Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

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

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

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

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

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

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

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

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

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

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

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

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modificazioni ed integrazioni che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

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

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

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

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

- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 22 marzo 2006, n. 143 “Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l’anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale”;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 21 dicembre 2006, n.922 “Integrazione Deliberazione Giunta Regionale n. 143/06. Promozione dell’appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi”;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 13 luglio 2007, n. 538 “Integrazione DGR n. 143/06 e DGR n. 922/06. Promozione dell’appropriatezza organizzativa, introduzione di ulteriori Pacchetti di prestazioni Ambulatoriali Complesse”;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale 29 febbraio 2008, n. 114 “Ricognizione del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni Ambulatoriali erogabili nell’ambito del SSR e relative tariffe in esecuzione della sentenza del TAR Lazio n. 12623/07” che riporta in allegato l’“Elenco Pacchetti Ambulatoriali Complessi deliberati nelle DGR 731/05, 143/06, DGR 922/06 e DGR 538/07”;
- VISTA** l’Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010–2012, ed in particolare l’art. 6 “Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell’appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri” che al comma 5) cita: “ .. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale.....”;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 18 dicembre 2009, n. U0087 “Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012” e s.m.i.;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 12 gennaio 2010, n. U0001 “Appropriatezza organizzativa e qualificazione dell’assistenza ambulatoriale: introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), prestazioni e accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA)”;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 30 settembre 2010, n. U0080 “Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale” e s.m.i.;
- VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 10 novembre 2010, n. U0090 “Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3” e s.m.i.;

IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

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

IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECRETA

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

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

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

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

NICOLA ZINGARETTI

CRITERI PER L'EROGAZIONE DEI PAC IN STRUTTURE AMBULATORIALI EXTRAOSPEDALIERE

PREMESSA

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

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

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

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

DAY SERVICE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IL DAY SERVICE PREVEDE:

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

L'ORGANIZZAZIONE SPECIFICA DEL DAY SERVICE PREVEDE:

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

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

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

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

ATTIVAZIONE DEL PAC E MODALITÀ PRESCRITTIVE

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

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

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

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

REMUNERAZIONE E PARTECIPAZIONE ALLA SPESA

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

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

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

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

TRASMISSIONE DEI DATI

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

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

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

MODALITÀ PER L'ISTITUZIONE DEL DAY SERVICE EXTRAOSPEDALIERO.

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

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

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

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

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

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

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

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

INTRODUZIONE DI ULTERIORI PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI (PAC)

TABELLA 1

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

Vengono introdotti i seguenti PAC:

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

PAC diagnostico arteriopatia cronica degli arti (P440)**Disciplina di riferimento**

Angiologia, Chirurgia vascolare, Medicina generale, Chirurgia generale

Razionale

L'arteriopatia degli arti è spesso causa di ricovero ospedaliero non appropriato. Il PAC rappresenta una corretta modalità assistenziale attraverso la quale lo specialista prende in carico il paziente e ne inquadra la gestione in modo completo.

Tipologia di pazienti

Pazienti con segni o sintomi riferibili a patologia vascolare cronica, mono o pluridistrettuale.

Composizione

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

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
P440	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 126,90
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali	€ 32,02
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.44.2	TEST DEL CAMMINO	€ 55,78
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
Analisi cliniche		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 1,13
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.43.5	URATO [S/U/dU]	€ 1,13
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 3,87
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

-Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC, si ricorda il vincolo della contestuale riduzione dei corrispondenti ricoveri.

-Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del presente decreto.

Tariffa

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

Note

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

La prestazione con codice 88.77.2 può essere erogata al massimo 2 volte.

Eventuali ulteriori accertamenti, compresi quelli relativi allo studio del microcircolo mediante valutazione qualitativa e quantitativa del flusso distrettuale (es. la prestazione fotopleetismografia con codice 89.58.1) possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

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

Nefrologia, Nefrologia pediatrica, Chirurgia generale con Centri trapianto.

Razionale

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

Tipologia di pazienti

Pazienti portatori di trapianto renale

Composizione

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

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

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

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

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

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

Tariffa

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

Note

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

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

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

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

* qualora l'ASL vi mantenga l'attività nefrologica

PAC per la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (O.S.A.S.) (P78057)**Disciplina di riferimento**

Pneumologia, Otorinolaringoiatria, Neurologia, Medicina generale

Razionale

La sindrome della apnea ostruttiva nel sonno è la più comune causa di ipersonnia diurna evidenziata dai Centri del sonno nord-americani ed europei. Questa sindrome è molto diffusa, è frequentemente causa di alterazioni dello stato di salute e condiziona pesantemente la vita di coloro i quali ne sono affetti. L'apnea nel sonno costituisce un fattore di rischio, spesso sottovalutato, di malattie potenzialmente fatali e può far emergere patologie preesistenti o provocare disturbi ex novo in persone sane, portando ad un significativo aumento della morbilità e mortalità. È dimostrato che l'80-90% dei soggetti affetti da OSAS sfuggono ad una diagnosi clinica. La diagnostica della OSAS è a volte causa di ricovero ospedaliero ordinario o di day hospital non appropriato ed è di complesso iter ambulatoriale. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa appropriata per garantire la presa in carico da parte di uno specialista e la valutazione integrata poli-specialistica dei pazienti e della loro compliance ai tra

Tipologia di pazienti

Il PAC è indicato per la diagnosi e il follow up di pazienti con sintomatologia caratterizzata da roncopatia (associata a obesità, ipertensione, dismetabolismo, cardiopatia) con/senza ipersonnia diurna.

Per un numero limitato di pazienti, negativi dopo le indagini preliminari ma con persistente sospetto di OSAS (circa 10%), le necessarie e approfondite indagini diagnostiche possono essere effettuate solo in regime di ricovero e in strutture dedicate (Sleep-Lab).

Composizione

Per configurarsi il PAC di OSAS devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
P78057	Visita e gestione PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
31.42	Rinofibrolaringoscopia con manovra di Muller assimilata a Laringoscopia e altra tracheoscopia	€ 27,11
87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	€ 80,46
87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica	€ 10,33
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 77,67
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	€ 28,41
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 166,58
88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	€ 120,08
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	€ 23,24
89.17	POLISONNOGRAMMA Diurno o notturno e con metodi speciali	€ 139,44
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 37,18
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)	€ 61,97
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	€ 18,59
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	€ 9,30
Analisi cliniche		
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 12,32

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 7,41
90.29.1	INSULINA [S]	€ 8,75
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 6,40
90.43.5	URATO [S/U/dU]	€ 1,13
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,72
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

-Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC, si ricorda il vincolo della contestuale riduzione dei corrispondenti ricoveri.

-Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del presente decreto.

Tariffa

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

Note

La prestazione con codice 87.41 identifica anche la Tomografia Computerizzata del torace ad Alta Risoluzione (HRTC)

La prestazione con codice 89.17 può essere usata al massimo per due volte all'interno del PAC e identifica sia la Polisonnografia standard sia la Polisonnografia per titolazione CPAP.

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 4 volte.

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

BIBLIOGRAFIA

- Commissione paritetica AIPO-AIMS: Linee guida di procedura diagnostica nella sindrome delle apnee ostruttive dell'adulto. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2001;16:278-280.
- American Academy of Sleep Medicine Task Force: Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. Sleep 1999;22:667-689.
- Regione Lombardia. ASL Varese: protocollo 31/3/05 su "iter diagnostico-terapeutico prescrittivo per la OSAS"
- Regione Lombardia (decr. 5358 del 12/03/01): "linee guida per la ventilazione meccanica domiciliare".

PAC per la diagnosi e il follow up delle connettiviti sistemiche e della sindrome da anticorpi antifosfolipidi (P710)**Disciplina di riferimento**

Reumatologia, Medicina generale, Pediatria

Razionale

La valutazione clinica delle connettiviti sistemiche e della sindrome da anticorpi antifosfolipidi è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o di day hospital) non appropriato. Il Pac rappresenta una modalità organizzativa per effettuare la prestazione in un regime appropriato e garantire al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale. La molteplicità delle manifestazioni cliniche che ne caratterizzano l'esordio e l'evoluzione è spesso causa di ritardo diagnostico con importanti conseguenze prognostiche.

Tipologia di pazienti

Pazienti con connettiviti sistemiche sospette o conclamate.

Composizione

Per configurarsi il PAC per devono essere erogate almeno 3 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	tariffa
P710	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	€ 59,29
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	€ 56,81
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	€ 99,40
83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	€ 46,90
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 19,46
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 77,67
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito	€ 14,20
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico	€ 20,66
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	€ 67,14
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 37,18
89.44.2	TEST DEL CAMMINO	€ 55,78
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 43,90
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 12,32
91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)	€ 14,10
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	€ 14,10
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	€ 46,48
91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch	€ 43,64
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisinnogramma (89.17)	€ 10,33
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	€ 20,66
Analisi cliniche		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
90.05.2	ALDOLASI [S]	€ 1,95
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.4	BILIRUBINA TOTALE (totale e diretta)	€ 1,13
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	€ 1,44
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,60
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U] (gamma gt)	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 1,13
90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 3,48
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,11
90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	€ 6,92
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 6,70
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,19
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,42
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 10,27
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 10,69
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	€ 8,37
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	€ 5,02
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	€ 6,87
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	€ 5,30
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,74
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	€ 12,60
90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 10,30
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 4,73
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	€ 6,77
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 9,09
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 3,87
90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	€ 11,88
90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	€ 2,14
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	€ 3,36
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 7,90
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 10,01
91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	€ 56,81
91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	€ 120,08
91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	€ 120,08
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	€ 158,55
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,72
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

-Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC, si ricorda il vincolo della contestuale riduzione dei corrispondenti ricoveri.

-Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del presente decreto.

Tariffa

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

Note

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

La prestazione con codice 87.41 identifica anche la Tomografia Computerizzata del torace ad Alta Risoluzione (HRTC).

I codici 91.29.3, 91.29.4, 91.29.5 e 91.30.1 si riferiscono a tecniche per l'identificazione delle diverse mutazioni molecolari (Fattore Leiden, MTHFR, Protrombina anomala) ed il loro utilizzo è mutuamente esclusivo all'interno del PAC, a seconda della tecnica utilizzata dalla struttura erogatrice.

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

Pac per la diagnosi e il follow up delle artriti (P714)**Disciplina di riferimento**

Reumatologia, Medicina generale, Pediatria

Razionale

Le malattie reumatiche infiammatorie, tra cui l'artrite reumatoide (AR), l'artrite psorica (AP) e le spondiloartriti sono caratterizzate, pur riconoscendo differenti meccanismi patogenetici, da una flogosi persistente delle articolazioni che determina nel tempo un danno articolare permanente con conseguente disabilità.

Nella AR in particolare, il danno articolare irreversibile si verifica nella maggior parte dei casi già nei primi due anni di malattia, quando è massimo lo sviluppo di erosioni articolari. È stato evidenziato che, trascorsi 10 anni dalla diagnosi, circa la metà dei pazienti risulta inabile al lavoro e dopo 20 anni di malattia circa il 25% di essi deve essere sottoposto ad un intervento di artroprotesi. Pertanto curare precocemente le artriti e l'Artrite Reumatoide (in particolare entro i primi 3-6 mesi dall'esordio, con farmaci specifici) consente di interferire con l'evoluzione del danno articolare (window of opportunity), di prevenire la disabilità e migliorare la qualità di vita.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sintomi e/o segni di artrite (tumefazione e/o dolore) di più di due articolazioni e/o dolori articolari persistenti associati o meno a rigidità nei movimenti superiore a 30 minuti al mattino, insorti da almeno 6 settimane che vengono inviati secondo il giudizio del medico curante di medicina generale.

Composizione

Per configurarsi il PAC diagnostico e follow up delle Artriti devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
P714	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	€ 20,66
81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	€ 33,48
87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	€ 18,08
87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	€ 17,30
87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	€ 17,30
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 76,67
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	€17,82
88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio	€14,98
88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	€ 14,20
88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell' anca	€ 17,56
88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	€21,17
88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	€ 17,82
88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]	€ 81,81
88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache	€ 77,85
88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede]	€ 77,85
88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca	€ 32,54

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)	€ 10,33
Analisi cliniche		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€1,41
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€1,13
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€1,04
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	€1,44
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	€1,46
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€1,13
90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	€2,38
90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)	€3,33
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€1,13
90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 3,48
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€5,46
90.43.2	TRIGLICERIDI	€1,17
90.43.5	URATO [S/U/dU]	€ 1,13
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,19
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,42
90.47.5	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (IgG, IgA, IgM) assimilato ad Anticorpi anti-cardiolipina	€ 12,42
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 10,27
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 10,69
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	€ 5,30
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,74
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 4,73
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€2,67
90.68.3	IgE TOTALI	€7,77
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	€ 6,77
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 3,87
90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	€2,14
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€2,85
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€1,95
90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)	€6,35
90.86.2	ANTICORPI ANTI CAMPYLOBACTER assimilato a batteri da coltura identificazione sierologica nas	€7,55
90.86.2	ANTICORPI ANTI PSEUDOMONAS assimilato a batteri da coltura identificazione sierologica nas	€7,55
90.86.2	ANTICORPI ANTI YERSINIA assimilato a batteri da coltura identificazione sierologica nas	€7,55
90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)	€11,57
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI Ricerca completa microrganismi e lieviti	€7,46
91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]	€ 9,96

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]	€ 8,03
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 4,85
91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE	€6,35
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	€10,01
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	€10,01
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	€10,01
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	€10,01
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€7,90
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€10,01
91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	€ 7,88
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

-Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC, si ricorda il vincolo della contestuale riduzione dei corrispondenti ricoveri.

-Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del presente decreto.

Tariffa

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

Note

- La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 2 volte.
- La prestazione con codice 87.41 identifica anche la Tomografia Computerizzata del torace ad Alta Risoluzione (HRTC).
- Le singole prestazioni radiografiche (RX) standard a carico dello scheletro degli arti superiori ed inferiori, indicati con i codici 88.21, 88.22, 88.23, 88.26, 88.27 ed 88.28, possono essere effettuate 2 volte all'interno del PAC in considerazione della eventuale bilateralità distrettuale. Tuttavia, complessivamente, si possono eseguire al massimo 4 radiografie all'interno del PAC, sia che riguardino segmenti scheletrici monolaterali diversi sia che riguardino il medesimo distretto esplorato bilateralmente.
- La prestazione con codice 88.79.2 identifica l'ecografia osteoarticolare monodistrettuale (spalla, gomito, polso e mano, bacino, ginocchio, piede e caviglia). Essa può essere erogata al massimo 4 volte all'interno del PAC.
- La prestazione con codice 90.93.3 identifica l'esame colturale del liquido sinoviale

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

Bibliografia

1. Wakefield RJ, Kong KO, Conaghan PG, Brown Ak, O'Connor PJ, Emery P. The role of ultrasonography and magnetic resonance imaging in early rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2003 Sep-Oct; 21 (5 Suppl 31): S42-9.
2. Ciocci A, Buratti L, Di Franco M, Mauceri MT L'epidemiologia delle malattie reumatiche: confronto fra i dati italiani e quelli stranieri. Reumatismo 1999;51 Suppl 2:201.
3. Cimmino M, Parisi M, Moggiana G, Mela GS, Accardo S. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari study. Ann Rheum Dis 1998; 57:315-18.

PAC per la diagnosi delle lesioni focali del fegato (P2353)**Disciplina di riferimento**

Medicina Generale (Epatologia), Gastroenterologia, Malattie infettive, Oncologia

Razionale

L'approfondimento diagnostico di lesioni occupanti spazio del fegato è ancora oggi oggetto di ricovero ospedaliero inappropriato sia in regime di day hospital che di degenza ordinaria, mentre può essere gestita efficacemente e con maggiore efficienza a livello ambulatoriale. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale che comprenda l'eziologia, la stadiazione della malattia, le indicazioni terapeutiche e la definizione della gestione assistenziale. Tra le lesioni epatiche l'epatocarcinoma richiede una corretta stadiazione del tumore e della malattia sottostante, che nel 95 % dei casi è rappresentata da una cirrosi epatica.

Tipologia di pazienti

Pazienti con lesioni occupante spazio del fegato associata o no a epatopatia cronica che necessitano di un approfondimento diagnostico. In caso di epatopatia cronica già diagnosticata l'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale può avvenire se il paziente non presenta segni di severo scompenso con condizioni cliniche stabili e comunque gestibili in ambulatorio.

Composizione

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

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
P2353	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	€ 56,81
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	€ 99,40
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso	€ 86,80
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	€ 122,22
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 79,47
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 158,04
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 43,90
88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	€ 43,38
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 32,02
88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 120,08
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 187,13
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	€ 187,13
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	€ 14,10
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	€ 46,48
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	€ 1,42
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	€ 7,40
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.12.5	CERULOPLASMINA	€ 5,30
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,36
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 6,36
90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.39.4	RAME [S/U]	€ 4,69
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 4,78
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 8,18
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,36
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,37
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	€ 12,98
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 11,49
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	€ 7,41
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 4,99
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus	€ 7,65
91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	€ 63,42
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	€ 40,01
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	€ 10,01
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	€ 10,01
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	€ 10,01
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	€ 10,01
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 7,90
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	€ 63,01
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	€ 77,47
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 10,01
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	€ 77,47
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	€ 12,03
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg	€ 17,97
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

-Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC, si ricorda il vincolo della contestuale riduzione dei corrispondenti ricoveri.

-Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del presente decreto.

Tariffa

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

Note

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 3 volte.

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

Bibliografia

Sistema nazionale per le linee guida (SNLG). Linea guida "Impiego della diagnostica per immagini delle lesioni focali epatiche", settembre 2008. www.pnlg.it/cms/files/LG_Diagno_01-64_2008.pdf

PAC per la diagnosi e il follow up delle malattie croniche del fegato e delle vie biliari (P5714)**Disciplina di riferimento**

Gastroenterologia, Medicina Generale (Epatologia), Malattie Infettive, Pediatria

Razionale

La valutazione del paziente con sospetta o accertata malattia cronica del fegato e/o delle vie biliari, è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale che comprenda l'eziologia, la stadiazione della malattia, le indicazioni terapeutiche e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sospetta o accertata malattia cronica del fegato e/o delle vie biliari, documentata da alterazioni biochimiche persistenti, pregresse o in atto, e/o segni o sintomi clinici indicativi.

Composizione

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

codice	prestazione	Tariffa
P5714	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	€ 56,81
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	€ 99,40
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 79,47
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 126,90
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 43,90
88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	€ 43,38
88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 120,08
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 187,13
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	€ 14,10
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	€ 46,48
Analisi cliniche		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	€ 1,42
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	€ 5,30
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	€ 7,40
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	€ 1,84
90.07.5	AMMONIO [P]	€ 6,36
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 1,13
90.12.5	CERULOPLASMINA	€ 5,30
90.20.1	ETANOLO	€ 6,80
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 6,36
90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 1,13

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>Tariffa</i>
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.29.1	INSULINA [S]	€ 8,75
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.39.4	RAME [S/U]	€ 4,69
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 4,78
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,42
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 10,27
90.49.5	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI assimilato ad ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	€ 10,27
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 8,18
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,36
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,37
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,74
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	€ 10,05
91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	€ 12,01
91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	€ 63,42
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	€ 10,01
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	€ 10,01
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	€ 10,01
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	€ 10,01
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 7,90
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	€ 77,47
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 10,01
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	€ 77,47
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	€ 12,03
91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	€ 21,74
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg	€ 17,97
91.36.5	ESTRAZIONE DNA O RNA (nucleare o mitocondriale) da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	€ 59,05
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

-Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC, si ricorda il vincolo della contestuale riduzione dei corrispondenti ricoveri.

-Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del presente decreto.

Tariffa

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

Note

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

PAC per l'accertamento di idoneità al trapianto di fegato (PV4983)**Disciplina di riferimento**

Gastroenterologia, Medicina Generale (Epatologia), Chirurgia Generale con Centro Trapianti, Pediatria

Razionale

Il percorso diagnostico per pazienti potenzialmente candidati al trapianto di fegato, ancora oggi oggetto di ricovero ospedaliero inappropriato, sia in regime di day hospital che di degenza ordinaria, può essere gestito efficacemente a livello ambulatoriale. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in regime ambulatoriale e garantire un percorso assistenziale attraverso la presa in carico da parte di uno specialista.

Tipologia di pazienti

Pazienti affetti da malattia epatica cronica avanzata, irreversibile e non suscettibile di altra modalità di trattamento di pari efficacia, gestibili ambulatorialmente e capaci psicologicamente di accettare il trapianto, in assenza di controindicazioni assolute, che necessitano dell'approfondimento diagnostico per valutare l'idoneità all'inserimento nella lista per il trapianto di fegato.

Composizione

Per configurarsi il PAC per l'Accertamento di idoneità al trapianto di fegato devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
PV4983	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	€ 56,81
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	€ 99,40
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso	€ 86,80
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	€ 122,22
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo	€ 120,42
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	€ 20,66
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	€ 34,86
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 124,11
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 158,04
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 247,50
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 184,80
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)	€ 23,24
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico	€ 20,66
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 23,24
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	€ 55,78
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	€ 11,16
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	€ 187,01
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	€ 19,37
Analisi cliniche		
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 12,32
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	€ 5,30
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	€ 7,40
90.07.5	AMMONIO [P]	€ 6,36
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.12.5	CERULOPLASMINA	€ 5,30
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,36
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.20.1	ETANOLO	€ 6,80
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 6,36
90.22.4	FERRO [dU]	€ 4,79
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 1,13
90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	€ 2,38
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 7,41
90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	€ 27,82
90.29.1	INSULINA [S]	€ 8,75
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,11
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.39.4	RAME [S/U]	€ 4,69
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 4,78
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 8,18
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,36
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,37
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	€ 7,41
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	€ 7,41
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,74
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	€ 7,75
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)	€ 12,19
90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria	€ 4,62
90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria gonorrhoeae	€ 7,48
90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria meningitidis	€ 7,48
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECCI [COPROCOLTURA] Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	€ 12,01
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,79
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 8,07

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	€ 8,78
91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	€ 10,05
91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	€ 12,01
91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	€ 63,42
91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	€ 10,01
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	€ 10,01
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 7,90
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	€ 77,47
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 10,01
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	€ 77,47
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	€ 12,03
91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	€ 21,74
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	€ 13,48
91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	€ 7,92
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 10,90
91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,41
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	€ 59,05
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	€ 14,10
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	€ 46,48
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,72
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture autorizzate, previa comunicazione, sono quelle strutture sede dei Centri Trapianti di Fegato attualmente autorizzati nella Regione Lazio, di seguito riportati: Università Cattolica del Sacro Cuore, Università Sapienza, Università Tor Vergata, Polo Ospedaliero Integrato Trapianti (Complesso AO S. Camillo-Forlanini e IRCCS Istituto L. Spallanzani), IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Tariffa

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

Note

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 4 volte.

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

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

PAC per il follow up dei pazienti trapiantati di fegato (PV427)**Disciplina di riferimento**

Gastroenterologia, Medicina Generale (Epatologia), Chirurgia generale con Centro Trapianti, Malattie infettive

Razionale

Molte delle complicanze che si presentano dopo il trapianto di fegato non necessitano, almeno nella fase diagnostica, di ricovero e possono essere efficacemente gestite in regime ambulatoriale. Il contatto con lo specialista e l'inquadramento del problema possono portare, attraverso la programmazione del PAC, a evitare il ricovero.

Tipologia di pazienti

Soggetti trapiantati di fegato con o senza segni di ripresa di malattia epatica o soggetti che presentano complicanze correlate.

Composizione

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

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
PV427	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€158,04
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 43,90
88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	€ 43,38
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 187,13
89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi	€ 83,67
89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia	€ 46,48
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	€ 187,01
Analisi cliniche		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.13.2	CICLOSPORINA	€ 14,64
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,60
90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 1,13
90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	€ 2,38
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 7,41
90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	€ 27,82
90.29.1	INSULINA [S]	€ 8,75
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,11
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 4,78
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,42
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 10,27
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 8,18
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,36
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,37
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	€ 12,18
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	€ 9,81
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) Citomegalovirus, Herpes, Virus dell' apparato respiratorio	€ 12,10
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 8,07
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	€ 8,78
91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	€ 23,34
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	€ 63,01
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	€ 77,47
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture autorizzate, previa comunicazione, sono quelle strutture sede dei Centri Trapianti di Fegato attualmente autorizzati nella Regione Lazio, di seguito riportati: Università Cattolica del Sacro Cuore, Università Sapienza, Università Tor Vergata, Polo Ospedaliero Integrato Trapianti (Complesso AO S. Camillo-Forlanini e IRCCS Istituto L. Spallanzani), IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Tariffa

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

Note

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

PAC di diagnosi e di sorveglianza per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) (P555-556)**Disciplina di riferimento**

Gastroenterologia, Medicina generale, Pediatria

Razionale

La valutazione diagnostica e la sorveglianza clinica delle MICI sono causa di frequenti ricoveri ospedalieri in ordinario o in day hospital non appropriati. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

La valutazione del paziente con MICI prevede in primo luogo la diagnosi di natura, sede, estensione ed attività della malattia, nei pazienti con sintomi compatibili. Nei pazienti con diagnosi di MICI già nota, l'obiettivo è rappresentato dalla conferma della diagnosi e/o dalla valutazione della attività clinica, bioumorale, endoscopica, istologica e/o delle lesioni in risposta alla terapia.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sospetto diagnostico di MICI e pazienti con diagnosi nota di MICI in sorveglianza clinica che, pertanto, necessitano ripetuti controlli.

Composizione

Per configurarsi il PAC per devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
P555-6	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	€ 20,66
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	€ 56,81
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	€ 99,40
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso	€ 86,80
45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	€ 144,62
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 52,08
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	€ 122,22
87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	€ 18,08
87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	€ 17,30
87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	€ 17,30
87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	€ 34,60
87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE	€ 45,45
87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO	€ 140,99
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	€ 103,68
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 158,04
88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)	€ 19,37
88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell' anca	€ 17,56
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 120,08
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 187,13
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	€ 187,13
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
Analisi cliniche		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	€ 1,84
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 1,13
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	€ 1,13
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	€ 7,32
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	€ 6,14
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 3,52
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 6,36
90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	€ 6,36
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.24.5	FOSFORO	€ 1,46
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.30.2	LIPASI [S]	€ 2,58
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,55
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 4,78
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 10,27
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 3,87
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	€ 11,90
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	€ 12,01
91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	€ 23,95
91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)	€ 5,72
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 8,07
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	€ 8,78

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	€ 14,10
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	€ 46,48
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

-Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC, si ricorda il vincolo della contestuale riduzione dei corrispondenti ricoveri.

-Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del presente decreto.

Tariffa

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

Note

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 3 volte.

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

PAC per il piede diabetico (P 2506/7)**Disciplina di riferimento**

Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione, Medicina generale

Razionale

Le complicanze degli arti inferiori, in particolare il piede diabetico, coinvolgono circa il 2,5% della popolazione diabetica. L'importanza di un corretto approccio diagnostico-terapeutico emerge dai dati delle amputazioni e delle ulcerazioni: il 15% dei pazienti diabetici sviluppa una lesione ulcerativa. L'84% delle amputazioni è preceduta da una lesione ulcerativa. Attualmente le amputazioni non traumatiche vedono il diabete come causa nel 60% dei casi. La riduzione del numero delle amputazioni non traumatiche si può ottenere attraverso interventi preventivi e cure tempestive e mirate sulle lesioni degli arti inferiori.

Tipologia di pazienti

Pazienti affetti da diabete mellito complicato con neuropatia e/o vasculopatia periferica con o senza lesione osteomuscolotendinea e/o dei tegumenti degli arti inferiori.

Composizione

Per configurarsi il PAC devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi e quelle indicate in "Note", possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>Tariffa</i>
P2506/7	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Esame neuropsicologica clinico nurocomportamentale: esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	€ 17,82
86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)	€ 44,64
83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI Incisione della fascia Incisione per rimozione di corpi estranei sotto controllo scopico Escluso: Incisione solo di cute e tessuto sottocutaneo (86.01-86.05)	€ 40,20
83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano	€ 40,20
86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	€ 9,36
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 19,46
86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27), sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione (86.28), innesto al lembo o peduncolato (86.75)	€ 20,40
86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 30,72
86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	€ 20,40
86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (per seduta)	€ 10,08
93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE	€ 18,90
93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	€ 3,87
93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	€ 21,33
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	€ 7,75

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>Tariffa</i>
96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA Pulizia di ferita NAS Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)	€ 3,87
97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE Rimozione di supporto, gesso, stecca	€ 9,71
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 23,24
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 28,41
88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore] RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] RM di caviglia e piede [caviglia, piede] Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	€ 204,15
88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 184,80
88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede]	€ 124,11
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	€ 18,59
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	€ 4,39
99.22	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE INCLUSO: PER VIA IPODERMICA, INTRAMUSCOLARE, ENDOVENOSA. Escluso: steroidi cod.99.23, sostanze ormonali cod. 99.24.1, farmaci antitumorali cod. 99.25. Escluso costo del farmaco	€ 3,00
Analisi cliniche		
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 7,41
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 3,87
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,11
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.43.5	URATO [S/U/dU]	€ 1,13
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	€ 12,18
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI Ricerca completa microorganismi e lieviti patogeni	€ 7,46
90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C. almeno 10 antibiotici)	€ 15,84
90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)	€ 12,19
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	€ 2,58

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

-Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC, si ricorda il vincolo della contestuale riduzione dei corrispondenti ricoveri.

-Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del presente decreto.

Tariffa

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

I farmaci somministrati vanno rilevati nel File F e saranno compensati secondo le regole vigenti.

Note

Il PAC deve essere concluso entro 4 mesi ed è ripetibile al massimo 2 volte nel corso dell'anno.

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 4 volte.

Alcune prestazioni sono ripetibili all'interno del PAC secondo i limiti sotto elencati:

cod. 86.11, 88.77.2 e 88.79.1 al massimo 2 volte ciascuna;

cod. 88.28 al massimo 3 volte;

cod. 86.04, 83.09, 83.31, 86.01, 93.56.2 e 93.56.3 al massimo 4 volte ciascuna;

cod. 86.23 al massimo 5 volte;

cod. 93.54.4 e 97.88 al massimo 6 volte ciascuna;

cod. 86.27 al massimo 10 volte;

cod. 86.22, 86.28, 93.56.1 e 96.59 al massimo 16 volte ciascuna.

La prestazione somministrazione Farmaci (cod 99.22) non ha limiti di ripetibilità.

Eventuali ulteriori accertamenti, utili per la valutazione (es. la prestazione cod. 89.65.4 - *MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2*) possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

Bibliografia

- 1) Associazione Medici Diabetologi - Società Italiana di Diabetologia: Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010
- 2) DGR Toscana 484 del 23/06/2008 "Assistenza sanitaria ai soggetti affetti da diabete mellito"

PAC per la diagnosi ed il trattamento del dolore cronico (P 338)**Disciplina di riferimento**

Anestesia, Oncologia, Neurologia, Reumatologia

Razionale

La cronicizzazione di un dolore e la sua gestione clinica sono spesso causa di prolungati accertamenti e ricoveri. Una gestione multidisciplinare e integrata permetterebbe un percorso diagnostico più veloce e una gestione terapeutica più mirata, con conseguente diminuzione del numero di ricoveri e di accessi in Pronto soccorso.

Tipologia di pazienti

Pazienti con dolore persistente, di varia natura, che influisca in modo significativo sulla qualità della vita, e per il quale siano necessari ulteriori trattamenti e/o approfondimenti diagnostici.

Composizione

Per configurarsi il PAC devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi e quelle riportate in nota, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
P338	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Esame neuropsicologica clinico neurocomportamentale: esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale	€ 26,46
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 166,58
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 247,50
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	€ 115,80
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	€ 181,28
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	€ 28,41
89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	€ 48,81
89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	€ 34,86
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)	€ 10,33
03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l'anestesia sia effettuata per intervento	€ 103,29
As 03.91	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE O PALLIATIVE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE [Catetere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo] Fino ad un massimo di 10 rifornimenti Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento	€ 103,29
As 03.91	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE O PALLIATIVE NEL CANALE VERTEBRALE IN PORTATORE DI CATETERE PERIDURALE Fino ad un massimo di 10 rifornimenti Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Non associabile con la prestazione: <i>INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE O PALLIATIVE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE</i>	€ 103,29

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)	€ 103,29
04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesie per intervento	€ 51,65
04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali Escluso: le anestesie per intervento	€ 15,49
05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	€ 77,47
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	€ 27,89
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
99.22	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE INCLUSO: PER VIA IPODERMICA, INTRAMUSCOLARE, ENDOVENOSA. Escluso: steroidi cod.99.23, sostanze ormonali cod. 99.24.1, farmaci antitumorali cod. 99.25. Escluso costo del farmaco	€ 3,00
Analisi cliniche		
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 3,87
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,23
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

Le strutture identificate come nodi delle Reti regionali costituite ai sensi della Legge n. 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (DPCA n. 83/2010 "Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico non oncologico"; DPCA n. 84/2010 "La rete assistenziale di cure palliative della regione Lazio").

Tariffa

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

Note

La prestazione cod. 89.7 "Visita generale" può essere erogata al massimo per 3 volte all'interno del PAC.

La prestazione 03.91 può essere erogata al massimo per 2 volte.

La prestazione 03.92 può essere erogata al massimo per 2 volte.

La prestazione 88.79.3 può essere erogata al massimo per 2 volte (erogabile per sedi anatomiche differenti e non ripetibile sulla stessa sede).

La prestazione 93.08.1 può essere erogata al massimo per 4 volte (erogabile per differenti segmenti degli arti e non ripetibile per lo stesso segmento).

PAC per follow-up, riabilitazione e prevenzione delle complicanze delle malattie cerebrovascolari (P438)**Disciplina di riferimento**

Neurologia

Razionale

Il 5% dei pazienti con ictus cerebrale acuto recidiva entro 3 mesi dopo il primo evento. La prevenzione delle malattie cerebrovascolari, delle loro recidive, e del decadimento cognitivo ad esse conseguenti, nonché delle loro complicanze motorie e cognitive, necessitano di un rapido e qualificato inquadramento multidisciplinare e multiprofessionale. Attualmente tale inquadramento viene eseguito in regime di ricovero (ordinario o di Day Hospital), non sempre in maniera appropriata. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa particolarmente utile per la presa in carico da parte dello specialista di pazienti con malattia cerebrovascolare acuta (Ictus) o TIA, o con esiti di ictus, ai fini dell'inquadramento diagnostico e della gestione a lungo termine dei casi con esiti.

Tipologia di pazienti

Pazienti con pregresso: ictus cerebrale, TIA, lesioni vascolari cerebrali casualmente documentate (infarti silenti). Linee guida italiane SPREAD 2010

Composizione

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

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
P438	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Esame neuropsicologica clinico nurocomportamentale: esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	€ 49,06
88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI	€ 34,09
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo	€ 120,42
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 247,50
88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	€ 184,80
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 184,80
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea	€ 77,47
89.17	POLISONNOGRAMMA Diurno o notturno e con metodi speciali	€ 139,44
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)	€ 10,33
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	€ 8,42
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)	€ 61,97
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnèa) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	€ 23,24
99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	€ 9,71
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	€ 9,09

<i>codice</i>	<i>prestazione</i>	<i>tariffa</i>
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	€ 4,84
90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 10,30
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]	€ 11,57
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 6,40
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 6,70
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,42
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 10,27
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	€ 5,02

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione/richiesta

-Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC, si ricorda il vincolo della contestuale riduzione dei corrispondenti ricoveri.

-Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del presente decreto.

Tariffa

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

Note

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

La prestazione codice 99.29.9 "Iniezione di tossina botulinica" può essere ripetuta fino ad 8 volte nell'ambito del PAC.

La prestazione codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 3 volte nell'ambito del PAC.

Bibliografia

Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion (SPREAD). Linee guida italiane per la prevenzione e cura dello stroke 2010.
<http://www.spread.it/>