sottocutaneo di progestinico”:

97.71	M	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO intrauterino o intradermico sottocutaneo di progestinico	9,50	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
-------	---	---	--	-------------	--------------------------

- estensione della prestazione 89.39.6 “osservazione di lesioni pigmentarie e non con videodermatoscopio” alla branca di Oncologia:

89.39.6	I	OSSERVAZIONE DI LESIONI PIGMENTARIE E NON CON VIDEODERMATOSCOPIO	OSSERVAZIONE DI LESIONI PIGMENTARIE E NON CON VIDEODERMATOSCOPIO	60,18	DERMOSIFILOPATIA	ONCOLOGIA
---------	---	--	--	-------	------------------	-----------

Si stabilisce infine che il nomenclatore tariffario ambulatoriale venga integrato con la prestazione 99.79.1 "LDL aferesi selettiva", la quale non sarà quindi più remunerata attraverso le funzioni per prestazioni non tariffabili:

99.79.1	IHR	LDL AFERESI SELETTIVA	LDL AFERESI SELETTIVA (è indicata nei casi gravi di ipercolesterolemia familiare omozigote od eterozigote e di altre ipercolesterolemie congenite resistenti alla terapia dietetica e pluri-farmacologica)	1500,00		LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.
---------	-----	-----------------------	--	---------	--	--

Nuove prestazioni ambulatoriali e di ricovero e cura

Nel corso del 2011 si sono tenuti presso la DG Sanità degli incontri con i rappresentanti regionali delle tre società scientifiche AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri), SIED (Società Italiana di Endoscopia Digestiva) e SIGE (Società Italiana di Gastroenterologia) durante i quali si è discusso di alcune problematiche emergenti relative alle attività di endoscopia digestiva.

In particolare si è discusso delle metodiche di enteroscopia digestiva ambulatoriale e di resezione endoscopica in regime di ricovero e della loro corretta indicazione clinica. Queste valutazioni hanno portato a prevedere di integrare a decorrere dalle prestazioni prenotate dal 1° gennaio 2012, in caso di specialistica ambulatoriale, a decorrere dai dimessi a partire dal 1° gennaio 2012, in caso di prestazioni di ricovero e cura o di day hospital, il sistema di classificazione delle prestazioni e della loro remunerazione come segue:

ENTEROSCOPIA DIGESTIVA IN REGIME AMBULATORIALE

44.14.1	IH	ECOENDOSCOPIA SUP. (esofago, stomaco, duodeno) CON BIOPSIA	ECOENDOSCOPIA SUP. (esofago, stomaco, duodeno) CON BIOPSIA	700,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
44.19.3	IH	ECOENDOSCOPIA SUP. (esofago, stomaco, duodeno)	ECOENDOSCOPIA SUP. (esofago, stomaco, duodeno)	300,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
48.24.1	IH	ECOENDOSCOPIA INF. (retto, colon) CON biopsia	ECOENDOSCOPIA INF. (retto, colon) CON BIOPSIA	700,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
48.29.2	IH	ECOENDOSCOPIA INF. (retto, colon)	ECOENDOSCOPIA INF. (retto, colon)	300,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
52.14.1	IH	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS CON BIOPSIA	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS CON BIOPSIA	850,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
52.13.1	IH	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS	ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS	350,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
42.29.3	I	IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA (Ph-IMP)	IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA	130,00		GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

RESEZIONE ENDOSCOPICA IN ATTIVITÀ DI RICOVERO:

MUCOSECTOMIA (EMR) E DISSEZIONE SOTTOMUCOSA (ESD) con diagnosi principale di neoplasia non benigna.

Mucosectomia/dissezione sottomucosa endoscopica dell'esofago cod. 42.33

Mucosectomia/dissezione sottomucosa endoscopica dell'intestino crasso cod. 45.43

Mucosectomia/dissezione sottomucosa endoscopica dello stomaco cod. 43.41

Il DRG 173, nel quale afferiscono queste procedure, in presenza dei codici di cui sopra, per i dimessi a decorrere dal 1° gennaio 2012, avrà un rimborso unico a prescindere dal regime di ricovero e dalla durata della degenza di 3.854 euro.

Indicazioni ed appropriatezza clinica delle nuove procedure

La mucosectomia (endoscopic mucosal resection, EMR) e la dissezione sottomucosa (endoscopic submucosal dissection, ESD) sono due differenti metodiche di resezione endoscopica finalizzate al trattamento delle neoplasie sessili o piatte del tratto gastrointestinale, confinate alla mucosa ed al primo strato della sottomucosa (sm1), sostituendosi al trattamento chirurgico.

I vantaggi della resezione endoscopica rispetto alla chirurgia sono costituiti da una migliore qualità della vita per il paziente e da una riduzione della mortalità, morbilità, tempi di ospedalizzazione e costi.

Requisiti fondamentali per l'effettuazione della EMR sono rappresentati dalla iniezione sottomucosa di appropriate sostanze inerti al fine di scollare gli strati superficiali della parete da quelli sottostanti, l'assenza di metastasi LN e dal non superamento del terzo superiore della sottomucosa (sm1).

La EMR presenta i limiti di non potere resecare *en bloc* lesioni di dimensioni superiori a 2 cm e di non poter fornire all'anatomo-patologo un campione adeguato, cioè che comprenda mucosa e sottomucosa, al fine di poter valutare il grado di infiltrazione sottomucosa. Pertanto, quando si ritiene necessario (per le dimensioni della lesione, per la morfologia, per l'istologia, ecc.), bisogna utilizzare l'ESD, che consente di estendere il margine di resezione, di completare l'asportazione *en bloc* e di estenderla sino alla sottomucosa.

La valutazione del grado di infiltrazione sottomucosa è importante al fine di poter predire il rischio di metastasi linfonodali. In caso di infiltrazione sottomucosa sino a sm1 l'incidenza di metastasi linfonodali è trascurabile (da 0-2%), mentre in caso di infiltrazioni più profonde sino a sm3 è intorno al 15-21 % (**Fig1**).

La resezione *piecemeal*, a differenza della resezione *en bloc*, non consente al patologo di fornire precise informazioni sui tessuti esaminati riguardo ai margini ed alla profondità di diffusione della neoplasia, quindi non rappresenta un trattamento terapeutico che garantisce sempre la radicalità, per cui presenta un maggior rischio di recidiva locale rispetto alla ESD. Infatti, in diversi studi in letteratura è stato documentato che, l'entità del rischio di recidiva è condizionato dalla tecnica di resezione (*piecemeal* o *en bloc*) e commisurato alle dimensioni della lesione inizialmente trattata (**Tabella 1**).

La tecnica utilizzata per l'EMR prevede, dopo una eventuale demarcazione della lesione da trattare, un'iniziale iniezione sottomucosa con conseguente formazione di un pomfo, allo scopo di scollare i piani superficiali della parete da quelli profondi, successivamente si procede alla resezione con ansa che può avvenire mediante modalità e devices diversi a seconda della sede da trattare e della scelta e/o disponibilità dell'operatore. Nell'ESD a differenza dell'ansa, l'operatore utilizza un ago diatermico dedicato, con tecniche e devices differenti, che viene impiegato come bisturi per incidere la mucosa e disseccare la sottomucosa. L'ESD è sicuramente una tecnica endoscopica che richiede notevole esperienza da parte dell'operatore e che richiede tempi di esecuzione più lunghi rispetto alla EMR.

	Metastasi Inn (%)
sm1	0 - 2
sm2	0 - 11
sm3a	0 - 15
sm3b	0 - 15
sm3c	21

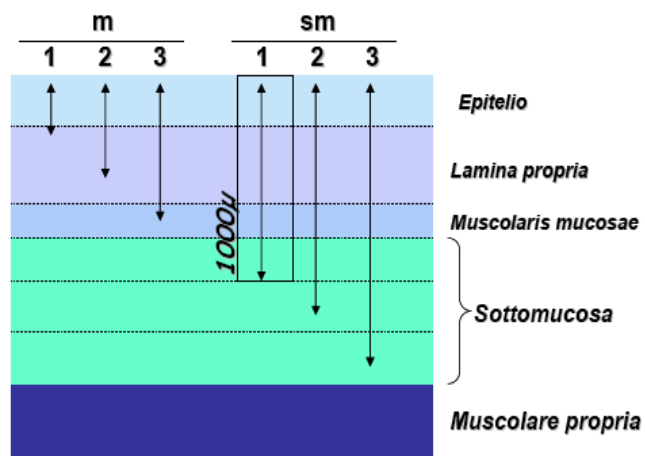


Fig.1

Tab.1 Frequenza di recidiva locale in rapporto alla dimensione della lesione e alla modalità di resezione

Dimensione (mm)	10-19 mm	20-29 mm	>30 mm	totale
En-bloc	0.8%	~ 0%	~ 0%	0.7%
Piecemeal	14.7%	21.7%	34.2%	23.5%
Totale	2.0%	10.4 %	27.7 %	5.9%

INDICAZIONI

ESOFAGO:

A) Tumore squamoso dell'esofago

B) Adenocarcinoma

C) Barrett con displasia di alto grado o carcinoma intramucoso

In caso di :

- G 1-2
- Tipo 0-IIa, 0-IIb, 0-IIc di diametro <2 cm *
- m1-m2
- coinvolgimento < 2/3 della circonferenza
- senza invasione linfo-vascolare

STOMACO:

A) Early Gastric Cancer

EMR

- Adenocarcinoma G 1-2
- Interessamento solo della mucosa
- Tipo 0-II a di diametro <2 cm *
- Tipo 0-II b o 0-II c di diametro <1 cm *

ESD

- Neoplasia intramucosa di qualunque dimensione senza ulcerazione
- Neoplasia intramucosa di diametro < 3 cm con ulcerazione
- Neoplasia sm1 ≤ 3 cm di diametro
- Assenza di invasione linfovaskolare
- Neoplasia intramucosa scarsamente differenziata senza ulcerazione e ≤ 2 cm di diametro

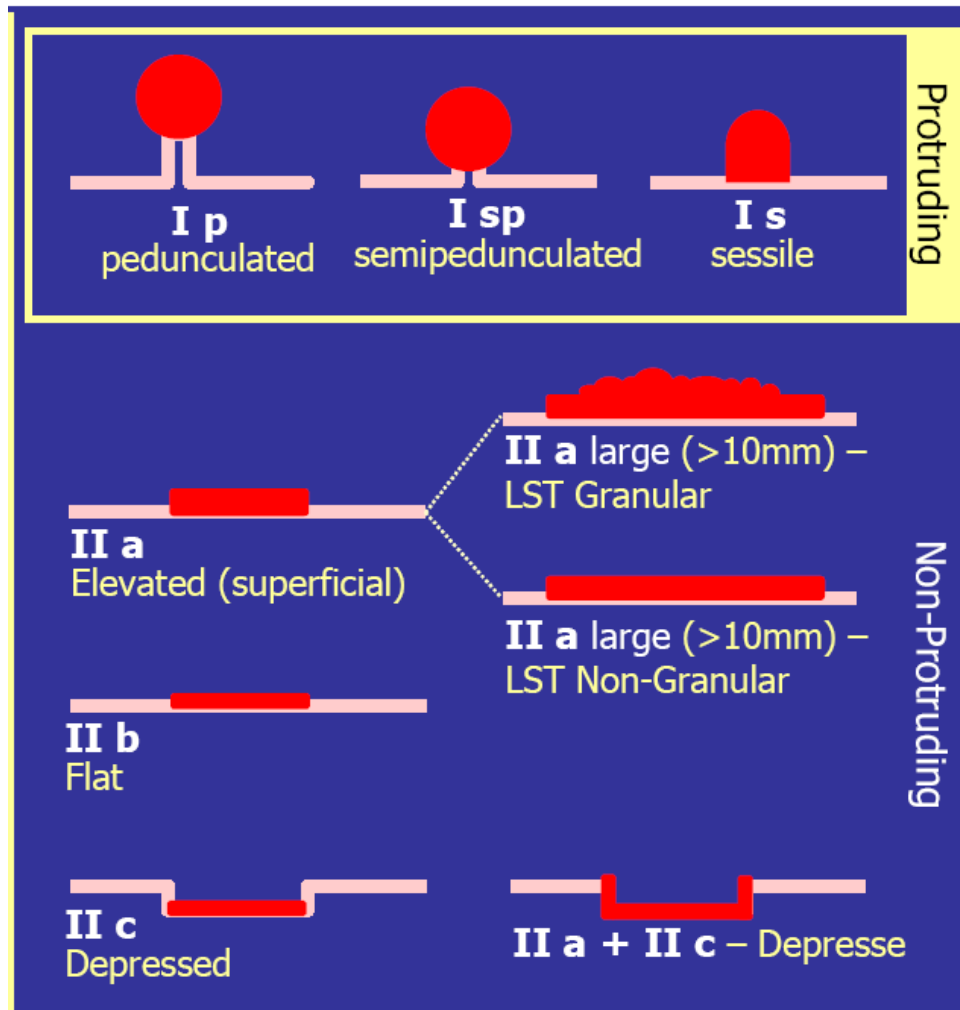
COLON:

EMR:

- Neoplasie m/sm1
- assenza di invasione linfo-vascolare
- senza ulcerazione
- Tipo 0-II a di diametro <2 cm *
- Tipo 0-II b o 0-II c di diametro <1 cm *
- Laterally spreading tumors (LST)
 - LST granulare omogeneo ⇒ resezione *piecemeal* *
 - LST nodulare misto ⇒ resezione *piecemeal* o ESD *

ESD:

- Lesioni con possibile infiltrazione sottomucosa (LST non granulari con componente depressa, lesioni con pattern tipo Vi, carcinomi con infiltrazione sottomucosa e lesioni rilevate di grandi dimensioni sospette per neoplasia)
- Lesioni neoplastiche superficiali di dimensioni >2 cm per le quali la EMR *en bloc* risulterebbe non praticabile
- Lesioni con fibrosi post biopsia
- Localizzazioni sporadiche di neoplasia nella colite ulcerosa (DALM o ALM)
- Recidiva dopo pregressa resezione endoscopica



* Morfologia delle Lesioni. Classificazione di Parigi

RADIOFREQUENZA (RFA) NELL'ESOFAGO DI BARRETT

La procedura corretta da utilizzare è cod. 42.33 “asportazione o demolizione endoscopica di lesione di tessuto dell’esofago” (con diagnosi di tumore viene assegnato il DRG 173 “Neoplasie maligne dell’apparato digerente senza CC”). Il DRG 173, nel quale afferisce questa procedura, in presenza del codice di cui sopra, per i dimessi a decorrere dal 1° gennaio 2012, avrà un rimborso unico a prescindere dal regime di ricovero e dalla durata della degenza di 3.854 euro

L’esofago di Barrett è una lesione preneoplastica con rischio annuo di trasformazione a displasia di alto grado ed

adenocarcinoma rispettivamente dello 0.9% e dello 0.2-0.5%.

Ai pazienti affetti da esofago di Barrett viene quindi generalmente consigliata una sorveglianza endoscopica ogni 3-5 anni.

L'Halo-system è una nuova metodica che utilizza un catetere filoguidato, dotato alla estremità di un emettitore di radiofrequenza a pallone, e di un generatore di radiofrequenza.

La metodica è stata utilizzata in pazienti con esofago di Barrett e displasia.

Dai lavori finora comparsi in letteratura il trattamento con radiofrequenza, effettuato in una o più riprese, ha ottenuto la remissione istologica della displasia nel 70-100% dei casi dopo un follow-up massimo di 30 mesi.

Il trattamento, quasi sempre effettuato in **sedazione cosciente**, è ben tollerato dal paziente.

Le complicanze segnalate a breve termine, tutte lievi ed autolimitantesi, sono state erosioni esofagee, disfagia, odinofagia, faringodinia, dolore toracico e febbre.

Con questa metodica non sono state segnalate complicanze gravi che sono invece state riportate dopo trattamento della displasia con altre tecniche ablativo.

La eradicazione con radiofrequenza (Halo-system) è un'opzione terapeutica per i pazienti con displasia di basso grado e porta alla ricomparsa del normale epitelio nella stragrande maggioranza dei casi (**livello di evidenza: alto**).

La radiofrequenza riduce inoltre, nella displasia di alto grado, la progressione a neoplasia esofagea (**livello di evidenza: alto**).

La radiofrequenza con la metodica Halo-system è stata quindi introdotta nell'ultimo statement della American Gastroenterological Association sul trattamento dell'esofago di Barrett emesso nel marzo 2011 con le seguenti indicazioni:

- displasia di basso ed alto grado dell'esofago di Barrett

Non ci sono finora studi controllati che abbiamo dimostrato che la radiofrequenza sia più efficace nel ridurre il rischio di neoplasia esofagea o più cost-effective della sorveglianza endoscopica nei pazienti con esofago di Barrett in assenza di displasia.

In **Lombardia** vengono annualmente effettuati trattamenti di radiofrequenza in circa 40 pazienti.

Prestazioni sanitarie non a carico del SSR

Le strutture sanitarie, nel rispetto del principio di centralità e libera scelta del paziente, potranno sperimentare percorsi per l'offerta di prestazioni sanitarie non a carico del SSR a fronte della compartecipazione alla spesa da parte del paziente che ne faccia espressa richiesta. Ogni percorso di offerta dovrà essere valutato ed autorizzato dalla Direzione Generale Sanità dell'Assessorato.

Le prestazioni offerte dovranno riguardare presidi e procedure non previste dal SSR, che rientrino nel campo dell'innovazione tecnologica sanitaria ma che siano già in fase di commercializzazione in Italia.

Tali prestazioni dovranno costituire un valore aggiunto per la formazione professionale in campo medico e sanitario.