

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2004, n. 1102

L.R. n. 28/2000, art. 20, comma 8. Approvazione protocolli diagnostico terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di day hospital e day surgery. Autorizzazione regionale. 5° provvedimento.

L'Assessore alla Sanità, Dr. Salvatore Mazzaracchio, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 1 Programmazione, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Settore Sanità, riferisce quanto segue:

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 2016 del 3/6/1998 sono state definite le linee guida costituenti atto di indirizzo per le Aziende Sanitarie pubbliche e private al fine di definire una uniforme attività comportamentale nonché la regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno (Day Surgery) e le prestazioni di carattere diagnostico - terapeutico e/o riabilitativo in regime di assistenza medica a ciclo diurno (Day Hospital).

La Legge Regionale n. 28 del 22/12/2000 ad oggetto "Variazione al Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2000" all'art. 20 comma 8 dispone che: "A partire dal 10 Gennaio 2001 le prestazioni in day hospital erogate dalle strutture pubbliche ed equiparate devono essere rese nel rispetto di protocolli preventivamente autorizzati dalla Regione secondo la regolamentazione dettata con D.G.R. n. 2016/98".

Con Determinazione Dirigenziale n. 17 del 27/1/2004 è stata istituita apposita Commissione tecnico - scientifica, in sostituzione della precedente istituita con Determinazione Dirigenziale del Settore Sanità n. 30 del 23/1/2001, con il compito di individuare le patologie che possono essere trattate in regime di ricovero diurno nonché di formulare protocolli terapeutici e/o diagnostici e/o riabilitativi relativi alle prestazioni multi professionali e poli-specialistiche di D.H. e D.S. da erogare da parte delle Strutture Sanitarie pubbliche e private provvi-

soriamente accreditate, previa consultazione con sanitari ospedalieri e universitari della disciplina oggetto di valutazione.

La Commissione di che trattasi, nella seduta del 26/5/2004 ha esaminato ed approvato i protocolli terapeutici relativi alla Disciplina di Pediatria trasmessi dall'A.O. "Policlinico" con nota n. 15244/DS del 15/7/2003, a firma del Proff. Nicola Rigillo, Lucio Armenio e Luciano Cavallo, che qui di seguito vengono elencati per patologia

1) Pediatria (Allegato A)

- A1) Ipercalciuria e nefrolitiasi
- A2) Tubulopatie primitive e secondarie
- A3) Malattia ipertensiva
- A4) Sindrome nefrosica
- A5) Pielonefriti con o senza malformazioni delle vie urinarie e nefropatia da reflusso vescico-ureterale
- A6) Glomerulonefriti primitive e secondarie con anomalie urinarie ematuria e/o proteinuria
- A7) Insufficienza renale cronica - Terapia sostitutiva con tx renale
- A8) Cirrosi epatica scompensata
- A9) Immunodeficienze primitive
- A10) Malattie reumatiche (con o senza complicanze renali)
- A11) Porpora di Schonlein Henoch e vasculiti con o senza complicanze
- A12) Patologie respiratorie ricorrenti e/o croniche
- A13) Disturbi respiratori del sonno
- A14) Orticaria cronica
- A15) Asma persistente
- A16) Cheratocongiuntiviti gravi non rispondenti a terapie tradizionali
- A17) Allergia / intolleranza a farmaci e/o additivi
- A18) Allergie alimentari
- A19) Fibrosi cistica
- A20) Endoscopia digestiva
- A21) Anemie emolitiche croniche non talassemiche
- A22) Talassemia
- A23) Patologie emato - oncologiche
- A24) Patologie emato - oncologiche in soggetti in off-therapy e/o post TMO

Si ritiene pertanto, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, c. 8, della L.R. 28/2000, proporre alla Giunta Regionale di stabilire che le prestazioni di Day hospital della disciplina di Pediatria per le patologie sopra indicate, erogate dalle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate, devono essere rese nel rispetto dei protocolli allegati sub A) dal n. 1 al n. 24 al presente provvedimento a farne parte integrante, secondo la regolamentazione dettata con D.G.R. n. 20/6/98 nonché secondo le risultanze della Commissione Tecnico Scientifica stabilite in merito nella seduta del 26/5/2004, di cui all'allegato B) al presente provvedimento per farne anch'esso parte integrante;

“ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R. N. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI”

Il presente schema di provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo di entrata e di spesa né a carico del Bilancio regionale né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione e che è escluso ogni onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal Bilancio regionale.

Le spese derivanti dal presente atto sono contenute nei limiti del F.S.R. ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata e non producono oneri aggiuntivi rispetto alle predette assegnazioni.

Il Dirigente Responsabile d'Ufficio
Dr. Alessandro Carella

L'assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale facendo presente che tale competenza dell'organo di direzione politica all'adozione dello

stesso atto è stabilita dall'art. 4, comma 4, lett. K, della L.R. n. 7/97.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dall'istruttore, dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente di Settore

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di stabilire che le prestazioni di Day hospital della disciplina di Pediatria per le patologie in narrativa indicate, erogate dalle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate, devono essere rese nel rispetto dei protocolli allegati sub A) dal n. 1 al n. 24 al presente provvedimento a farne parte integrante, secondo la regolamentazione dettata con D.G.R. n. 2016/98 nonché secondo le risultanze della Commissione Tecnico Scientifica stabilite in merito nella seduta del 26/5/2004, di cui all'allegato B) al presente provvedimento per farne anch'esso parte integrante;
- di dare mandato al Dirigente del Settore Sanità affinché provveda all'invio del presente atto alle strutture sanitarie pubbliche e privato provvisoriamente accreditate con invito alla puntuale osservanza di quanto in esso definito;
- di disporre la pubblicazione della presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Il Segretario della Giunta
Dr. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Raffaele Fitto



REGIONE PUGLIA

Assessorato alla Sanità – Settore Sanità

Il presente provvedimento si compone di :

Allegato A) n. 34 fogli , compreso il presente , di cui :

- Allegato A1) Ipercalciuria e nefrolitiasi n.1 foglio
- Allegato A2) Tubulopatie primitive e secondarie n.1 foglio
- Allegato A3) Malattia ipertensiva n.1 foglio
- Allegato A4) Sindrome nefrosica n. 1 foglio
- Allegato A5) Pielonefriti con o senza malformazioni delle vie urinarie e nefropatia da reflusso vescico – ureterale n. 1 foglio
- Allegato A6) Glomerulonefriti primitive e secondarie con anomalie urinarie ematuria e/o proteinuria n.1 foglio
- Allegato A7) Insufficienza renale cronica – Terapia sostitutiva con tx renale n. 2 fogli
- Allegato A8) Cirrosi epatica scompensata n. 3 fogli
- Allegato A9) Immunodeficienze primitive n. 1 foglio
- Allegato A10) Malattie reumatiche (con o senza complicanze renali) n.1 foglio
- Allegato A11) Porpora di Schonlein Henoch e vasculiti con o senza complicanze n. 1 foglio
- Allegato A12) Patologie respiratorie ricorrenti e/o croniche n. 1 foglio
- Allegato A13) Disturbi respiratori del sonno n. 1 foglio
- Allegato A14) Orticaria cronica n. 1 foglio
- Allegato A15) Asma persistente n.1 foglio
- Allegato A16) Cheratocongiuntiviti gravi non rispondenti a terapie tradizionali n. 1 foglio
- Allegato A17) Allergia /intolleranza a farmaci e/o additivi n. 1 foglio
- Allegato A18) Allergie alimentari n. 1 foglio
- Allegato A19) Fibrosi cistica n. 5 fogli
- Allegato A20) Endoscopia digestiva n. 1 foglio
- Allegato A21) Anemie emolitiche croniche non thalassemiche n. 1 foglio
- Allegato A22) Talassemia n. 3 fogli
- Allegato A23) Patologie emato – oncologiche n. 1 foglio
- Allegato A24) Patologie emato – oncologiche in soggetti in off – therapy e/o post TMO n. 1 foglio

Allegato B) n. 2 fogli

per un totale complessivo di n. 36 fogli .

IL DIRIGENTE DI SETTORE
(Silvia Papini)

A1

**Protocollo diagnostico di Day-hospital per
"Ipercalciuria e nefrolitiasi"
DIAGNOSTICA DA ESEGUIRE NEL CORSO DI 1 ACCESSO PER ANNO**

VES-TAS-PCR

Azotemia, Glicemia, , Uricemia

Na, K,Ca,P,Mg sierici ed urinari

Creatinina sierica ed urinaria

Fosfatasi alcalina

Urine ed Urinocultura

Proteinuria /24 h

Ossaluria

Vit. D

Osteocalcina

Calcitonina

Ecografia dell'addome superiore

PTH

PRA

Aldosterone (S/U)

Urografia

Densitometria ossea

Uretrocistografia minzionale

Ac. Citrico

Idrossiprolinuria

Aminoacidi (S/U)

Rx carpo e mano per età ossea

Scintigrafia sequenziale renale

Esame chimico-fisico del calcolo

**Protocollo terapeutico di Day-hospital per
"IPERCALCIURIA E NEFROLITIASI"**

Ecografia renale

Rx diretta renale

ESWL

A 2

**Protocollo diagnostico-terapeutico di Day-hospital per
"TUBULOPATIE PRIMITIVE E SECONDARIE"**

DIAGNOSTICA DA ESEGUIRE NEL CORSO DI 2 ACCESSI PER ANNO

Emocromo

VES-TAS-PCR

Azotemia, Glicemia, , Uricemia

Na, K,Ca,P,Mg sierici ed urinari

Creatinina sierica ed urinaria

Protidogramma,Immunoglobuline (A,M,G,E) C3 C4

Colesterolo e Trigliceridi

PT,PTT,FBG AT III

Urine ed Urinocultura

Proteinuria /24 h

Emogasanalisi

Ecografia addome superiore

PTH

PRA

Aldosterone

Osteocalcina

Vit.D

Calcitonina

Scintigrafia sequenziale renale

Ecodoppler cardiaca

ECG

Rx carpo e mano per età ossea

Consulenza oculistica

Densitometria ossea

A3

**Protocollo diagnostico-terapeutico di Day-hospital per
"MALATTIA IPERTENSIVA"**

DIAGNOSTICA DA ESEGUIRE NEL CORSO DI 2 ACCESSI PER ANNO

Visita, inquadramento auxologico e misurazione pressione arteriosa

PRA

Aldosterone (S/U)

Ecografia dell'addome superiore

Holter presso rio

Ac. Vanilmandelico

Consulenza oculistica

Catecolamine sieriche

Catecolamine urinarie

ECG

Ecocardiogramma

Scintigrafia renale con MAG3 e Test al Captopril

Ecocolordoppler arterie renali

A4

**Protocollo diagnostico-terapeutico di Day-hospital per
"SINDROME NEFROSICA"**

DIAGNOSTICA DA ESEGUIRE NEL CORSO DI 2 ACCESSI PER ANNO

Emocromo

VES-TAS-PCR

Azotemia, Glicemia, , Uricemia

Na, K,Ca,P,Mg sierici ed urinari

Creatinina sierica ed urinaria

Protidogramma,Immunoglobuline (A,M,G,E) C3 C4

Colesterolo e Trigliceridi

PT,PTT,FBG AT III

Ciclosporinemia

Urine ed Urinocultura

Proteinuria /24 h

PTH

Ecografia addome sup

ECG ed Ecocardiogramma

Consulenza oculistica

Densitometria ossea

A5

**Protocollo diagnostico-terapeutico di Day-hospital per
"PIELONEFRITI CON O SENZA MALFORMAZIONI DELLE VIE
URINARIE E NEFROPATIA DA REFLUSSO VESCICO -
URETERALE"**

DIAGNOSTICA DA ESEGUIRE NEL CORSO DI 2 ACCESSI PER ANNO

Emocromo

VES-TAS-PCR

Azotemia, Glicemia, , Uricemia

Na, K,Ca,P,Mg sierici ed urinari

Creatinina sierica ed urinaria

Protidogramma,Immunoglobuline (A,M,G,E) Colesterolo e Trigliceridi

Urine ed Urinocultura

Proteinuria /24 h

Microalbuminuria

B2 microglobulina sierica ed urinaria

Ecografia dell'addome superiore

PTH

Aldosterone (S/U)

Reninemia

Uroflussometria

Urografia

Scintigrafia sequenziale renale

Uretrocistografia minzionale o cistoscintigrafia

EKG

Cistomanometria

A6

**Protocollo diagnostico-terapeutico di Day-hospital per
"GLOMERULEFRITI PRIMITIVE E SECONDARIE
CON ANOMALIE URINARIE EMATURIA E/O PROTEINURIA"**

DIAGNOSTICA DA ESEGUIRE NEL CORSO DI 2 ACCESSI PER ANNO

Emocromo

VES-TAS-PCR

Azotemia, Glicemia, , Uricemia

Na, K,Ca,P,Mg sierici ed urinari

Creatinina sierica ed urinaria

Protidogramma,Immunoglobuline (A,M,G,E) C3 C4

Colesterolo e Trigliceridi

PT,PTT,FBG AT III

Urine ed Urinocultura

Proteinuria /24 h

Complesso TORCH

Markers epatite Tampone faringeo

PTH

Anti DsDNA, ANA, ENA

PRA e Aldosterone

Es. audiometrico

Ecodoppler cardiaco

ECG

Consulenza oculistica

Rx torace

Rx carpo e mano per età ossea

Scintigrafia sequenziale renale

**Protocollo diagnostico-terapeutico di Day-hospital per
"INSUFFICIENZA RENALE CRONICA"
(PROTOCOLLO NAZIONALE - MAX 20 ACCESSI/ANNO)**

A 7

**Valutazione post-trapianto
PER 2 MESI ⇒ CONTROLLI BISETTIMANALI**

Visita, inquadramento auxologico e misurazione pressione arteriosa
PTH
Ecografia dell'addome superiore
Ecodoppler cardiaco
ECG
Emogasanalisi
Ciclosporinemia
Cistomanometria (solo a 12° mese)

DAL 2° al 4° MESE ⇒ CONTROLLI SETTIMANALI

Prestazione
Visita, inquadramento auxologico e misurazione pressione arteriosa
Emogasanalisi
Complemento: C1Q, C3, C3 ATT, C4 (ciascuno)
Ecografia dell'addome superiore
Ciclosporinemia

DAL 4° al 6° MESE ⇒ CONTROLLI QUINDICINALI**Prestazione****Visita, inquadramento auxologico e misurazione pressione arteriosa****Emogasanalisi****Complemento: C1Q, C3, C3 ATT, C4 (ciascuno)****Ecografia dell'addome superiore****Ciclosporinemia****AL 6° MESE****Anamnesi e valutazione, definite brevi storia e valutazione abbreviata,
visita successiva alla prima****Rx torace****Ecodoppler cardiaco****ECCG****Scintigrafia sequenziale renale****Anticorpi anti HIV 1-2****DAL 6° MESE ⇒ CONTROLLI TRIMESTRALI****Visita, inquadramento auxologico e misurazione pressione arteriosa****Emogasanalisi****Complemento: C1Q, C3, C3 ATT, C4 (ciascuno)****Ecografia dell'addome superiore****Ciclosporinemia**

A8

Protocollo diagnostico-terapeutico pediatrico di Day-hospital per:

CIRROSI EPATICA

Esami preliminari ed indicazioni al DH saranno definiti durante la visita specialistica eseguita in regime ambulatoriale.

DIAGNOSTICA DA ESEGUIRE NEL CORSO DI 2 ACCESSI PER ANNO

Ogni 6 mesi

Costo (euro)	Prestazione	Codice
19.21	Visita, inquadramento auxologico	89.7
4.65	Emocromo con formula	90.62.2
2.53	Sodio	90.40.4
2.53	Potassio	90.37.4
2.53	Calcio	90.11.4
2.53	Fosforo	90.24.5
1.96	Glicemia	90.27.1
2.12	Creatinina	90.16.3
1.91	Azotemia	90.44.1
2.58	PT	90.75.4
2.53	PTT	90.76.1
2.48	GOT	90.09.2
2.48	GPT	90.04.5
2.12	GGT	90.25.5
2.53	ALP	90.23.5
2.22	Bilirubina totale	90.10.4
2.74	Bilirubina frazionata	90.10.5
2.53	Sideremia	90.22.5
14.46	Ferritina	90.22.3
1.86	Proteine totali	90.38.5
	Albumina	
4.75	PCR	90.72.3
5.84	IgG	90.69.4
2.17	Colesterolo	90.14.3
3.56	Trigliceridi	90.43.2
	Colinesterasi	
	Sangue occulto feci	
9.09	Ammoniemia	90.07.5
43.9	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1
	Terapia infusione di albumina (solo se albumina <2.5 gr/lit o ascite)	

Valutazione Pre-trapianto (un accesso)

Costo (euro)	Prestazione	Codice
12.03	Anamnesi e valutazione, definite brevi storia, visita successiva alla prima	89.01
13.48	EBNA, VCA, EA (ciascuno)	91.21.1
	TORCH	
11.62	Anticorpi anti HIV 1-2	91.22.4
5.16	Gruppo Sanguigno (ABO/Rh)	90.65.4

60.43	Ecodoppler cardiaco	88.72.2
10.85	ECG	89.52
43.38	Densitometria ossea	88.99.3
12.14	Rx carpo e mano per età ossea	88.33.1
15.49	Rx torace	87.44.1
43.9	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1
	HLA di I e II classe	

Valutazione post-trapianto per 2 mesi (controlli bisettimanali)

Costo (euro)	Prestazione	Codice
12.03	Anamnesi e valutazione, definite brevi storia, visita successiva alla prima	89.01
4.65	Emocromo con formula	90.62.2
2.53	Sodio	90.40.4
2.53	Potassio	90.37.4
2.53	Calcio	90.11.4
2.53	Fosforo	90.24.5
	Magnesio	
1.96	Glicemia	90.27.1
2.12	Creatinina	90.16.3
1.91	Azotemia	90.44.1
2.58	PT	90.75.4
2.53	PTT	90.76.1
2.48	GOT	90.09.2
2.48	GPT	90.04.5
2.12	GGT	90.25.5
2.53	ALP	90.23.5
2.22	Bilirubina totale	90.10.4
2.74	Bilirubina frazionata	90.10.5
1.86	Proteine totali	90.38.5
	Albumina	
4.75	PCR	90.72.3
5.84	IgG	90.69.4
43.9	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1
16.27	Ciclosporinemia	90.13.2

Valutazione post-trapianto dal 2° al 4° mese (controlli mensili)

Costo (euro)	Prestazione	Codice
12.03	Anamnesi e valutazione, definite brevi storia, visita successiva alla prima	89.01
4.65	Emocromo con formula	90.62.2
2.53	Sodio	90.40.4
2.53	Potassio	90.37.4
	Magnesio	
1.96	Glicemia	90.27.1
2.12	Creatinina	90.16.3
1.91	Azotemia	90.44.1
2.58	PT	90.75.4
2.53	PTT	90.76.1
2.48	GOT	90.09.2
2.48	GPT	90.04.5
2.12	GGT	90.25.5
2.53	ALP	90.23.5
2.22	Bilirubina totale	90.10.4
2.74	Bilirubina frazionata	90.10.5
1.86	Proteine totali	90.38.5
	Albumina	
4.75	PCR	90.72.3
5.84	IgG	90.69.4
43.9	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1

49

PROTOCOLLO DI DAY HOSPITAL

PER IL MONITORAGGIO DELLE IMMUNODEFICIENZE PRIMITIVE ACCERTATE

Il programma terapeutico sarà stabilito dai centri di cura.

In regime di DH sarà possibile usufruire delle seguenti prestazioni.

ACCESSI: 3 accessi anno/paziente.

	CODICE
Esame clinico e valutazione auxologica	897
Esame emocromocitometrico	90622
Formula leucocitaria	90704
IgG, IgA, IgM	90694
GOT	90092
GPT	90045
Fosfatasi alcalina	90235
Gamma GT	90255
Anticorpi anti HCV	91195
HCV RNA	91193
HIV RNA (analisi qualitativa)	91222
HIV RNA (analisi quantitativa)	91223
Sottopopolazioni linfocitarie (ciascuno)	90815
Rx torace	87441

Su indicazione:

Proteina C reattiva	90723
Spirometria totale	89372
Ecografia,	
TAC	
RMN	
Rx seni paranasali	
Esami colturali	
Anticorpi anti Aspergillo	
Sottoclassi IgG	
IgA salivari	
Gruppo ematico ed isoemoagglutinine	

A 10

**Protocollo diagnostico-terapeutico di Day-hospital per le "MALATTIE
REUMATICHE " (CON O SENZA COMPLICANZE RENALI)**

**Artrite Reumatoide Giovanile, Lupus Eritematosus Sistemico, Malattia
Reumatica, Sclerodermia, Dermatomiosite, Connettiviti Miste**

DIAGNOSTICA DA ESEGUIRE NEL CORSO DI 2 ACCESSI / ANNO

Emocromo

VES-TAS-PCR

Azotemia, Glicemia, , Uricemia

Na, K,Ca,P,Mg sierici ed urinari

Creatinina sierica ed urinaria

Protidogramma,Immunoglobuline (A,M,G,E) C3 C4

Colesterolo e Trigliceridi

PT,PTT,FBG AT III

Urine ed Urinocultura

Proteinuria /24 h

Conta di Addis

Markers epatite A-B-C

Anti DsDNA

Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ENA)

Anticorpi anti nucleo (ANA)

ANCA p e c

Ciclosporinemia

Studio LAC

ECG - Ecodoppler cardiaca

Consulenza oculistica

Ecografia dell'addome superiore

Rx Torace

Salicilemia

Densitometria ossea

Consulenza ortopedica

Rx carpo e mano per età ossea

Scintigrafia sequenziale renale

Tipizzazione HLA

A 11

**Protocollo diagnostico-terapeutico di Day-hospital per la
" PORPORA DI SCHONLEIN HENOCH E VASCULITI
CON O SENZA COMPLICANZE RENALI"**

DIAGNOSTICA DA ESEGUIRE NEL CORSO DI 2 ACCESSI PER ANNO

Emocromo
VES-TAS-PCR
Azotemia, Glicemia, , Uricemia
Na, K,Ca,P,Mg sierici ed urinari
Creatinina sierica ed urinaria
Protidogramma,Immunoglobuline (A,M,G,E) C3 C4
Colesterolo e Trigliceridi
PT,PTT,FBG AT III
Urine ed Urinocultura
Proteinuria /24 h
Anticorpi anticardiolipina e antifosfolipidi
Aldosterone (S/U)
Anti DsDNA
Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ENA)
Anticorpi anti nucleo (ANA)
PTH
PRA
Conta di Addis
ECG ed Ecocardiogramma
Rx carpo e mano per età ossea
Consulenza oculistica
Ecografia dell'addome superiore
Densitometria ossea
Scintigrafia sequenziale renale

A 12

PATOLOGIE RESPIRATORIE RICORRENTI E / O CRONICHE**I ACCESSO:**

Visita pediatrica broncopneumologica,

Emocromo con formula, VES, TAS, PCR, FE, FRT, TRF, ALT,

Immunoglobuline (A, G, M), IgE Totali, IgE specifiche,

Ab anticlamidia, TORCH, Ab anti Micoplasma, EBNA-VCA, Tampone faringeo,

Prick test, Patch test, Mantoux, Test del sudore,

alfa 1 antitripsina, ECP, Eosinofilia nasale,
Rx torace ,Rx seni paranasali, Rx laterale del collo.

II ACCESSO:

- . Dosaggio sottoclassi IgG
- . Dosaggio sottopopolazioni linfocitarie
- . Brushing nasale
- . Rinofibroscopia

III ACCESSO:

- . Rx esofago-stomaco con pasto baritato
- . Ricerca BK su espettorato, aspirato gastrico, urine
- . TAC torace

A 13

DISTURBI RESPIRATORI NEL SONNO**I ACCESSO:**

☞ Visita pediatrica broncopneumologica,

☞ Emocromo, VES, TAS, PCR,

☞ Esame urine, visita neurologica, visita ORL, visita odontoiatrica.

II ACCESSO:

- . Rino fibroscopia,
- . Rx seni paranasali,
- . Rx laterale del collo.
- . Pulsossimetria (8 ORE).

III ACCESSO:

- . EEG
- . ECG e visita cardiologia.

IV ACCESSO:

- . Polisonnografia abbreviata (NAP, 8 ORE).

A 14

ORTICARIA CRONICA**I ACCESSO:**

Visita specialistica pediatrica allergologica,

Emocromo, VES, TAS, PCR, Tampone faringeo, es. urine, urinocoltura,
coprocoltura, Es. parassitologico feci, immunoglobuline (A, G, M), IgE totali, IgE
specifiche, TORCH, EBNA-VCA, Mantoux, ALT, AST, GammaGT, C3, C4

Prove orticaria fisica: (caldo-freddo), e autpomfo per orticaria autoimmune

II ACCESSO:

Prove orticaria fisica: (pressione- colinergica).

CH50

C1Q inib.

A 15

ASMA PERSISTENTE**I ACCESSO:**

visita specialistica pediatrica-broncopneumologica con:

emocromo con formula , FE, FRT, TRF, VES, TAS, PCR, Immunoglobuline (A-G-M) ,IgE totali,

IgE specifiche ,Prick test, Patch test, Test sudore ,Mantoux, Alfa1-antitripsina ,ECP

Eosinofilia nasale

prove funzionalità respiratoria,

test stimolazione bronchiale,

Rx torace,

Rx seni paranasali,

II ACCESSO:

TAC torace,

ossido nitrico(NO),

brushing nasale,

rinofibroscopia.

A.16

DH PER CHERATOCONGIUNTIVITI GRAVI NON RISPONDENTI A TERAPIE TRADIZIONALI

Bambini 2-14 aa, con forme gravi di cheratocongiuntivite primaverile in cui nessun farmaco utilizzato sia localmente che per via sistemica (antiistaminici, cromoni, stabilizzanti mastociti, FANS) si dimostra efficace tranne i cortocosteroidi per lungo tempo con il rischio di effetti collaterali.

I ACCESSO:

- . Stadiazione oculistica,
- . Visita pediatrica allergologica,
- . emocromo con formula
- . IgE totali
- . IgA, IgG, IgM
- . IgE specifiche (acari, cipresso, olivo, graminacee, parietaria, epitelio di gatto),
- . Prick test inalanti ,
- . ECP sierico
- . Citologia congiuntivale con il MINITIP CULTURETTE
- . Instillazione di collirio "ciclosporina soluzione 2% in lacrime artificiali" in preparazione galenica da parte della Farmacia Ospedaliera
- . Osservazione clinica (circa 6-8 ore) e consulenza oculistica per valutare e trattare eventuali reazioni avverse locali.

PROTOCOLLO DI DAY HOSPITAL DIAGNOSTICO PER ALLERGIA/ INTOLLERANZA A FARMACI E/O ADDITIVI

A 17

I ACCESSO / PER ALLERGENE

Esami diagnostici specifici:

Test per l'allergia alla penicillina e ai suoi derivati: (cefalosporine, amoxicillina e ampicillina) :

tale test comporta un prick test iniziale e di seguito intradermoreazioni a concentrazione crescente di ac. Penicillanico (determinante maggiore e miscela di determinanti minori). Tale metodica viene eseguita in un arco di tempo di 3 ore circa, cui fanno seguito altre 4 ore di osservazione.

Test anestetici locali:

tale test comporta un prick test iniziale e di seguito intradermoreazioni a concentrazione di farmaco . Tale metodica viene eseguita in un arco di tempo di circa 2 ore , a cui fanno seguito altre 4 ore di osservazione.

Test di provocazione orale a farmaco :

tale test viene eseguito somministrando dose crescenti di farmaco ad intervallo di un'ora una dall'altra, partendo da 1/100 dell'unità dose terapeutica fino alla dose intera e prevedendo un'osservazione continuativa del paziente per le successive 4 ore.

Test additivi:

il test viene eseguito somministrando una dose iniziale di placebo e successivamente ad intervalli di un'ora, dosi crescenti dell'additivo. Il paziente viene osservato per almeno 4 ore dopo l'assunzione dell'ultima dose.

Dei test su citati non se ne possono effettuare più di uno al giorno per paziente per cui è necessario n° di giornate di ricovero in D.H. pari al n° di farmaci da testare (in genere da un minimo di uno al massimo di 5). I tests vengono effettuati previa visita pediatrica generale, con il paziente in infusione continua con accesso venoso con soluzione fisiologica al fine di garantire un immediato intervento terapeutico in caso di reazione anafilattica.

PROTOCOLLO DI DAY HOSPITAL DIAGNOSTICO PER ALLERGIE ALIMENTARI

A 18

I ACCESSO:

- . Visita generale pediatrica-allergologica
- . Esame emocromo citometrico con formula
- . VES
- . PCR
- . Complemento
- . Immunoglobuline (A-G-M-E)
- . RAST
- . Assetto ferrico
- . AGA
- . EMA
- . Anticorpi antitransglutaminasi
- . Anticorpi anti DNA ed ENA
- . Sangue occulto feci
- . Prick test e/ o atopy patch test per trofoallergeni
- . Test al sudore
- . Esame urine
- . Urinocoltura
- . Visita chirurgica
- . Challenge alimenti : il test viene effettuato dopo il prick by prick iniziale con l' alimento sospetto e comporta la somministrazione a dosi crescenti dell' alimento in un arco di tempo di circa 8 ore. E' necessario un numero di giornate di ricovero in D.H. per paziente pari al n° degli alimenti da testare.

Eosinofilia e/ o sangue occulto feci, Dosaggio ECP prima e dopo challenge

II ACCESSO:

- . Esofagogastroduodenoscopia eventuale
- . Spirometria
- . Breath-test lattosio
- . Visita di controllo dopo 24 ore



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

A 19

**CENTRO REGIONALE PUGLIESE DI RIFERIMENTO
 PER LA FIBROSI CISTICA**



UNITÀ O. PEDIATRIA II
 CATTEDRA DI PEDIATRIA
 Università degli Studi di Bari
 Direttore: Prof. N. Riggio
 Tel. Dir.: 080/559.22.94

Tel. Rep.: 080/559.22.81 - Lab.: 559.28.42 - Fax 080-547.89.11

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DI DAY HOSPITAL PER LA FIBROSI CISTICA

L'attività di Day Hospital per i pazienti affetti da Fibrosi Cistica si diversificherà secondo le seguenti tipologie:

- 1) Fibrosi Cistica non complicata
- 2) Fibrosi Cistica con broncopneumopatia
- 3) Fibrosi Cistica con epatopatia
- 4) Fibrosi Cistica in lista di attesa per trapianto
- 5) Fibrosi Cistica in follow-up post trapianto

Fibrosi Cistica non complicata

Diagnostica da eseguire nel corso di due accessi /anno

Anamnesi, visita e valutazione auxologica

Esami Ematologici:

Azotemia	Glicemia	Creatininemia	Fruttosamina	AST	ALT
γGT	Bilir. Fraz.	Albumina	Colesterolo	Trigliceridi	Amilasi
ALP	Na	K	Cl	Mg	VES
IgG	IgA	IgM	IgE	Fe	TRF
Ferritina	PT	PTT	Fibrinogeno		

Esami Strumentali:

Steatocrito, Chimotripsina fecale,
 Spirometria, Pletismografia

FKT: Revisione programma fisioterapico

- Educazione respiratoria Rieducazione posturale Drenaggio Posturale
- Autodrenaggio Ciclo attivo di tecniche Respir PEP mask

Valutazione kinesiologica finale

Esami Ematologici:

Emoglobina Glicosilata, Elettroforesi proteica, Emogasanalisi,

Esami Strumentali:

Eco addome superiore, Ecg,

Esame colturale dell'espessorato

PCR su espessorato per microorganismi patogeni

Fibrosi Cistica con broncopneumopatia

Diagnostica da eseguire nel corso di due accessi /anno

Anamnesi, visita e valutazione auxologica

Esami Ematologici:

Azotemia	Glicemia	Creatininemia	Fruttosamina	AST	ALT
----------	----------	---------------	--------------	-----	-----



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

**CENTRO REGIONALE PUGLIESE DI RIFERIMENTO
 PER LA FIBROSI CISTICA**



UNITÀ O. PEDIATRIA II
 CATTEDRA DI PEDIATRIA
 Università degli Studi di Bari
 Direttore: *Prof. N. Riggio*
 Tel. Dir.: 080/559.22.94

Tel. Rep.: 080/559.22.81 - Lab.: 559.28.42 - Fax 080-547.89.11

γ GT	Bilir. Fraz.	Albumina	Colesterolo	Trigliceridi	Amilasi
ALP	Na	K	Cl	Mg	VES
IgG	IgA	IgM	IgE	Fe	TRF
Ferritina	PT	PTT	Fibrinogeno	Emogasanalisi ICC	

Esami Strumentali:

Steatocrito, Chimotripsina fecale,

Spirometria, Pletismografia

FKT: Revisione programma fisioterapico

Esame colturale dell'espettorato

PCR su espettorato per microorganismi patogeni

FKT: Revisione programma fisioterapico

- Educazione respiratoria Rieducazione posturale Drenaggio Posturale

- Autodrenaggio Ciclo attivo di tecniche Respir PEP mask

Valutazione kinesiologica finale

Esami Ematologici:

Emoglobina Glicosilata, Elettroforesi proteica, Emogasanalisi,

Esami Strumentali:

Eco addome superiore, Rx Torace, Ecg, Tests di provocazione bronchiale

Fibrosi Cistica con epatopatia

Diagnostica da eseguire nel corso di due accessi /anno

Anamnesi, visita e valutazione auxologica

Esami Ematologici:

Azotemia	Glicemia	Creatininemia	Fruttosamina	AST	ALT
γ GT	Bilir. Fraz.	Albumina	Colesterolo	Trigliceridi	Amilasi
ALP	Na	K	Cl	Mg	VES
IgG	IgA	IgM	IgE	Fe	TRF
Ferritina	PT	PTT	Fibrinogeno	Ammoniemia AT III	

Esami Strumentali:

Steatocrito, Chimotripsina fecale,

Spirometria, Pletismografia

FKT: Revisione programma fisioterapico

- Educazione respiratoria Rieducazione posturale Drenaggio Posturale

- Autodrenaggio Ciclo attivo di tecniche Respir PEP mask

Valutazione kinesiologica finale

Esami Ematologici:

Emoglobina Glicosilata, Elettroforesi proteica, Emogasanalisi,

Esami Strumentali:

Eco addome superiore, Ecg, EGDS, Phmetria



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

**CENTRO REGIONALE PUGLIESE DI RIFERIMENTO
 PER LA FIBROSI CISTICA**



UNITÀ O. PEDIATRIA II
 CATTEDRA DI PEDIATRIA
 Università degli Studi di Bari
 Direttore: **Prof. N. Rigillo**
 Tel. Dir.: 080/559.22.94

Tel. Rep. 080/559.22.81 - Lab. 559.23.42 - Fax 080-547.99.11

Protocollo di immissione Fibrosi Cistica in lista di attesa per trapianto epatico o polmonare 1 accesso

Diagnostica da eseguire **una volta per sempre**
 Gruppo sanguigno, Tipizzazione HLA, TORCH, EBNA, ICC
 Scintigrafia epatica e/o polmonare
 Tac torace, Tac addome.
 Consulenza anestesiologicala
 Consulenza psicologica

Protocollo di follow-up Fibrosi Cistica in lista di attesa per trapianto epatico o polmonare 2 accessi/anno

Anamnesi, visita e valutazione auxologica

Esami Ematologici:

Azotemia	Glicemia	Creatininemia	Fruttosamina	AST	ALT
γGT	Bilir. Fraz.	Albumina	Colesterolo	Trigliceridi	Amilasi
ALP	Na	K	Cl	Mg	VES
IgG	IgA	IgM	IgE	Fe	TRF
Ferritina	PT	PTT	Fibrinogeno	Emogasanalisi ICC	

Esami Strumentali:

Steatocrito, Chimotripsina fecale,
 Spirometria, Pletismografia

FKT: Revisione programma fisioterapico

Esame colturale dell'espettorato

PCR su espettorato per microorganismi patogeni

FKT: Revisione programma fisioterapico

- Educazione respiratoria Rieducazione posturale Drenaggio Posturale
 - Autodrenaggio Ciclo attivo di tecniche Respir PEP mask

Valutazione kinesiologica finale

Fibrosi Cistica con trapianto epatico o polmonare

Ogni mese:

Anamnesi, visita e valutazione auxologica

Esami Ematologici:

Azotemia	Glicemia	Creatininemia	Fruttosamina	AST	ALT
γGT	Bilir. Fraz.	Albumina	Colesterolo	Trigliceridi	Amilasi
ALP	Na	K	Cl	Mg	VES
IgG	IgA	IgM	IgE	Fe	TRF
Ferritina	PT	PTT	Fibrinogeno	Emogasanalisi ICC	

Antigenemia Cytomegalovirus, Anticorpi anti Cytomegalovirus

Dosaggio farmaci antirigetto (Ciclosporina, Tacrolimus, ecc.)

Esami Strumentali:

Steatocrito, Chimotripsina fecale,
 Spirometria, Pletismografia



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

**CENTRO REGIONALE PUGLIESE DI RIFERIMENTO
PER LA FIBROSI CISTICA**



UNITÀ O. PEDIATRIA II
CATEDRA DI PEDIATRIA
Università degli Studi di Bari
Direttore: Prof. N. Rigillo
Tel. Dir.: 080/559 22 94

Tel. Rep.: 080/559 22 81 - Lab.: 559 28 42 - Fax 080-547 89,11

FKT: Revisione programma fisioterapico

Esame colturale dell'espettorato

PCR su espettorato per microorganismi patogeni

FKT: Revisione programma fisioterapico

- Educazione respiratoria Rieducazione posturale **Drenaggio Posturale**

- Autodrenaggio Ciclo attivo di tecniche Respir **PEP mask**

Valutazione kinesiologica finale

La Legge 23-12-1993 n.548: “Disposizione per la prevenzione e Cura della Fibrosi Cistica”, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n.305 del 30-12-1993, impone al comma 1 dell’art.5 la riabilitazione e cura della Fibrosi Cistica sia in regime ospedaliero, sia in regime ambulatoriale sia in Day Hospital.

La circolare del Ministero della Sanità prot. 500 4/DM 1 -407 del 19.04.1994 con oggetto: “Prime indicazioni per l’applicazione della legge 548 del 23/12/93 ecc.” Nell’ambito del capitolo “istituzione dei Centri regionali specializzati di Riferimento” cita, inoltre, all’ultimo comma della pag. 6: “Il settore di Day hospital consenta una gestione efficiente e molto disponibile del servizio per pazienti con Fibrosi Cistica e sia adeguatamente attrezzato per controlli routinari e prestazioni di cura”

A 20

LINEE GUIDA PER D.H. DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

L'età pediatrica è un fattore di rischio per l'insorgenza di complicanze durante la procedura endoscopica che richiede un aumentato livello di monitoraggio cardio-respiratorio e, in alcuni casi, assistenza anestesiológica. Pertanto, deve essere possibile la sua effettuazione in regime di Day-Hospital sia a) come iter diagnostico per pazienti che hanno già effettuato una prima visita ambulatoriale che abbia stabilito la necessità dell'esame b) ovvero in pazienti che hanno subito un precedente ricovero, c) sia nel follow-up di soggetti affetti da patologie croniche sia del tratto gastrointestinale che extraintestinali.

I Accesso

- valutazione clinica generale
- ECG e visita cardiologica
- esami bio-umorali quali glicemia, azotemia, creatininemia, elettroliti sierici, profilo coagulativo, emocromo e altri dettati dalla valutazione clinica generale
- visita anestesiológica nella eventualità e/o necessità di esecuzione dell'esame in narcosi

II Accesso

- posizionamento di ago cannula (ciò risulta indispensabile sia per la somministrazione dei farmaci necessari alla sedazione cosciente che per consentire di avere una rapida via venosa di accesso nella eventualità di intervenire prontamente in caso di reazioni avverse ai farmaci utilizzati per la sedazione o conseguenti alle manovre endoscopiche)
- posizionamento di un elettrodo collegato ad un saturimetro pulsatile (ciò consente di monitorizzare l'esame con conoscenza continua della frequenza cardiaca e della saturazione di O₂)
- esecuzione della endoscopia diagnostica
- refertazione dell'esame
- smistamento delle biopsie per l'esame istologico o dei liquidi per esame citologico

Il paziente sedato, subito dopo l'esame, attende nella stanza di degenza del Day Hospital per un minimo di 2 ore, in osservazione, e viene dimesso in condizioni psico-fisiche ottimali e dopo essersi rialimentato.

421

**PROTOCOLLO DI DAY HOSPITAL
PER TERAPIA E MONITORAGGIO
DELLE
ANEMIE CRONICHE NON THALASSEMICHE ACCERTATE
TRASFUSIONE DIPENDENTI**

Il programma terapeutico sarà stabilito dai centri di cura.
In regime di DH sarà possibile usufruire delle seguenti prestazioni.

Monitoraggio: 2 accessi/anno/paziente

Prestazione	Codice	Frequenza
Esame clinico	897	2 volte anno
Emocromo + formula	90622	2 volte anno
Conta reticolociti	90745	2 volte anno
Sideremia	90225	2 volte anno
Transferrina	90425	2 volte anno
Ferritina	90223	2 volte anno
GOT	90092	2 volte anno
GPT	90045	2 volte anno
Gamma GT	90255	2 volte anno
LDH	90255	2 volte anno
ANTI-HIV	91224	1 volta anno
ANTI-HCV	91125	1 volta anno
ANTI-HBs	91183	1 volta anno
Ecografia addome superiore	88741	1 volta anno

ACCESSI PER EVENTUALI EMOTRASFUSIONI

Prova crociata di compatibilità trasfusionale	90732
Trasfusione di emocomponenti	90071
Concentrato eritrocitario da singola unità (in media 2 concentrati a trasfusione)	342220
Deleucocitazione mediante filtro da singola unità emocomponente	940651
Lavaggio cellule ematiche manuale o con separatori	940753 o 940765

In caso di sviluppo di comorbidità riferirsi al protocollo per la talassemia

A 22

**PROTOCOLLO DI DAY HOSPITAL
PER LA TERAPIA ED IL MONITORAGGIO
DELLA THALASSEMIA**

Il programma per la terapia ed il monitoraggio sarà stabilito dal centro di cura.
In regime di DH sarà possibile usufruire delle seguenti prestazioni.

ACCESSI PER EMOTRASFUSIONE: numero variabile 12-24 circa/paziente/anno

Prestazione	Codice	Frequenza
Esame clinico	897	Bi-trisettimanale circa
Emocromo + formula	90622	Bi-trisettimanale circa
Glicemia	90271	Bi-trisettimanale circa
Fruttosamina	20251	Bi-mensile circa
GOT	90092	Bi-trisettimanale circa
GPT	90045	Bi-trisettimanale circa
Gamma GT	90255	Bi-trisettimanale circa
Sideremia	90225	Bi-mensile circa
TRF	90425	Bi-mensile circa
Ferritina	90223	Bi-mensile circa
Prova crociata di compatibilità trasfusionale	90732	Bi-trisettimanale circa
Trasfusione di emocomponenti	90071	Bi-trisettimanale circa
Concentrato eritrocitario da singola unità (in media 2 concentrati a trasfusione)	342220	Bi-trisettimanale circa
Deleucocitazione mediante filtro da singola unità emocomponente	940651	Bi-trisettimanale circa
Lavaggio cellule ematiche manuale o con separatore	940753 o 940765	Bi-trisettimanale circa

'ACCESSI PER MONITORAGGIO COMORBIDITA': 5 accessi/caso/anno

Prestazione	Codice	Frequenza
Proteine + Protidogramma	90384	Annuale
Colesterolo	90143	Annuale
Trigliceridi	90432	Annuale
PT	90754	Annuale/su indicazione
PTT	90761	Annuale/su indicazione
TT	90755	Annuale/su indicazione
Fibrinogeno	90651	Annuale/su indicazione
Folati	90232	Annuale/su indicazione
ANTI-HIV	91224	Annuale/su indicazione
ANTI-HCV	91125	Annuale/su indicazione
ANTI-HBs	91183	Annuale/su indicazione
AntiHAV		Annuale/su indicazione
Test di Coombs		Annuale/su indicazione
Consulenza endocrinologica	897	Annuale/su indicazione
T3		Annuale/su indicazione
FT3	90433	Annuale/su indicazione
T4		Annuale/su indicazione
FT4	90423	Annuale/su indicazione
TSH	90421	Annuale/su indicazione
Calcio sierico	90114	Semestrale
Fosforo sierico	90245	Semestrale
Fosfatasi alcalina	90235	Semestrale
Visita Cardiologica	8901	Annuale/su indicazione
Elettrocardiogramma	8952	Annuale/su indicazione
Ecocardiogramma 2-D Doppler	88722	Annuale/su indicazione
Ecg dinamico sec. Holter	8950	Su indicazione
Controllo Oculistico (> 3 anni)	9502	Annuale
Audiometria (> 3 anni)	95411	Annuale
Sideruria	90224	Su indicazione
RMN per emosiderosi d'organo		Su indicazione
Zinchemia	90454	Su indicazione
Cupremia		Su indicazione
Creatininemia	90163	Su indicazione
Sodio sierico	90404	Su indicazione
Potassio sierico	90374	Su indicazione
LDH	90255	Su indicazione
PCR	90723	Su indicazione
ALTRI ESAMI (Es. sottopopolazioni linfocitarie)		Su indicazione

ACCESSI AGGIUNTIVI SU INDICAZIONE PER

Visita Gastroenterologica	897
Ecografia addome superiore	88741
HCV-RNA qualitativo e quantitativo	
HBSAg, HbeAg	
AntiHBcIgM e IgG, Anti HDV	
Alfafetoproteina	
Test endocrinologici: GH, FSH-LH, TRH, OGTT	
Rx Carpo e Mano sn	88331
FSH	90233
LH	90324
Testosterone	90413
GH	90352
Estradiolo	
DHEAS	90173
Paratormone	90355
Calcitonina	90115
Densitometria ossea	88992

A23

**PROTOCOLLO DI DAY HOSPITAL
PER IL TRATTAMENTO
DI PATOLOGIE EMATO-ONCOLOGICHE**

Il programma terapeutico sarà stabilito dai centri di cura.
In regime di DH sarà possibile usufruire delle seguenti prestazioni.

ACCESSI PER TERAPIA: 2-6 accessi anno per paziente

	Prestazione	Frequenza
a	visita generale di controllo; controllo parametri di accrescimento e valutazione periodica della superficie corporea;	Ogni 2 mesi
b	esame emocromocitometrico completo con formula leucocitaria e conta delle piastrine;	Ogni 2 mesi
c	protidemia, protidogramma;	Ogni 2 mesi
d	transaminasi GOT, GPT, gamma-GT; LDH;	Ogni 2 mesi
e	somministrazione di antitumorali per via i.m. o per os (MTX), via e.v. (VCR), os (PDS). Altri farmaci: Aracytin, Ciclofosfamide, altri.	Ogni 2 mesi
f	rachicentesi medicata (esame della cellularità liquorale al microscopio ottico; somministrazione di MTX, ARA-C e PDS per via intratecale).	Ogni 2 mesi
g	Agoaspirato midollare	Su indicazione
h	ecotomografia addome superiore e pelvi.	Su indicazione

ACCESSI PER EVENTUALI EMOTRASFUSIONI

Prova crociata di compatibilità trasfusionale	90732
Trasfusione di emocomponenti	90071
Concentrato eritrocitario da singola unità (in media 2 concentrati a trasfusione)	342220
Deleucocitazione mediante filtro da singola unità emocomponente	940651
Lavaggio cellule ematiche manuale o con separatore	940753 o 940765
Irradiazione	940998

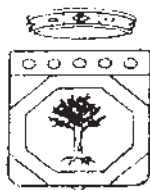
A 24

**PROTOCOLLO DI DAY HOSPITAL
PER LA SORVEGLIANZA SOGGETTI IN OFF-THERAPY E/O POST TMO
PER PATOLOGIE EMATO-ONCOLOGICHE**

Il programma e la durata della sorveglianza saranno stabiliti dai centri di cura.
In regime di DH sarà possibile usufruire delle seguenti prestazioni.
Un accesso dovrà prevedere almeno 2 prestazioni dei punti da c ad o.

Accessi: 3-4 accessi/anno/paziente

	Prestazione	Frequenza per anno
a	visita generale di controllo;	2
b	esame emocromocitometrico completo con formula leucocitaria e conta delle piastrine e dei reticolociti; LDH; AST, ALT, Creatinina, glicemia	2
c	agoaspirato midollare con colorazione MGG ed esame al microscopio ottico;	1 volta se indicato
d	rachicentesi esplorativa con esame della cellularità liquorale al microscopio ottico;	1-4 volte se indicato
e	ecotomografia addome superiore e pelvi;	1-4 volte se indicato
f	esame radiologico del torace;	1 volta se indicato
g	valutazione auxologica ed endocrinologica pediatrica;	1 volta se indicato
h	valutazione completa cardiologica pediatrica (ECG, EcoCG).	1-2 volte se indicato
i	valutazione dell'immunità umorale (dosaggio immunoglobuline, dosaggio anticorpi sierici specifici es. anti-polio);	1 volta se indicato
l	valutazione dell'immunità cellulo-mediata (sottopopolazioni linfocitarie).	1 volta se indicato
m	densitometria ossea	1 volta se indicato
n	altri esami se necessari: es. o prove di funzionalità respiratoria, o EEG, o ciclosporinemia	1-2 volte se indicato
o	Anti-HCV, HCV RNA, anti-HIV, ferritina	1 volta se indicato



R E G I O N E P U G L I A
ASSESSORATO SANITA' e SERVIZI SOCIALI
- SETTORE SANITA' -

ALLEGATO B)

**VERBALE DELLA COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA PER LA
REGOLAMENTAZIONE DEL DAY HOSPITAL E DAY SURGERY DI CUI ALLA
DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DEL SETTORE SANITA' N. 17 DEL 27/1/2004**

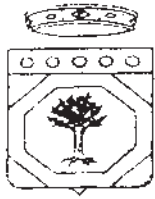
Il Giorno 26 del mese di Maggio 2004, ore 11,00, presso l'ARES si è riunita la Commissione Tecnico Scientifica, istituita con D.D. n. 17 del 27/1/2004, con il compito di individuare le patologie che possono essere trattate in regime di ricovero diurno nonché di formulare protocolli terapeutici e/o diagnostici e/o riabilitativi relativi a tali patologie.

Sono presenti il Dr. Pomo Vincenzo, Dirigente Medico Ares, il Dr. Aquilino Ambrogio, Dirigente Medico Ares, il Dr. Alessandro Carella, Dirigente Ufficio 1 – Settore Sanità.

Svolge le funzioni di Segretario il Sig. Ingellis Vincenzo – Istruttore amm.vo uff. 1- Settore Sanità.

Si passa quindi alla valutazione dei protocolli terapeutici relativi alla disciplina di Pediatria, trasmessi dall'A.O. "Policlinico" di Bari con nota prot. n. 15244 del 15/7/2003, a firma dei Proff. Nicola Rigillo, Lucio Armenio e Luciano Cavallo. Dopo attenta valutazione e in considerazione degli incontri effettuati tra il Dr. Pomo e i su citati professori proponenti, la Commissione approva i protocolli esaminati qui di seguito indicati:

- 1) Ipercalciuria e nefrolitiasi
- 2) Tubulopatie primitive e secondarie
- 3) Malattia ipertensiva
- 4) Sindrome nefrosica
- 5) Pielonefriti con o senza malformazioni delle vie urinarie e nefropatia da reflusso vescico – ureterale
- 6) Glomerulonefriti primitive e secondarie con anomalie urinarie ematuria e/o proteinuria
- 7) Insufficienza renale cronica – Terapia sostitutiva con tx renale
- 8) Cirrosi epatica scompensata
- 9) Immunodeficienze primitive
- 10) Malattie reumatiche (con o senza complicanze renali)
- 11) Porpora di Schonlein Henoch e vasculiti con o senza complicanze
- 12) Patologie respiratorie ricorrenti e/o croniche
- 13) Disturbi respiratori del sonno
- 14) Orticaria cronica
- 15) Asma persistente
- 16) Cheratocongiuntiviti gravi non rispondenti a terapie tradizionali
- 17) Allergia /intolleranza a farmaci e/o additivi



REGIONE PUGLIA

ASSESSORATO SANITA' e SERVIZI SOCIALI
- SETTORE SANITA' -

- 18) Allergie alimentari
- 19) Fibrosi cistica
- 20) Endoscopia digestiva
- 21) Anemie emolitiche croniche non thalassemiche
- 22) Talassemia
- 23) Patologie emato – oncologiche
- 24) patologie emato – oncologiche in soggetti in off – therapy e/o post TMO

Si da mandato al Sig. Ingellis di predisporre la relativa proposta di deliberazione da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale.

Alle ore 12,30 la Commissione sospende i lavori .

Letto confermato e sottoscritto.

Bari 26/5/04

Dr. Ambrogio Aquilino

Dr. Pomo Vincenzo

Ingellis Vincenzo

Dr. Alessandro Carella

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2004, n. 1192

Approvazione del Calendario Fieristico delle manifestazioni internazionali e nazionali per l'anno 2005 in Puglia.

L'Assessore all'industria, Commercio ed Artigianato, Avv. Pietro Lospinuso, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 1, confermata dal Dirigente del Settore Commercio, riferisce:

Come è noto, la riforma al Titolo V della Costituzione assegna alle Regioni la competenza esclusiva in materia fieristica.

Il Settore Commercio sta provvedendo a disciplinare organicamente tutta la materia fieristica. Nel contempo, in attesa che si completi l'iter legislativo, la Giunta Regionale, con deliberazione n. 974 del 1/7/2003, ha preso atto di alcuni documenti, approvati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, relativi a criteri generali per la razionalizzazione ed il coordinamento delle manifestazioni nazionali ed internazionali.

In particolare, è stato approvato che le richieste per il riconoscimento e/o la conferma della qualifica delle manifestazioni internazionali e nazionali devono essere presentate al Settore Commercio entro il 31 gennaio dell'anno precedente a quello di svolgimento ed, entro il successivo 30 giugno, viene approvato il calendario delle manifestazioni che farà parte del calendario fieristico nazionale.

Agli atti del Settore sono pervenute alcune richieste, indicate nell'elenco allegato alla presente deliberazione, di riconoscimento della qualifica nazionale e/o internazionale e di inserimento nel calendario ufficiale delle manifestazioni.

In questa fase di transizione, allo scopo di non apportare turbative al mercato, data l'importanza per gli operatori di disporre del calendario per programmare le azioni promozionali, si propone di confermare la qualifica "internazionale" a quelle manifestazioni che hanno già ricevuto tale riconoscimento dal Ministero delle Attività produttive negli anni precedenti.

Tanto sia per motivi di correttezza amministra-

tiva, sia in presenza di requisiti migliorativi rispetto alle passate rassegne.

Le manifestazioni internazionali, organizzate dall'Ente Fiera del Levante, sono:

- "Fiera del Levante" di Bari, Campionaria generale;
- "Expolevante" - Fiera internazionale del tempo libero, sport, turismo e vacanze;
- "Orolevante" - Salone internazionale dell'oreficeria, gioielleria, argenteria, orologeria, cristalleria e accessori;
- "Agrilevante" - Salone internazionale delle macchine ed attrezzature per l'agricoltura, l'orticoltura, giardinaggio e zootecnia.

Per quanto concerne l'Ente Autonomo Fiera di Foggia, la manifestazione che è stata riconosciuta internazionale è la "Fiera dell'agricoltura e della zootecnia".

In analogia con quanto affermato per le manifestazioni internazionali, si propone di confermare la qualifica "nazionale" a tutte le manifestazioni che hanno ricevuto tale riconoscimento negli anni precedenti.

Inoltre, pur trattandosi di casi sporadici, si verifica che per alcune manifestazioni vengono comunicate variazioni delle date di svolgimento. Ad evitare di dover adottare successivi atti deliberativi, si propone di dare mandato al Dirigente del Settore Commercio di accogliere eventuali e giustificate istanze di rettifica delle date di svolgimento delle manifestazioni.

Tutto ciò premesso, poiché il calendario in questione fa parte integrante del calendario ufficiale nazionale e costituisce un importante strumento divulgativo a livello nazionale ed internazionale, si ritiene opportuno di approvare il calendario ufficiale delle manifestazioni fieristiche internazionali e nazionali che si svolgeranno in Puglia nell'anno 2005, confermando la qualifica internazionale e nazionale a quelle manifestazioni che hanno ricevuto tale riconoscimento negli anni precedenti.

ADEMPIMENTI CONTABILI Di CUI ALLA L.R. N. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.