



Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2009)

N. 00004 del 12 GEN. 2010

Proposta n. 21567 del 17/11/2009

Oggetto:

Appropriatezza organizzativa e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale: introduzione di ulteriori pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), prestazioni e accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA).

Estensore

MARCELLI MARIA CHIARA

Responsabile del Procedimento

MARCELLI MARIA CHIARA

Il Dirigente d'Area

L. CASERTANO

Il Direttore Regionale

G. GRIPPA

Visto
Il coordinatore dell'Ufficio Commissariale

N. CAU

Il Direttore del Dipartimento

DIRET. PROTEMPORE G. MAGRINI

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

M. MCRIANICO

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2009)

DECRETO n. 00001/2010

OGGETTO: Appropriatelyzza organizzativa e qualificazione dell'assistenza ambulatoriale; introduzione di ulteriori pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), prestazioni e accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA).

Il 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 successive modificazioni;

VISTO il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2001 e s.m.i., con particolare riferimento all'art. 98;

VISTO il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio della libertà di scelta, da parte dell'assistito, delle strutture eroganti;

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 Legge dello Stato n. 311 del 30/12/2004 - legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTO l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal Presidente della Regione Lazio per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311;

CONSIDERATO che gli interventi individuati dal Piano di rientro sopracitato sono per la Regione Lazio vincolanti ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b della legge 27 dicembre 2006 n. 296,

VISTA la DGR n. 149 del 06.03.2007 con la quale è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 28.02.07 ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario della Regione Lazio allo stesso allegato quale parte integrante;

ATTESO che il predetto Piano di rientro prevede obiettivi generali e specifici all'interno dei quali sono sviluppati obiettivi operativi ed interventi con l'indicazione, per ognuno di essi, dei tempi e dei modi di realizzazione;

ATTESO che, tra gli obiettivi specifici individuati nel Piano di Rientro nell'ambito degli interventi agli stessi correlati, con particolare riferimento all'obiettivo 1.3.1, risultano collocate anche le misure e le iniziative da assumere ai fini della riduzione della spesa ospedaliera per acuti e del raggiungimento di una maggiore appropriatezza delle prestazioni attraverso accordi di erogazione delle prestazioni stesse;

VISTO il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 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;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

VISTA la DGR n. 864 del 28 giugno 2002 "Individuazione delle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriatazza di cui all'allegato 2C del DPCM del 29/11/01" e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la DGR n. 731 del 4 agosto 2005 "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";

VISTE le Deliberazioni di Giunta Regionale:

- n. 143 del 22 marzo 2006 "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"
- n. 922 del 21 dicembre 2006 "Integrazione deliberazione Giunta regionale n. 143/06. Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi";

CONSIDERATO che la garanzia di cure appropriate ed efficaci costituisce requisito essenziale per l'accreditamento istituzionale, ai sensi della DGR n. 636 del 3 agosto 2007;

VISTE le Deliberazioni di Giunta Regionale:

- n. 436 del 19 giugno 2007: "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2007. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art 1 comma 180 L. 311/2004; obiettivi specifici 1.2 - 1.3. - 2.2", e successive modifiche ed integrazioni
- n. 1061 del 28 dicembre 2007 "Rettifiche ed integrazioni DGR 436/07";

VISTA la DGR n. 538 del 13 luglio 2007 "Integrazione DGR n. 143/06 e DGR n. 922/06. Promozione dell'appropriatezza organizzativa, introduzione di ulteriori Pacchetti di prestazioni Ambulatoriali Complesse";

VISTA la DGR n. 114 del 29 febbraio 2008 "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";

RITENUTO necessario sostenere le attività finalizzate a migliorare il livello di appropriatezza dell'attività assistenziale, per dare certezza di risorse al Servizio sanitario regionale, e minimizzare i comportamenti assistenziali non appropriati dal punto di vista organizzativo e non corretti dal punto di vista economico;

CONSIDERATO che, nell'ambito dell'indirizzo strategico programmatico di potenziare i servizi territoriali e le forme di assistenza alternative al ricovero e di riqualificare l'assistenza, appare necessario individuare quale azione prioritaria all'interno del SSR:

1. il trasferimento delle attività inappropriate verso i regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, quindi, dal ricovero ordinario verso il regime diurno e da questo verso l'ambulatorio;
2. il potenziamento e la qualificazione dell'assistenza ambulatoriale, attivando ed organizzando con adeguata dotazione di risorse la modalità ambulatoriale del day service nel quale dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in day hospital medico;

CONSIDERATO che, in linea con gli obiettivi e le finalità indicate dalla DGR 143/06 e ribaditi dal Piano di rientro, sono stati individuati ulteriori settori di attività, prevalentemente chirurgica, che è possibile trasferire al regime ambulatoriale, sia come APA che come prestazioni semplici;

RITENUTO che, in linea con gli obiettivi e le finalità sopra indicate, sono stati individuati e debbano essere introdotti ulteriori pacchetti ambulatoriali complessi, descritti nell'Allegato 1 "Day service e introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)" e ulteriori prestazioni e accorpamenti di prestazioni ambulatoriali, descritti nell'Allegato 2 "Introduzione di ulteriori prestazioni ed Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA)" predisposti da Laziosanità-ASP che costituiscono parte integrante del presente atto;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di commissario ad acta del 16 ottobre 2009, n. 70 recante "Ripartizione del F.S.R. 2009 – Finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali, art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92"

PRESO ATTO che con Deliberazione adottata dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 28 ottobre 2009 il Prof. Elio Guzzanti è stato nominato Commissario ad acta pro tempore per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

CONSIDERATO il parere favorevole del Sub Commissario per l'attuazione del Piano

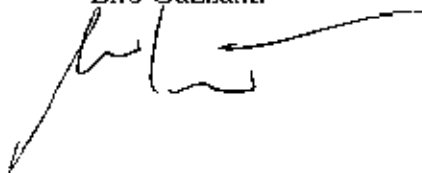
di rientro della Regione Lazio, nominato con Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17/10/08;

DECRETA

per i motivi di cui in narrativa che qui si intendono integralmente riportati di:

- integrare e modificare le summenzionate DGR 731/05, DGR 143/06, DGR 922/06, DGR 538/07 e DGR 114/08;
- approvare l'Allegato 1 "Day service e introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)" alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
- approvare l'Allegato 2 "Introduzione di ulteriori prestazioni ed accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA)", comprendente anche ulteriori disposizioni relative alla erogabilità di alcune prestazioni in regime di ricovero diurno, alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
- disporre la pubblicazione del presente Atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito internet di Laziosanità-ASP.
- Le disposizioni di cui al presente provvedimento andranno in vigore a far data dal 1° gennaio 2010.

Elio Guzzanti



C:\Documents and Settings\cmarcell\De

allegato 1



C:\Documents and Settings\cmarcell\De

allegato 2



ALLEGATO 1

DAY SERVICE E INTRODUZIONE DI ULTERIORI PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI

1. PREMESSA

Come già indicato nelle DGR 731/05 (Allegato 5) e DGR 143/06 (Allegato 4), la razionalizzazione della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme di assistenza alternative al ricovero costituiscono iniziative strategiche per la corretta ed efficace gestione del SSR, con l'obiettivo di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini in maniera uniforme e nei tempi appropriati alle necessità di cura. Pertanto è necessario proseguire nel processo di deospedalizzazione e di relativa riduzione del tasso di ospedalizzazione mediante azioni finalizzate al trasferimento di attività inappropriate verso modelli clinico-assistenziali ed organizzativi con medesimo beneficio per il paziente e con minor impiego di risorse, per l'equilibrio del sistema. Le strutture ospedaliere sono chiamate a valutare la propria attività di day hospital ed a proporre, secondo l'iter previsto, i PAC necessari per il trasferimento dei ricoveri inappropriati nel Day Service.

2. CRITERI ORGANIZZATIVI GENERALI

Attraverso l'erogazione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), il Day Service si configura come un modello dinamico per gestire problemi sanitari complessi che richiedono competenze multispecialistiche integrate. La presa in carico dei pazienti, da parte di un medico specialista referente, garantisce un'assistenza sanitaria coordinata ed integrata, e, grazie alla maggiore facilità di accesso alle cure, semplifica gli iter burocratico-amministrativi, il frazionamento dell'assistenza e la moltiplicazione di medesime indagini sullo stesso paziente in strutture diverse.

Tale modalità assistenziale ha l'obiettivo di trasferire i ricoveri effettuati inappropriatamente verso l'ambulatorio ereditando, dal day hospital, la concentrazione degli accessi in tempi ed in numero ristretti, nell'ottica di raggiungere la soddisfazione del paziente e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni sanitarie erogate a livello del Servizio Sanitario Regionale.

Il Day Service, quindi, si colloca tra i nuovi modelli organizzativi per incentivare la qualificazione dell'assistenza territoriale: deve essere potenziato e garantito all'interno delle strutture sanitarie attraverso un impianto organizzativo che preveda una stretta articolazione tra gli ambulatori delle varie discipline ed i restanti servizi di diagnostica di laboratorio e strumentale, analogamente a quanto stabilito per il day hospital medico, per poter assorbire i ricoveri inappropriati erogati in regime diurno.

Il PAC è un insieme di prestazioni multidisciplinari ed integrate per la gestione di un problema di salute specifico e complesso, diagnostico e/o terapeutico. Le prestazioni sono comprese tra quelle riportate nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale. Per ogni singolo PAC le prestazioni sono incluse in una lista specifica, essenziale e predefinita che non tiene conto delle caratteristiche cliniche individuali, ma si basa sul problema di salute nel suo complesso; qualora un paziente necessiti, in virtù delle sue condizioni di salute, di ulteriori indagini non incluse nel PAC di riferimento, esse possono essere erogate ricorrendo all'ambulatorio tradizionale, provvedendo alla prescrizione su ricettario regionale, senza che venga preclusa assistenza sanitaria non prevista nell'erogazione del PAC.

Quando non altrimenti specificato nell'articolazione del 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, in modo da prevedere, per il paziente, il minor numero di accessi e di disagio possibili.

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 territoriale oppure ospedaliero, che richiedono "visita specialistica per PAC xxx". Il medico referente del PAC proposto valuta la richiesta e, sulla base degli specifici protocolli diagnostico-terapeutici, decide sull'attivazione del PAC. In caso di condivisione della proposta, prescrive, utilizzando il ricettario regionale, le singole prestazioni che compongono il PAC, da un numero minimo, previsto per ogni singolo PAC, fino ad un numero di prestazioni che può essere anche superiore ad otto e riferite a più branche specialistiche, specificando il PAC di riferimento. L'eventuale richiesta di prestazioni non comprese nel PAC attivato segue l'iter

previsto per l'ambulatorio tradizionale; in tal caso la prescrizione delle ulteriori prestazioni deve comunque essere effettuata su ricettario regionale.

La documentazione clinica del Day Service, predisposta per ogni singolo PAC a cura dell'équipe sanitaria, deve essere archiviata presso la struttura, anche solo in formato elettronico e 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;
- relazione clinica riassuntiva finale (conclusiva del PAC).

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

Le tariffe stabilite per la remunerazione delle singole prestazioni che compongono il PAC sono quelle previste dal vigente Nomenclatore tariffario delle prestazioni della specialistica ambulatoriale. La remunerazione alla struttura erogante il PAC verrà 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 cui è prevista una tariffa forfettaria. La remunerazione delle eventuali prestazioni effettuate, e non incluse nella composizione dei singoli PAC, segue le regole di remunerazione dell'ambulatorio tradizionale.

In accordo a quanto stabilito dalla DGR 731/05 (Allegato 5) ed alla DGR 143/06 (Allegato 4), si ribadisce che i dati relativi ai PAC confluiscono nel Sistema Informativo per l'Assistenza Ambulatoriale (SIAS).

E' 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, viene introdotta la possibilità di segnalare i PAC che, per imprevisti eventi occorsi al paziente, non si concludono nell'arco temporale previsto.

Per tali PAC "non conclusi", la struttura erogatrice utilizzerà il codice specifico del PAC, seguito dalla lettera "V" (PxxxxV).

Sarà compito di Laziosanità- ASP monitorare e valutare l'assistenza sanitaria erogata in Day Service attraverso l'analisi dei dati di attività forniti dai flussi informativi SIO e SIAS, con particolare riguardo al progressivo processo di deospedalizzazione.

Le attività di Day Service saranno monitorate mediante controlli diretti a valutare la qualità della documentazione clinica (riscontro del quesito diagnostico, completezza della documentazione clinica, regolarità dell'applicazione della normativa relativa all'esenzioni, circostanze relative al PAC eventualmente non concluso) e la congruità tra le prestazioni registrate e quanto effettivamente erogato, al fine di individuare eventuali comportamenti opportunistici. In sede di controllo analitico, per il PAC che presenterà anomalie riguardo a modalità di erogazione e/o di mancata conclusione, applicazione delle esenzioni, o incongruità nella codifica delle prestazioni, non sarà riconosciuta alcuna remunerazione.

Attualmente l'attività del Day Service si configura come una modalità di cura erogabile presso ambulatori ospedalieri. In attuazione delle direttive strategiche della programmazione sanitaria della Regione, orientate ad una qualificazione dell'assistenza attraverso il potenziamento dei servizi territoriali e distrettuali, appare necessario prevedere che, una volta che l'attività sarà a regime, l'erogazione dei PAC si estenda dall'ospedale al territorio, nell'ambito di poliambulatori territoriali accreditati nelle discipline di riferimento. Contestualmente dovrà essere garantito un sostanziale trasferimento nel Day service di assistenza sanitaria attualmente erogata in regime di ricovero.

3. REQUISITI PER L'ATTIVITA' DEL DAY SERVICE

L'attività del Day Service può essere svolta presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private provvisoriamente accreditate, limitatamente ai PAC per i quali queste strutture già erogano prestazioni in regime di ricovero ordinario e/o day hospital e risultino

anche autorizzate e provvisoriamente accreditate allo svolgimento di attività ambulatoriale in una delle branche di riferimento.

Queste strutture devono comunicare alla competente Direzione Regionale dell'Assessorato alla Sanità e, per conoscenza, a Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio e alla Direzione generale dell'ASL competente territorialmente, l'inizio dell'attività, specificando i PAC erogabili con le relative modalità organizzative.

Le strutture ospedaliere che già effettuano attività di ricovero ma che non siano provvisoriamente autorizzate ed accreditate per le attività ambulatoriali nelle discipline di riferimento, possono richiedere l'autorizzazione alla Direzione regionale dell'Assessorato alla Sanità.

Entro 90 giorni dall'emanazione del presente Decreto, con successivo atto, verranno definiti i criteri relativi all'estensione dell'erogazione dei PAC in strutture ambulatoriali extraospedaliere, compresi i PTP, sulla base delle indicazioni fornite da Laziosanità- ASP in coerenza con le disposizioni della LR 4/03 e relativi provvedimenti attuativi.

4. ESENZIONI

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), ad esclusione dei 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 al costo è consentito esclusivamente ai cittadini affetti da malattie rare (DM 18 maggio 2001, n. 279), 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.

Si ribadisce che le prestazioni inserite all'interno dell'elenco per ciascun PAC, ma non presenti nel nomenclatore-tariffario vigente, si intendono erogabili esclusivamente all'interno dei relativi PAC con le relative tariffe.

5. ITER PER L'INTRODUZIONE DI NUOVI PAC

Le proposte di nuovi PAC erogabili in Day Service possono essere effettuate dai seguenti soggetti:

- Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica
- ASL
- Aziende Ospedaliere
- Policlinici Universitari
- IRCCS
- Ospedali classificati
- Società Medico-scientifiche
- Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta: obbligatoriamente attraverso le proprie associazioni e società scientifiche
- Case di cura accreditate: obbligatoriamente attraverso l'ASL competente per territorio.

Le proposte di introduzione di nuovi PAC devono essere inoltrate alla Direzione Regionale competente e contenere i seguenti aspetti: razionale del PAC, tipologia di pazienti cui è rivolto, prestazioni che lo compongono (con riferimento al Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali), eventuale bibliografia di accompagnamento, stima della quota di ricoveri in day hospital medico trasferibili in Day Service.

Le proposte di nuovi PAC verranno periodicamente valutate da uno specifico Gruppo di Lavoro già Istituito presso Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica con Decisione n. 143 del 090/07/2004, che potrà avvalersi di competenze esterne specifiche per singola area specialistica.

I nuovi PAC, una volta effettuata la valutazione, verranno introdotti con apposito atto della Direzione Regionale competente.

Analogo iter deve essere seguito per l'aggiornamento e l'integrazione di PAC deliberati.

TABELLA 1 NUOVI PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI (PAC)

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, della tariffe e di eventuali ulteriori note di chiarimento.

Vengono introdotti i seguenti PAC:

- PAC PER LE PATOLOGIE CONGENITE DELL'APPARATO GASTRO-INTESTINALE
- PAC PER LE PATOLOGIE MALFORMATIVE CONGENITE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO
- PAC PER LA SELEZIONE DEL DONATORE DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE
- PAC PER LA STADIAZIONE E RISTADIAZIONE DI SINDROME LINFOPROLIFERATIVA
- PAC DIAGNOSTICO PER ADENOLINFOMEALIA SUPERFICIALE
- PAC DIAGNOSTICO PER DISTURBI EMORRAGICI E TROMBOCITOPENIE
- PAC DIAGNOSTICO PER L'ACCERTAMENTO DI IDONEITA' DEL PAZIENTE AL TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE
- PAC DIAGNOSTICO PER SOSPETTO DI SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE CRONICHE
- PAC DIAGNOSTICO PER TROMBOFILIA
- PAC PER IL FOLLOW-UP DEL BAMBINO AFFETTO DA DEFICIT DI GH ISOLATO O ASSOCIATO A DEFICIT DI ALTRE TROPINE IPOFISARIE (TSH, ACTH, PRL, FSH, LH)
- PAC DIAGNOSTICO PER I DISTURBI DELLA PUBERTA'
- PAC DIAGNOSTICO PER RITARDATA CRESCITA
- PAC PER LA DIAGNOSI ED IL FOLLOW-UP DELLE PATOLOGIE NEURO-OFTALMOLOGICHE
- PAC DIAGNOSTICO PER FLOGOSI UVEALI
- PAC DIAGNOSTICO PER LE PATOLOGIE VASCOLARI OCULARI
- PAC PER LA STADIAZIONE E LA RIVALUTAZIONE DI CARCINOMA DEL COLON RETTO
- PAC PER L'APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO DI SOSPETTA LESIONE NEOPLASTICA MAMMARIA
- PAC PER LA SINDROME VERTIGINOSA
- PAC PER LE IPOACUSIE
- PAC DIAGNOSTICO PER GLI ACUFENI
- PAC PER LA DIAGNOSI DELLE NEFROPATIE
- PAC PER NEFROLITIASI O PER COLICA RENALE
- PAC PER L'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
- PAC PER L'ACCERTAMENTO DI IDONEITA' AL TRAPIANTO RENALE
- PAC PER LO STUDIO DONATORE VIVENTE
- PAC DIAGNOSTICO PER L'OSTEOPOROSI

Tabella 1 - Allegato 1

PAC PER LE PATOLOGIE CONGENITE DELL'APPARATO GASTRO-INTESTINALE (P750/751)

Disciplina di riferimento

Chirurgia pediatrica

Razionale

Le patologie congenite dell'apparato gastrointestinale costituiscono una causa importante di ospedalizzazione dell'età pediatrica. Esse si associano a quadri clinici estremamente variabili e, talvolta, sono accompagnate da sequele funzionali già avanzate; pertanto necessitano di un inquadramento diagnostico precoce al fine di istituire un trattamento efficace, di tipo medico o chirurgico. Attraverso una rigorosa selezione dei pazienti con fondati elementi di sospetto clinico, il PAC consente di avviare una fase diagnostica-gestionale mirata al livello, finalizzata a ridurre al minimo i tempi ed il disagio dell'ospedalizzazione al bambino ed alla sua famiglia, garantendo la presa in carico ed evitando il ricorso a forme di ricovero inappropriate.

Tipologia di pazienti

Pazienti con segni e sintomi sospetti (come vomito abituale, costipazione cronica, dolore addominale ricorrente) per patologie congenite dell'apparato gastro-intestinale o già diagnosticati che richiedano una gestione complessa.

Composizione

Per configurarsi il PAC per le patologie congenite dell'apparato gastro-intestinale, 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 quella della branca OO - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	Tariffa
P750/751	Visita e gestione del 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
88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS	€ 43,38
88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	€ 43,38
87.82.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO	€ 37,44
87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato della prima via del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 radiogrammi)	€ 50,10
87.63	STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE	€ 45,45
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE	€ 51,65
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	€ 140,99
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 140,99
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 246,35
89.32	MANCIMETRIA ESOFAGEA	€ 67,14
42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 81,60
48.29.1	MANCIMETRIA ANO-RETTALE	€ 58,36
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 37,18
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	€ 71,01

AC

45.22	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stomia artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso	€ 61,97
87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA Incluso: esame diretto e tomografia della via biliari	€ 68,09
Anali cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.41.1	UREA (S/U/dU)	€ 1,70
90.16.3	CREATININA (S/U/dU/La)	€ 2,58
90.40.4	SODIO (S/U/dU/(Sg)Er)	€ 2,78
90.37.4	POTASSIO (S/U/dU/(Sg)Er)	€ 2,78
90.13.3	CLOFURO (S/U/dU)	€ 2,78
90.11.4	CALCIO TOTALE (S/U/dU)	€ 2,78
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.24.5	FOSFORO	€ 0,08
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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, 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 LE PATOLOGIE MALFORMATIVE CONGENITE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO (P752/753)

Disciplina di riferimento

Chirurgia pediatrica, Urologia pediatrica

Razionale

Le patologie congenite ostruttive o da reflusso del tratto urinario, le disfunzioni congenite del basso tratto urinario e le patologie della differenziazione sessuale costituiscono una causa frequente di ospedalizzazione chirurgica dell'età pediatrica. Esse richiedono livelli crescenti di assistenza per l'impegno e la complessità delle fasi diagnostiche e di quelle della sorveglianza clinica o post terapeutica, medica o chirurgica. Fornire pacchetti ambulatoriali complessi, differenziati per tipo di patologia da confermare o monitorizzare, può evitare il ricorso a forme di ricovero inappropriate.

Tipologia di pazienti

Pazienti con segni e sintomi sospetti per patologie malformative congenite dell'apparato genito-urinario (segni ecografici prenatali oppure quadri clinici tipici come infezioni urinarie, disuria, ambiguità dei genitali esterni) e/o già diagnostici che richiedano una gestione complessa.

Composizione

Per configurarsi il PAC per la patologia malformative congenite genito-urinarie 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 OD - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	Tariffa
P752/753	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita <small>escluso alla prima</small>	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica	€ 20,66
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
88.75.1	ECCOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome	€ 32,02
88.74.5	ECC(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI	€ 34,09
88.75.2	ECC(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vesica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con	€ 50,10
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	€ 53,71
87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Ureliodistografia ascendente e minzionale (6 radiogrammi)	€ 66,11
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto e nefropielotomografia	€ 89,35
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari,	€ 140,99
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto,	€ 140,99
88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e	€ 160,10
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie	€ 249,45
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 249,45
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	€ 246,35
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	€ 241,70
92.03.3	SCIINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso:	€ 112,33
89.22	CISTOMETROGRAFIA Cistomanometria	€ 55,78
89.24	UROFLUSSOMETRIA	€ 11,62
87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacroccelgea, esame	€ 17,30
57.32	CISTOSCOPIA (TRANSURETRALE) Escluso: Cistoureteroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), Cistoscopia	€ 45,45

57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	€ 56,81
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.44.1	UREA (S/P/U/d/U)	€ 1,70
90.16.3	CREATININA (S/U/d/U/La)	€ 2,56
90.40.4	SODIO (S/U/d/U/(Sg)Er)	€ 2,78
90.37.4	POTASSIO (S/U/d/U/(Sg)Er)	€ 2,78
90.13.3	CLORURO (S/U/d/U)	€ 2,78
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 200 bande)	€ 92,96
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA (URINOCOLTURA) Ricerca completa microrganismi e funghi patogeni. Inclusivo carta batteriologica	€ 6,47
90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)	€ 8,41

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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.

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 SIELEZIONE DEL DONATORE DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE (PV5902)

Disciplina di riferimento
Ematologia

Razionale

Lo screening del donatore di cellule staminali ematopoietiche (CSE) prevede una serie di valutazioni specialistiche, esami ematochimici ed indagini strumentali che hanno le seguenti finalità:

- accertare l'identità del donatore all'atto della donazione stessa;
- garantire l'integrità del donatore durante la procedura di donazione;
- garantire la sicurezza del prodotto finale che verrà infuso nel paziente onco-ematologico.

Tali esami vengono eseguiti solo dopo la selezione del donatore in base alle caratteristiche genetiche di incompatibilità del sistema HLA con il ricevente.

Gli esami di seguito elencati rispettano le normative vigenti in termini di donazione di CSE nonché risultano in linea con gli Standards Internazionali JACIE (Joint Accreditation Committee of ISCT - EBMT) che regolamentano la raccolta, la manipolazione ed il trapianto di CSE.

Il PAC rappresenta un percorso diagnostico completo programmato che offre la possibilità all'utente di eseguire presso una struttura ospedaliera un insieme di prestazioni, sotto il coordinamento del medico specialista referente. Attraverso il PAC possono essere assicurati tutti i procedimenti diagnostici necessari a valutare l'eleggibilità del donatore alla raccolta di CSE, evitando l'inappropriato ricovero in regime di day-hospital.

Tipologia di pazienti

Donatore familiare e non-familiare di CSE mediante procedura di aferesi oppure aspirato di midollo osseo.

Composizione

Per configurarsi il PAC per la selezione del donatore di CSE, dovranno essere erogate almeno 7 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 donatore e trapiantologiche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca OD - laboratorio analisi - possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	Tariffa
PV5902	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica	€ 20,66
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico	€ 20,66
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio (sella turcica, orbite) TC dell'	€ 133,76
87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale (mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari) in caso di ricostruzione	€ 142,03
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e	€ 20,66
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace (polmoni, aorta toracica,	€ 137,89
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace	€ 15,49
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON	€ 175,60
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 37,18
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE Fino a due superfici Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con	€ 18,59
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare Incluso:	€ 34,86
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI	€ 27,27
41.31	BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DEL MIDOLLO OSSEO	€ 34,86
Analisi cliniche		
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 13,69

91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,16
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) (S/U)	€ 2,88
90.05.1	ALBUMINA (S/U/dU)	€ 2,58
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	€ 5,22
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) (S)	€ 2,88
90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	€ 1,70
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.11.4	CALCIO TOTALE (S/U/dU)	€ 2,78
90.13.3	CLORURO (S/U/dU)	€ 2,78
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,55
90.16.3	CREATININA (S/U/dU/La)	€ 2,56
90.22.3	FERRITINA (P/(Sg)Er)	€ 19,11
90.22.4	FERRO (dU)	€ 5,32
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) (S/U)	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La)	€ 1,70
90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza) (U)	€ 3,66
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) (S/F)	€ 2,56
90.30.2	LIPASI (S)	€ 3,20
90.32.5	MAGNESIO TOTALE (S/U/dU/(Sg)Er)	€ 1,70
90.34.6	OMOCISTEINA	€ 20,00
90.37.4	POTASSIO (S/U/dU/(Sg)Er)	€ 2,78
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,65
90.40.4	SODIO (S/U/dU/(Sg)Er)	€ 2,78
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.44.1	UREA (S/P/U/dU)	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	€ 4,18
90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	€ 18,90
90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	€ 24,27
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs Indiretto)	€ 3,19
90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)	€ 35,84
90.57.5	ANTI-TROMBINA III FUNZIONALE	€ 2,79
90.58.2	AUTICANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs diretto)	€ 3,19
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)	€ 6,71
90.64.4	FENOTIPO Rh	€ 10,58
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) (S/U)	€ 13,53
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	€ 7,75
90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (1	€ 86,92
90.68.3	IgE TOTALI	€ 19,11
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	€ 29,70
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,84
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE (P)	€ 9,09
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 4,75
90.72.4	PROTEINA S LIBERA (P)	€ 9,81
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87

90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.81.3	TIFIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSI I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)	€ 149,26
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	€ 5,53
90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	€ 36,41
90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	€ 36,41
91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	€ 11,78
91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) (TPHA)	€ 5,78
91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	€ 5,32
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	€ 8,78
91.17.4	VIRUS EPATITE B (HBV) ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	€ 36,15
91.17.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBcAg	€ 19,11
91.18.2	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.18.3	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.18.4	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg	€ 19,11
91.18.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.19.3	VIRUS EPATITE C (HCV) ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	€ 63,01
91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI	€ 19,11
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR (EBV) ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	€ 13,48
91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR (EBV) ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)	€ 12,45
91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV) ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	€ 63,01
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI	€ 8,78
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	€ 120,08
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	€ 158,55
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi	€ 127,56
91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	€ 40,54
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	€ 45,45
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP test)	€ 5,17
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osseo midollare	€ 79,64

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

In accordo a quanto stabilito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10 luglio 2003 (Repertorio Atti n. 1770 del 10 luglio 2003; pubblicata sulla G.U. 30 settembre 2003, n. 227), sono accreditate ed autorizzate dalla Regione, quali Centri di Trapianto Regionale di Midollo Osseo, le strutture ospedaliere integrate nel GITMO (Gruppo Italiano Trapianto Midollo Osseo), organizzazione di riferimento della Commissione Nazionale e collegata all'EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation).

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 il Codice 09.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 4 volte.

I codici 91.29.3, 91.29.4, 91.29.5, 91.30.1 si riferiscono a tecniche per l'identificazione delle diverse mutazioni molecolari (Fattore V 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 STADIAZIONE E RISTADIAZIONE DI SINDROME LINFOPROLIFERATIVA (P200)

Disciplina di riferimento

Ematologia, Oncologia

Razionale

La valutazione della diagnosi e la rivalutazione nel follow-up dello stato di malattia di un paziente affetto da sindrome linfoproliferativa, è spesso causa di ricovero ordinario ed in regime di DH. Il PAC rappresenta una modalità appropriata per quanto riguarda la tempestività dell'esecuzione degli accertamenti diagnostici e il razionale utilizzo delle risorse; Inoltre permette, in tempi rapidi, di valutare l'opportunità di iniziare, interrompere o proseguire un programma terapeutico.

Tipologia di pazienti

Pazienti con diagnosi di sindrome linfoproliferativa accertata che debbano eseguire una valutazione completa dello stato di malattia sia alla diagnosi, per determinare lo stadio ed i fattori di prognosi, sia nel follow-up, dopo effettuazione o meno di chemioterapia.

Composizione

Per configurarsi il PAC per la stadiazione e ristadiazione della sindrome linfoproliferativa 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.

codice	prestazione	Tariffa
P200	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita	€ 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
40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari o	€ 41,83
41.31	BIOPSIA [AGBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	€ 34,86
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di	€ 71,01
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso: Colonoscopia transaddominale o attraverso stomia artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale	€ 61,97
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali specifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonoscopia con biopsia Escluso:	€ 87,28
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	€ 133,76
87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [massellare, seni paranasali, etmoidi, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	€ 142,03
87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 133,76
87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scelo-Tc	€ 83,15
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 86,25
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON	€ 175,60
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace	€ 15,49
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari,	€ 28,41
88.72.3	ECCOCOLORDOPPLERGRAFIA 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
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Uteri, vescica e pelvi maschili o femminili Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	€ 32,02
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo disretto vascolare	€ 330,02
88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo-mandibolari] Incluso:	€ 249,45
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62

Analisi cliniche		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	€ 2,58
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)	€ 8,42
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	€ 9,30
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,65
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 20,86
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 3,72
90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO	€ 10,80
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	€ 13,53
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,84
90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA	€ 3,41
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	€ 17,09
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
91.17.1	VIRUS EPATITE A (HAV) ANTICORPI	€ 19,11
91.17.2	VIRUS EPATITE A (HAV) ANTICORPI IgM	€ 19,11
91.17.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBcAg	€ 19,11
91.18.1	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBcAg IgM	€ 19,11
91.18.2	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.18.3	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.18.4	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBcAg	€ 19,11
91.18.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.19.2	VIRUS EPATITE B (HBV) DNA-POLIMERASI	€ 23,34
91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI	€ 19,11
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI	€ 8,78
91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agioblastosi linfonodale	€ 46,48
91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agioblastosi linfonodale (Sedi	€ 79,64
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osseo midollare	€ 79,64
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	€ 0,52

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per la disciplina di riferimento del PAC

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 il Codice 69.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 2 volte.

Eventuali ulteriori accertamenti, incluse le analisi di Biologia molecolare effettuate da strutture di riferimento regionale (codici 91.29.3, 91.31.3, 91.33.5, 91.36.1, 91.36.5, 91.37.3), possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio territoriale.

PAC DIAGNOSTICO PER ADENOLINFOMEGLIA SUPERFICIALE (P7856)

Disciplina di riferimento

Ematologia, Oncologia, Medicina generale, Malattie infettive

Razionale

La valutazione diagnostica delle adenolinfomeglie superficiali 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 e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con linfadenomeglia superficiale di natura non determinata

Composizione

Per configurarsi il PAC per linfadenomeglia superficiale 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.

codice	prestazione	Tariffa
P7856	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.28), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo	€ 28,41
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO (*)	€ 28,41
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminili Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.75.1)	€ 32,02
88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vesica e pelvi maschili o femminili, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetro doppler	€ 50,10
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
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, fegato, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 140,99
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 140,99
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 137,89
87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 133,76
40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o	€ 41,83
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	€ 59,29
41.31	BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DEL MIDOLLO OSSEO	€ 34,88
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace	€ 15,49

Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 20,86
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 3,72
90.74.5	RETICULOCITI (Conteggio) [(Sg)]	€ 1,28

90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) (S/F)	€ 2,56
90.16.3	CREATININA (S/U/dU/La)	€ 2,56
90.43.5	URATO (S/U/dU)	€ 1,70
90.44.1	UREA (S/P/U/dU)	€ 1,70
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) (S)	€ 2,88
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) (S/U)	€ 2,88
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) (S/U)	€ 2,56
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.22.3	FERRITINA (P/(Sg)Er)	€ 19,11
90.22.5	FERRO (S)	€ 2,56
90.11.4	CALCIO TOTALE (S/U/dU)	€ 2,78
90.40.4	SODIO (S/U/dU/(Sg)Er)	€ 2,78
90.37.4	POTASSIO (S/U/dU/(Sg)Er)	€ 2,78
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S) incluso: Dosaggio Proteino totali	€ 5,96
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	€ 5,53
91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)	€ 8,62
91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun)	€ 1,88
90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	€ 36,41
90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	€ 36,41
91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione preliminare a caldo)	€ 37,49
91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)	€ 58,81
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
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	€ 7,75
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI	€ 8,78
91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Agobiopsia linfonodale	€ 46,48
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Biopsia osteo midollare	€ 79,64
90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	€ 17,09

Struttura autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffe

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 il Codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 3 volte.

(*) La prestazione con codice 88.79.1 è comprensiva della valutazione dello stato linfonodale distrettuale (es. regione sovraclavicolare, cavo ascellare, regione inguinale).

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

PAC DIAGNOSTICO PER DISTURBI EMORRAGICI E TROMBOCITOPENIE (P287)

Disciplina di riferimento

Ematologia, Medicina generale, Oncologia

Razionale

La valutazione diagnostica per anamnesi di emorragie frequenti 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 e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con anamnesi di emorragie recidivanti e/o per presenza di lesioni cutanee di tipo emorragico, o per alterazioni della coagulazione e/o trombocitopenia.

Composizione

Per configurarsi il PAC per disturbi emorragici e trombocitopenia 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.

codice	prestazione	Tariffa
P287	Visita e gestione del 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
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico	€ 20,66
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	€ 20,66
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace (Teleradiografia, Teleradiografia 2 proiezioni)	€ 15,49
41.31	BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DEL MIDOLLO OSSEO	€ 34,86
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per i nodi della tiroide paratiroide	€ 28,41
88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio	€ 14,98
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV., F. L.	€ 3,31
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 20,86
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 3,72
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SAU]	€ 2,88
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [SIU]	€ 2,56
90.16.3	CREATININA [SIU/dL o U/L]	€ 2,56
90.44.1	UREA [SIU/UrU]	€ 1,70
90.43.5	URATO [SIU/UrU]	€ 1,70
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56

90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno)	€ 14,31
90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA	€ 23,96
90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	€ 3,98
90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	€ 11,41
90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	€ 1,60
90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 8,52
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	€ 2,79
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.23.2	FOLATO [S](Sg)Er]	€ 19,11
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	€ 19,11
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 19,11
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 19,11
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	€ 19,11
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	€ 19,11
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,68
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,32
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 11,88
90.64.2	FATTORI REUMATOIDE	€ 2,14
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 8,78
90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE	€ 42,81
90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	€ 88,21
90.76.5	TEST DI HAM	€ 4,80
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.19.6	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 19,11
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	€ 3,19
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	€ 3,19
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 4,65
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]	€ 1,58
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	€ 13,48
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Biopsia osseo midollare	€ 79,64
90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	€ 2,79

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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.

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

PAC DIAGNOSTICO PER L'ACCERTAMENTO DI IDONEITÀ DEL PAZIENTE AL TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE (PV106/107)

Disciplina di riferimento
Ematologia

Razionale

Lo screening del paziente candidato al trapianto di cellule staminali ematopoietiche (CSE) autologhe da donatore prevede una serie di valutazioni specialistiche, esami ematochimici ed indagini strumentali che hanno le seguenti finalità:

- accertare l'idoneità clinica del paziente alla procedura trapiantologica;
- valutare lo stato della malattia di base al momento del trapianto di CSE.

In caso di trapianto allogenico: verificare la compatibilità finale della coppia donatore-ricevente in base alle caratteristiche genetiche di isocompatibilità del sistema HLA. Gli esami di seguito elencati rispettano le normative vigenti in termini di trapianto di CSE nonché risultano in linea con gli Standards Internazionali JACIE (Joint Accreditation Committee of ISCT- EBMT) che regolamentano il trapianto stesso. Il PAC rappresenta un percorso diagnostico completo e programmato, che offre la possibilità al paziente di eseguire un insieme complesso di prestazioni, sotto il coordinamento del medico specialista referente. Attraverso il PAC possono essere assicurati tutti i procedimenti diagnostici necessari a valutare l'idoneità del paziente al trapianto di CSE, evitando l'inappropriato ricovero in regime di day hospital.

Tipologia di pazienti

Pazienti affetti da patologie ematologiche, onco-ematologiche, oncologiche o del sistema immunitario in fase di malattia con indicazione al trapianto.

Composizione

Per configurarsi il PAC, devono essere erogate almeno 7 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 dallo specialista referente sulla base delle necessità cliniche trapiantologiche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca OD - laboratorio analisi - possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	Tariffa
PV106/107	Visita e gestione del 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
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico	€ 20,66
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turca, orbite] TC dell'encefalo	€ 133,78
87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [massellare, seni paranasali, etmoidei, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	€ 142,03
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (ODI)	€ 20,66
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 137,89
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Telereciproca, Telecervicale (2 proiezioni)]	€ 15,49
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 175,60
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 37,18
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE Fino a due superfici Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	€ 18,59
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	€ 34,86
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI	€ 27,27
41.31	BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DEL MIDOLLO OSSEO	€ 34,86

AC

Analisi cliniche		
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,18
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) (SU)	€ 2,88
90.05.1	ALBUMINA (SU/ML)	€ 2,58
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	€ 5,22
90.00.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) (S)	€ 2,88
90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	€ 1,70
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.11.4	CALCIO TOTALE (SU/ML)	€ 2,78
90.13.3	CLORURO (SU/ML)	€ 2,78
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,56
90.16.3	CREATININA (SU/ML/L)	€ 2,56
90.22.3	FERRITINA (P/Sg)Er	€ 19,11
90.22.4	FERRO (ML)	€ 5,32
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) (SU)	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO (S/P/ML/L)	€ 1,70
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) (S/F)	€ 2,58
90.30.2	LIPASI (S)	€ 3,20
90.32.5	MAGNESIO TOTALE (SU/ML)(Sg)Er	€ 1,70
90.34.6	OMOCISTEINA	€ 20,00
90.37.4	POTASSIO (SU/ML)(Sg)Er	€ 2,78
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,65
90.40.4	SODIO (SU/ML)(Sg)Er	€ 2,78
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.44.1	UREA (S/P/ML/L)	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	€ 4,18
90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	€ 18,90
90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	€ 24,27
90.40.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs Indiretto)	€ 3,19
90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)	€ 35,84
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	€ 2,79
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs diretto)	€ 3,19
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GS, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)	€ 6,71
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citogenetiche)	€ 20,86
90.64.4	FENOTIPO RH	€ 10,53
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) (SU)	€ 13,53

90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	€ 7,75
90.68.3	IgE TOTALI	€ 19,11
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	€ 29,70
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,84
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGEME [P]	€ 9,09
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 4,75
90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	€ 9,81
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE	€ 213,35
90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)	€ 149,28
90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	€ 17,09
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti natogeni	€ 6,47
91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	€ 11,78
91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emocaguln. passiva) [TPHA]	€ 5,78
91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	€ 5,32
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	€ 8,78
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	€ 38,15
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	€ 19,11
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	€ 19,11
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	€ 19,11
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	€ 63,01
91.19.6	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 19,11
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	€ 13,48
91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)	€ 12,45
91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione	€ 63,01
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 8,78
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	€ 5,53
90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	€ 36,41
90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	€ 36,41
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	€ 120,08
91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde	€ 120,08
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	€ 158,55
91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	€ 40,54
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, cultura	€ 45,45
90.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 13,69
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP test)	€ 5,17
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osseo midollare	€ 79,64

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

In accordo a quanto stabilito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10 luglio 2003 (Repertorio Atti n. 1770 del 10 luglio 2003; pubblicata sulla G.U. 30 settembre 2003, n. 227), sono accreditate ed autorizzate dalla Regione, quali Centri di Trapianto Regionale di Midollo Osseo, le strutture ospedaliere integrate nel GITMO (Gruppo Italiano Trapianto Midollo Osseo), organizzazione di riferimento della Commissione Nazionale e collegata all'EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation).

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 il Codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 3 volte.

I codici 91.29.3, 91.29.4, 91.29.5, 91.30.1 si riferiscono a tecniche per l'identificazione delle diverse mutazioni molecolari (Fallore V Lelden, 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, incluse le analisi di Biologia molecolare effettuate da strutture di riferimento regionale (codici 90.67.4, 91.30.2, 91.31.3, 91.32.3, 91.33.5), devono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

PAC DIAGNOSTICO PER SOSPETTO DI SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE CRONICHE (P2387)

Disciplina di riferimento

Ematologia, Oncologia

Razionale

La valutazione diagnostica di una SMPC è spesso causa di ricovero ospedaliero 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 e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sospetto di sindromi mieloproliferative croniche (trombocitosi, eritrocitosi, leucocitosi).

Composizione

Per configurarsi il PAC per il sospetto di sindromi mieloproliferative croniche (SMPC) 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 della 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
P2387	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	€ 12,01
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.28), visita oculistica (95.02)	€ 20,86
88.73.5	ECO(DOPPLER) DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminili Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 32,02
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
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 37,18
41.31	BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DEL MIDOLLO OSSEO	€ 34,88
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli organi del sistema visivo	€ 20,66
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace (Teleradiografia, Tofacografia, Teleradiografia)	€ 15,49
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace (polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino)	€ 137,89
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, fegato, colecisti, addominali, reni e surreni	€ 140,99
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 140,99
Analisi cliniche		
91.49.2	PREL. EVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.82.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.83.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 3,72
90.83.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 20,86
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 13,69
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	€ 19,11
90.23.2	FOLATO [S(Sg)Er]	€ 19,11
90.18.5	ERITROPOIETINA	€ 17,66

AS

90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.44.1	UREA [S/P/U/BU]	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.16.3	CREATININA [S/U/ULa]	€ 2,56
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 19,11
90.22.5	FERRO [S]	€ 2,56
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 5,16
90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	€ 1,60
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.85.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88
90.43.5	URATO [S/U/UL]	€ 1,70
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.68.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)	€ 14,36
90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	€ 17,09
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 13,69
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Biopsia osseo midollare	€ 79,64

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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 il Codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 2 volte.

Eventuali ulteriori accertamenti, incluso le analisi di Biologia molecolare e/o citogenetica effettuate da strutture di riferimento regionale (codici 91.12.1, 91.29.3, 91.29.6, 91.31.3, 91.32.3, 91.36.1, 91.36.5, 91.37.3, 91.37.4, 91.37.5, 91.37.8) devono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.



PAC DIAGNOSTICO PER TROMBOFILIA (PV1251)

Disciplina di riferimento
Ematologia, Medicina generale, Angiologia

Razionale

La valutazione diagnostica su sospetto clinico di trombofilia o trombosi recidivanti 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 e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Paziente con sospetto clinico di trombofilia, di trombosi o con storia di trombosi recidivanti.

Composizione

Per configurarsi il PAC per Trombofilia 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.

codice	prestazione	Tariffa
PV1251	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita	€ 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
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico	€ 20,66
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	€ 20,66
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Telerradiografia, Telecurore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE Monolaterale	€ 246,35
88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale	€ 246,35
88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale	€ 286,08
88.77.2	ECC(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 137,89
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	€ 246,35
88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 246,35
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 23,24
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turca, orbite] TC dell'encefalo	€ 133,76
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 246,35
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 140,99
92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	€ 66,48
92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	€ 198,63
88.42.1	AORTOGRAFIA Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico	€ 283,28
88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell' aorta addominale	€ 283,28
88.72.3	ECCOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
88.72.4	ECC(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea	€ 77,47
88.73.5	ECC(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o	€ 43,90
Analisi cliniche		

11

89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 13,69
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	€ 3,72
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	€ 19,11
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	€ 19,11
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,58
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 sonda radiomarcata	€ 120,08
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	€ 158,55
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	€ 45,45
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,58
90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	€ 1,60
90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 8,52
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 4,65
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.34.6	OMOCISTEINA	€ 20,00
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 9,09
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	€ 2,79
90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	€ 9,81
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	€ 9,04
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,88
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	€ 9,81
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	€ 9,09
90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	€ 2,79

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per la discipline di riferimento del PAC

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 il Codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 2 volte.

AK

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 IL FOLLOW-UP DEL BAMBINO AFFETTO DA DEFICIT DI GH ISOLATO O ASSOCIATO A DEFICIT DI ALTRE TROPINE IPOFISARIE (TSH, ACTH, PRL, FSH, LH) (P233)

Disciplina di riferimento

Pediatria, Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione

Razionale

I pazienti affetti da deficit isolato di GH o associato ad altre tropine ipofisarie, per il rischio di sviluppare complicazioni, necessitano di follow-up clinico. La valutazione del follow-up del bambino affetto da deficit isolato di GH o multiplo è causa di ricovero ospedaliero (regime ordinario o di day hospital) spesso non appropriato. Il PAC relativo al follow-up rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato. Inoltre il PAC per il follow-up permette la gestione del paziente sempre da parte dello stesso specialista con consequenzialità assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti in terapia con ormone della crescita da solo o associato ad altri ormoni. Tale follow-up permette di monitorare le modificazioni cliniche e biochimiche legate alla patologia di base, all'accrescimento, alle patologie intercorrenti ed alle eventuali terapie a cui il bambino è sottoposto.

Composizione

Per configurarsi il PAC in follow-up per i pazienti in trattamento con ormone della crescita, in relazione allo stato clinico del paziente e alla sua patologia, 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.

codice	prestazione	Tariffa
P253	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	€ 12,91
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.7	VISITA GENERALE visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita	€ 20,66
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA (1 proiezione) polso-mano	€ 12,14
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	€ 51,65
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	€ 30,99
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
Analisi cliniche		
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	€ 19,11
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/du]	€ 2,78
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	€ 19,11
90.15.3	CORTISOLO [SAU]	€ 19,11
90.16.3	CREATININA [SAU/dU/La]	€ 2,56
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	€ 19,11
90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [SAU]	€ 19,11
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	€ 19,11
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico B determinazioni)	€ 5,96
90.27.1	GLUCOSIO [S/PAU/dU/La]	€ 1,70
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 10,59
90.29.1	INSULINA [S]	€ 19,11
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	€ 19,11
90.35.1	IGF-I (somatomedina C) assimilato a ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	€ 19,01
90.41.3	TESTOSTERONE [PAU]	€ 19,11
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 19,11
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 19,11
90.44.1	UREA [S/PAU/du]	€ 1,70
90.82.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMATIE (VES)	€ 1,28
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffa

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

Nota

La prestazione con il Codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 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 DIAGNOSTICO PER I DISTURBI DELLA PUBERTÀ (P259)

Disciplina di riferimento

Pediatria, Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione

Razionale

La valutazione diagnostica dei disturbi della pubertà 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 e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

La pubertà è ritardata quando non compaiono segni di sviluppo sessuale entro i 13.4 anni nella femmina (sviluppo mammario) e 14 anni nei maschi (mancato aumento del volume testicolare), cioè oltre le 2 DS rispetto all'età media di insorgenza della pubertà per la popolazione generale. La pubertà è precoce quando compaiono segni puberali, prima degli 8 anni di età nella bambina e prima dei 9 anni di età nel bambino, in cui si osserva anche l'accelerazione della velocità di crescita e della maturazione ossea (età ossea > 2DS rispetto all'età cronologica).

Composizione

Per configurarsi il PAC diagnostico dei disturbi della pubertà devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sottoindicate (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
P259	Visita e gestione del 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
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA (1 proiezione) polso-mano	€ 12,14
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	€ 30,99
Analisi cliniche		
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	€ 19,11
90.11.4	CALCIO TOTALE (S/U/dU)	€ 2,78
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) (P)	€ 19,11
90.15.3	CORTISOLO (S/U)	€ 19,11
90.16.3	CREATININA (S/U/dU/La)	€ 2,56
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	€ 19,11
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	€ 19,11
90.19.2	ESTRADIOLO (E2) (S/U)	€ 19,11
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) (S/U)	€ 19,11
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/dU/La)	€ 1,70
90.29.1	INSULINA (S)	€ 19,11
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) (S/U)	€ 19,11
90.35.1	IGF-I (somatomedina C) assimilato a ORMONE SOMATOTROPO (GH) (P/U)	€ 19,01
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.41.3	TESTOSTERONE (P/U)	€ 19,11
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 19,11
90.43.3	TRIODIOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 19,11
90.44.1	UREA (S/P/U/dU)	€ 1,70
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA) (*)	€ 11,41
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	€ 19,11
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	€ 19,11

90.82.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.	€ 3,31
90.89.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,84
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 4,75
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle	€ 92,98
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC.

Tariffe

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 il Codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 2 volte.

(*) La determinazione degli anticorpi antitransglutaminasi ed antienfdomisio non è attualmente prevista nel Nomenclatore Tariffario Regionale. Pertanto qualora fosse effettuata può essere indicata utilizzando il Codice 90.49.5 "ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)" che, quindi, può essere utilizzato al massimo per 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 DIAGNOSTICO PER RITARDATA CRESCITA (P7834)

Disciplina di riferimento

Pediatria, Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione

Razionale

La valutazione diagnostica dei disturbi della crescita 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 o la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con statura al 3° centile o velocità di crescita/anno \leq 25° centile rispetto alla norma per età e sesso, oppure pazienti con statura al di sotto della statura bersaglio dei genitori.

Composizione

Per configurarsi il PAC 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
P7834	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 13,63
88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA (1 proiezione) polso-mano	€ 12,14
Analisi cliniche		
90.11.4	CALCIO TOTALE [SAU/dU]	€ 2,78
90.16.3	CREATININA [SIU/dU/La]	€ 2,56
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.27.1	GLUCOSIO [SIPIU/dU/La]	€ 1,70
90.35.1	IGF-I (somatomedina C) assimilato a ORMONE SOMATOTROPO (GH) [PIU]	€ 19,01
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 19,11
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 19,11
90.44.1	UREA [SIPIU/dU]	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA) (*)	€ 11,41
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	€ 19,11
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	€ 19,11
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,84
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle	€ 92,96
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffe

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 il Codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 3 volte.

(*) La determinazione degli anticorpi antitrasglutaminasi ed antilemmisio non è attualmente prevista nel Nomenclatore Tariffario Regionale. Pertanto qualora fosse effettuata può essere indicata utilizzando il Codice 90.49.5 "ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)" che, quindi, può essere utilizzato al massimo per 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 LA DIAGNOSI ED IL FOLLOW UP DELLE PATOLOGIE NEURO-OFTALMOLOGICHE (P377)

Disciplina di riferimento

Occhistica, Neurologia, Neurochirurgia

Razionale

Le neuropatie ottiche sono spesso causa di ricovero ospedaliero non appropriato, mentre possono essere gestite in modo idoneo ed efficace attraverso un adeguato percorso diagnostico-assistenziale di tipo ambulatoriale.

Tipologia di pazienti

Pazienti affetti da neuropatie ottiche (infiammatorie, tossico-metaboliche, infettive, secondarie a patologie endocrine), deficit campimetrici attribuibili a lesioni lungo le vie ottiche, diplopia acuta, paralisi dei nervi oculomotori, ptosi, anisocoria o altre anomalie della chiasma papillare.

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 OD - laboratorio analisi - possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	Tariffa
P377	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita	€ 20,88
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,88
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del	€ 133,76
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO	€ 330,02
88.91.2	ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	
	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 246,35
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	€ 7,75
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti	€ 20,88
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica	€ 16,78
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad	€ 23,24
Analisi cliniche		
	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SAU]	€ 2,88
	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
	CREATININA [SAU/dU/La]	€ 2,56
	GLUCOSIO [S/PU/dU/La]	€ 1,70
	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
	URIA [S/PU/dU]	€ 1,70
	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 11,88
	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,66
	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	€ 6,61
	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
	FATTORE REUMATOIDE	€ 2,14
	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	€ 7,65
	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,84
	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 4,75
	REAZIONE DI WAALER ROSE	€ 2,14
	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O (T.A.S.)	€ 3,18
	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	€ 3,36
	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI	€ 19,11
	VIRUS EPSTEIN BARR (EBV) ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	€ 13,48
	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	€ 7,75
	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI	€ 8,78
	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffa

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

Note

Il codice 09.7 può essere utilizzato al massimo per 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 DIAGNOSTICO PER FLOGOSI UVEALI (P363)

Disciplina di riferimento

Oculistica

Razionale

Le patologie flogistiche dell'uvea (uveiti generali o "anteriori e posteriori") necessitano di una valutazione multidisciplinare per l'inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale. Il PAC rappresenta una modalità per effettuare prestazioni appropriate che necessitano della stretta collaborazione tra lo specialista oculista e il medico internista, considerando che tali patologie oculari sono molto spesso espressioni di malattie sistemiche.

Tipologia di pazienti

Pazienti con quadro di cherato-endotelite, iridociclite, pars planite, vitreite, retinite, coroidite, coriorretinite.

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 - possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	Tariffa
P363	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.28), visita oculistica (95.02)	€ 20,86
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	€ 12,91
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,82
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli	€ 20,86
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	€ 46,48
Analisi cliniche		
90.04.5	ALAMINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) (SU)	€ 2,88
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) (S)	€ 2,88
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,55
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) (SU)	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) (S/F)	€ 2,56
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 4,65
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,32
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 11,41
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 11,88
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,45
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,44
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,66
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	€ 6,61
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 2,14
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.68.3	IgE TOTALI	€ 19,11
90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	€ 7,85
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,84
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 4,75

90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	€ 2,14
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 3,18
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	€ 3,36
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 19,11
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	€ 7,75
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 8,78
91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52

Struttura autorizzata all'erogazione previa comunicazione

Le struttura ospedaliera accreditata per le discipline di riferimento del PAC

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.

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

PAC DIAGNOSTICO PER LE PATOLOGIE VASCOLARI OCULARI (P362)

Disciplina di riferimento

Oculistica, Medicina generale, Geriatria

Razionale

Le patologie vascolari oculari costituiscono un gruppo di malattie di importante rilevanza sociale, per i gravi danni visivi che ne possono derivare, e di grande interesse scientifico. Necessitano pertanto di una valutazione multidisciplinare per il loro inquadramento globale e per una corretta definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti, gestibili ambulatorialmente, con patologie vascolari oculari (occlusione venosa o arteriosa retinica centrale o parcellare), otopatie vascolari e retinopatie vascolari.

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 - possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	Tariffa
P362	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	€ 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
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 81,97
88.72.4	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea	€ 77,47
88.73.5	ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o	€ 43,90
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/dinamica	€ 16,78
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli	€ 20,66
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	€ 46,48
Analisi cliniche		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88
90.34.6	OMOCISTEINA	€ 20,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 4,65
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 11,41
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 11,88
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,66
90.57.5	ANTI-TROMBINA III FUNZIONALE	€ 2,79



90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	€ 8,61
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	€ 7,85
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	€ 9,09
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 9,09
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 4,75
90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	€ 9,81
90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	€ 9,81
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Ei]	€ 19,11
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	€ 19,11
90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 8,52
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	€ 120,08
91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde	€ 120,08
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	€ 159,55
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture	€ 45,45
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	€ 9,04
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione
Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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.

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 V 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 STADIAZIONE E LA RIVALUTAZIONE DI CARCINOMA DEL COLON RETTO (P154)

Disciplina di riferimento

Chirurgia Generale, Oncologia, Radioterapia, Medicina generale, Geriatria, Gastroenterologia.

Razionale

La frequenza della patologia oncologica ad origine dal colon-retto necessita di un PAC specifico mirato allo svolgimento dell'iter clinico più appropriato per la definizione dello stato di malattia ed atto a consentire il trattamento oncologico più appropriato. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire alle pazienti la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con patologia neoplastica del colon-retto che necessitano di un approfondimento diagnostico e di un indirizzo terapeutico.

Composizione

Per configurarsi il PAC di stadiazione e rivalutazione di carcinoma del Colon-retto 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
P154	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	€ 12,91
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale Visita medico nucleare pretrattamento Visita radioterapica pretrattamento	€ 20,66
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso: Colonoscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino	€ 61,97
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 37,18
45.25	BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DELL'INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonoscopia con biopsia Escluso:	€ 87,28
48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO Escluso: Sigmoidoscopia con	€ 25,05
48.24	BIOPSIA (ENDOSCOPICA) DEL RETTO Brushing o washing per raccolta di campione	€ 41,83
48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	€ 58,36
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 137,89
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia,	€ 15,49
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON	€ 175,60
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	€ 43,38
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
Analisi cliniche		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 19,11
90.22.5	FERFIO [S]	€ 2,56
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11



90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 5,16
90.44.1	UREA [S/P/U/KU]	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 19,11
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	€ 19,11
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,67
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
91.18.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI	€ 19,11
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	€ 46,48

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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 99.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 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 L'APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO DI "SOSPETTA LESIONE NEOPLASTICA MAMMARIA" (P2393)

Disciplina di riferimento

Oncologia, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Medicina generale, "Breast Unit"

Razionale

La presenza ad esami eco-mammografici di una lesione mammaria con forte sospetto di neoplasia necessita di tempestivi approfondimenti diagnostici. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa che consente di effettuare in tempi brevi ed in regime ambulatoriale le prestazioni minime essenziali richieste dal tipo di patologia garantendo, attraverso la presa in carico da parte di uno specialista, tempestività nella diagnosi e nell'impostazione terapeutica.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sospetta lesione neoplastica mammaria eco-mammografica che necessitano di un approfondimento diagnostico. Il PAC non può essere erogato alle pazienti residenti nella Regione Lazio, già incluse nei programmi di screening regionali, per le quali è già prevista la totale gratuità per lo svolgimento dell'intero percorso diagnostico.

Composizione

Per configurarsi il PAC di Approfondimento Diagnostico di Sospetta Lesione Neoplastica Mammaria 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 di analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	Tariffa
P2393	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	€ 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
85.11	BIOPSIA (PERCUTANEA)[AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	€ 24,79
85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella	€ 37,18
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Eco-guidata	€ 37,18
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	€ 34,86
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)	€ 22,98
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, MAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia,	€ 15,49
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	€ 35,89
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale	€ 21,17
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
Analisi cliniche		
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV., F. L	€ 3,31
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas	€ 33,78
91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA	€ 46,48

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffa

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

Note

Complessivamente, all'interno del PAC, possono essere erogate al massimo 1 mammografia bilaterale ed al massimo 2 mammografie monolaterali.

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 SINDROME VERTIGINOSA (P386)

Disciplina di riferimento

Otorinolaringoiatria

Razionale

La valutazione diagnostica delle sindromi vertiginose è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) che risulta appropriato soltanto se si tratta di vertigine in fase acuta che costringe il paziente a letto; tuttavia la presenza di vertigini riduce sensibilmente la qualità della vita del paziente. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni 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.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sindrome vertiginosa, persistente o ricorrente, non invalidante e non in fase acuta.

Composizione

Per configurarsi il PAC di sindrome vertiginosa 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
P386	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	€ 12,91
31.42	OTOMICROSCOPIA assimilata a LARINGOSCOPIA	€ 27,11
96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO Irrigazione con rimozione di cerume	€ 7,75
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 23,24
89.15.8	POTENZIALI EVOCATI Uditivi Per ricerca di soglie	€ 41,83
89.15.9	POTENZIALI EVOCATI Uditivi Da stimolo elettrico	€ 92,96
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,76
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	€ 9,76
95.42	IMPEDENZOMETRIA	€ 8,68
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Esame clinico con prove caloriche	€ 16,27
95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Test posizionali o rilievo segni	€ 16,27
95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	€ 25,98
95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	€ 18,23
93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO	€ 8,01
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento	€ 32,54
95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Prove audiometriche	€ 16,27
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,82
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o	€ 43,90
87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi], base cranica e angolo ponto cerebellare]	€ 83,15
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 330,02
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 246,35
87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna	€ 18,08
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli	€ 20,88
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,28
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86

90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.16.3	CREATININA [SAU/kiU/La]	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.82.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 2,78
90.37.4	POTASSIO [SAU/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 19,11
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 19,11
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 19,11
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,88
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,44
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,32
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
90.48.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 4,65
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 11,88
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 4,75

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffe

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 due volte.

(*) In caso di esecuzione dello studio radiologico della colonna cervicale in quattro proiezioni, è possibile utilizzare il codice 87.22 al massimo due 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 LE IPOACUSIE (P389)

Disciplina di riferimento
Otorinolaringoiatria

Razionale

La valutazione diagnostica delle ipoacusie di diversa natura (neurosensoriali, improvvise, trasmissive, miste) - frequentemente determinanti un grave disturbo di relazione - 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 al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con ipoacusia ingravescente, ad insorgenza acuta, gestibili ambulatorialmente

Composizione

Per configurarsi il "PAC per le ipoacusie" 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	costo
P389	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 (89.28), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
31.42	OTO-MICROSCOPIA assimilata a laringoscopia e altra tracheoscopia	€ 27,11
87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio (orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto	€ 133,76
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	€ 43,9
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 23,24
89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Per ricerca di soglia	€ 41,83
89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Da stimolo elettrico	€ 92,96
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	€ 18,23
95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	€ 25,06
96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO Irrigazione con rimozione di cerume	€ 7,75
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,76
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	€ 9,76
95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	€ 20,66
95.42	IMPEDENZOMETRIA	€ 8,66
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Esame clinico con prove caloriche	€ 16,27
95.44.1	STABILOMETRIA assimilato a test clinico della funzionalità vestibolare	€ 16,27
95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Test posizionali o rilievo segni	€ 16,27
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE Prova rotatorie, Prove pendolari a smorzamento	€ 32,54
95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Prove audiometriche	€ 16,27
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 330,02
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 248,35
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti	€ 20,66
20.0	MIRINGOTOMIA	€ 19,88
Analisi cliniche		
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40

90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 2,78
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.22.3	FERRITINA [P(Sg)Er]	€ 19,11
90.22.5	FERRO [S]	€ 2,68
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU(Sg)Er]	€ 2,78
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 19,11
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 5,16
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 19,11
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 4,85
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,44
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,66
90.82.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,32
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 11,88

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC.

Tariffe

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 DIAGNOSTICO PER GLI ACUFENI (P388)

Disciplina di riferimento

Otorinolaringoiatria

Razionale

La valutazione diagnostica degli acufeni è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. La presenza di acufeni altera sensibilmente la qualità di vita del paziente e induce sindromi depressive che, seppur in rari casi, possono anche indurre al suicidio. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni 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.

Tipologia di pazienti

Pazienti che presentano acufeni persistenti associati o meno ad altre patologie dell'orecchio

Composizione

Per configurarsi il "PAC diagnostico per gli acufeni" 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 OO - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	costo
P388	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
20.31	ELETTROCOLEOGRAFIA	€ 54,23
20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE SOAE, TEOAE, DPOAE	€ 9,04
88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 246,35
31.42	OTOMICROSCOPIA assimilata a laringoscopia e altra laringoscopia	€ 27,11
98.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO Irrigazione con rimozione di cerume	€ 7,75
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 23,24
89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Per ricerca di soglia	€ 41,83
89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Da stimolo elettrico	€ 92,96
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,76
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	€ 9,76
95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	€ 20,66
95.42	IMPEDENZOMETRIA	€ 8,68
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Esame clinico con prove caloriche	€ 16,27
95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Test posizionali o rilievo segni	€ 16,27
93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO	€ 8,01
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE Prova rotatorie, Prove pendolari a smorzamento	€ 32,54
95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Prove audiometriche	€ 16,27
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.72.3	ECCOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
88.73.5	ECCOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o	€ 43,90
87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoid], base cranica o angolo ponio	€ 133,78
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare	€ 330,02
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli	€ 20,66
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52



90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.82.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 2,78
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.22.5	FERRO [S]	€ 2,56
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 19,11
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 5,16
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 19,11
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 19,11
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,66
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,44
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,32
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 11,88
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 4,65

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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.

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 DELLE NEFROPATIE (P583)

Disciplina di riferimento

Nefrologia, Medicina generale, Pediatria, Nefrologia pediatrica

Razionale

La valutazione diagnostica delle Nefropatie (spesso esordienti con anomalie urinarie isolate) 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 con segni clinici di nefropatia di origine non accertata e/o riduzione della funzionalità renale che necessitano di un inquadramento diagnostico.

Composizione

Per configurarsi il "PAC per la diagnosi delle nefropatie" 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	costo
P583	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 (89.28), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace (polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, costole, mediastino)	€ 137,89
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace (Teleroadiografia, Telecuore) (2 proiezioni)	€ 15,49
87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	€ 19,37
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 175,60
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
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Uteri, vescica e pelvi maschili o femminili Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 32,02
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del	€ 20,66
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,76
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 7,75
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con	€ 56,81
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e	€ 71,01
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stomato artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso	€ 81,97
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)	€ 87,28
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.08.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	€ 7,59
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 2,78
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	€ 2,78
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,68
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,76
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98

90.27.1	GLUCOSIO [S/P/L/d/La]	€ 1,70
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 10,59
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	€ 9,30
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,70
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,65
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,98
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,65
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.43.5	URATO [S/U/dU]	€ 1,70
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,32
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 11,88
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs Indiretto]	€ 3,19
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)	€ 19,11
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,45
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,44
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,66
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	€ 19,11
90.60.2	COMPLEMENTO: C1q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	€ 6,81
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,76
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	€ 11,67
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HGT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 2,14
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	€ 28,70
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,84
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	€ 5,53
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 4,75
90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	€ 2,14
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,28
90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)	€ 6,35
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	€ 6,47
91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)	€ 8,62
91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyron)	€ 1,88
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 3,18
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	€ 19,11
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBcAg	€ 19,11
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.10.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 19,11
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 8,78
91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	€ 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



Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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.

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

PAC PER NEFROLITIASI O PER COLICA RENALE (P592)

Disciplina di riferimento

Nefrologia, Nefrologia pediatrica, Medicina generale, Urologia, Urologia pediatrica.

Razionale

In Italia, nel decennio 1983-1993, si è verificato un incremento del tasso di prevalenza della malattia dall'1,17 al 1,84 su 1000 abitanti. Le coliche renali hanno una incidenza annua di 16 episodi/10.000 abitanti, con una prevalenza intorno al 2-5%. La maggior parte dei pazienti dopo l'evento acuto, seppur seguiti in regime ambulatoriale, possono ripresentarsi al DEA, e questo aspetto può essere ricondotto alla mancanza di un percorso definito dopo la fase post-critica.

Tra le più temibili complicanze della colica renale non rara è l'insufficienza renale cronica. Il PAC rappresenta una valida misura organizzativa per la gestione del paziente garantendone la presa in carico, l'inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con calcolosi renale; pazienti con colica renale post-critica.

Composizione

Per configurarsi il "PAC per nefrolitiasi o per colica renale" 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 OD - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	costo
P592	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BRIEVI 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)	€ 20,68
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto e nefropleiotomografia	€ 89,35
87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	€ 19,37
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno,	€ 140,99
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 140,99
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
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminili Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 32,02
Analisi cliniche		
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	€ 18,59
90.02.2	ACIDO CITRICO	€ 4,13
90.11.4	CALCIO TOTALE (SUA/DU)	€ 2,78
90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)	€ 1,78
90.13.3	CLORURO (SUA/DU)	€ 2,78
90.15.3	CREATININA (SUA/DU/La)	€ 2,56
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,76
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (SUA/DU)	€ 2,78
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.32.5	MAGNESIO TOTALE (SUA/DU/(Sg)Er)	€ 1,70
90.35.3	OSSALATI (U)	€ 8,93
90.35.5	PARATORMONE (PTH) (S)	€ 19,11
90.37.4	POTASSIO (SUA/DU/(Sg)Er)	€ 2,78
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.38.5	PROTEINE (SUA/DU/La)	€ 1,88
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,85

90.40.4	SODIO (S/UR/UR)(Sg)Ea	€ 2,78
90.43.5	URATO (S/UR/UR)	€ 1,70
90.44.1	UREA (S/P/UR/UR)	€ 1,70
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HGT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.64.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività batterica C.M.B.)	€ 6,35
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA (URINOCOLTURA) Ricerca completa microrganismi e livelli patogeni. Incluso: conta batterica	€ 6,47
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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 99.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 2 volte.

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



PAC per l'insufficienza renale cronica (P585A)

Disciplina di riferimento

Nefrologia, Nefrologia pediatrica, Medicina generale, Pediatria

Razionale

L'insufficienza renale cronica si accompagna al coinvolgimento di vari organi ed apparati. La valutazione del declino della funzionalità renale ed il follow-up delle sue complicanze necessitano di una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni 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.

Tipologia di pazienti

Pazienti con insufficienza renale cronica che necessitano di un inquadramento diagnostico periodico.

Composizione

Per configurarsi il "PAC per insufficienza renale cronica" 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.

codice	prestazione	costo
P585A	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
95.42	IMPEDENZOMETRIA CORPOREA assimilata a "IMPEDENZOMETRIA"	€ 8,69
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace	€ 15,49
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.72.3	ECCOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
88.73.5	ECCOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o	€ 43,90
88.74.5	ECCOCOLORDOPPLER DEI RENI E DEI SUPRRENI	€ 34,00
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e	€ 43,90
88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI Aorta addominale, grossi vasi addominali e	€ 32,02
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO (24 Ore) DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 7,75
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Uteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 32,02
88.77.2	ECCOCOLORDOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,16
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	€ 13,69
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	€ 18,59
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.22.3	FERRITINA (P)(Sg)Er	€ 19,11
90.22.5	FERRO (S)	€ 2,56
90.42.5	TRANSFERRINA (S)	€ 5,16
90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) ((Sg))	€ 1,28
90.23.2	FOLATO (S)(Sg)Er	€ 19,11
90.13.5	CÖBALAMINA (VIT. B12) (S)	€ 19,11
90.27.1	GLUCOSIO (S)(P)(U)(L)a	€ 1,70
90.44.1	UREA (S)(P)(U)(U)	€ 1,70
90.16.3	CREATININA (S)(U)(U)(L)a	€ 2,66
90.43.5	URATO (S)(U)(U)	€ 1,70

Sc

90.40.4	SODIO [SIU/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.37.4	POTASSIO [SIU/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.13.3	CLORURO [SIU/dU]	€ 2,78
90.11.4	CALCIO TOTALE [SIU/dU]	€ 2,78
90.24.8	FOSFORO [SIU/dU]	€ 0,98
90.32.6	MAGNESIO TOTALE [SIU/dU/(Sg)Er]	€ 1,70
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	€ 19,11
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] incluso: Dosaggio Proteina totali	€ 5,96
90.38.5	PROTEINE [SIU/dU/La]	€ 1,88
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [SAU]	€ 10,79
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,87
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.34.6	OMOCISTEINA	€ 20,00
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,65
90.05.1	ALBUMINA [SIU/dU]	€ 2,58
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,65
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA (URINOCOLTURA) Ricerca completa microrganismi e livelli patogeni. incluso: conta batterica	€ 6,47
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 10,59
90.18.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,76
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SIU]	€ 2,88
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	€ 1,96
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [SIU]	€ 2,56
91.18.3	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.18.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI	€ 19,11
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI	€ 8,78

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

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 88.7 è ammessa al massimo per 4 volte.

La prestazione con codice 88.77.2 può essere utilizzata al massimo 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 L' ACCERTAMENTO DI IDONEITA' AL TRAPIANTO RENALE (P585B)

Disciplina di riferimento

Nefrologia, Nefrologia pediatrica, Chirurgia Generale con Centro Trapianti

Razionale

La valutazione dell'idoneità a ricevere un rene da donatore vivente o all'iscrizione in lista di attesa di un organo da donatore cadavere viene eseguita dai Centri di Trapianto sulla base di esami volti ad evidenziare eventuali controindicazioni assolute al trapianto e fattori di rischio di morbilità e mortalità post-trapianto. I Centri Trapianto della Regione Lazio hanno concordato l'elenco degli esami necessari per la valutazione di idoneità al trapianto. Si tratta di prestazioni multiple e complesse (esami strumentali, di laboratorio, consulenze) che devono essere articolate nel tempo, coerentemente con l'iter clinico, da un nefrologo. L'erogazione delle prestazioni nell'ambito di un PAC consente di ridurre il tempo necessario al completamento del programma di studio pre-trapianto e favorisce l'equa e tempestiva immissione in lista di attesa di trapianto dei pazienti risultati idonei a seguito della conferma da parte dei Centri di Trapianto.

Tipologia di pazienti

Pazienti affetti da insufficienza renale terminale che necessitano di effettuare gli esami per la valutazione di idoneità al trapianto renale

Composizione

Per configurarsi il "PAC per l'accertamento di idoneità al trapianto renale" 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 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 OO - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	costo
P585B	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	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
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.72.3	ECCICOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
89.81.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, MAS Radiografia standard del torace	€ 15,49
88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME (2 proiezioni)	€ 19,37
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso:	€ 56,81
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di	€ 71,01
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso:Colonoscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino	€ 61,97
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonoscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	€ 87,28
88.74.1	ECCGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 43,90
88.75.1	ECCGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminili Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 32,02
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o	€ 43,90
88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI Aorta addominale, grossi vasi addominali e	€ 32,02
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	€ 43,38
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno,	€ 140,99
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostatica	€ 140,99
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 246,35
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 246,35
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	€ 34,86
87.77	CISTOGRAFIA (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	€ 48,29
89.28	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico	€ 20,66
87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA Superiore o Inferiore	€ 10,33

87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio In tre proiezioni	€ 22,21
88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito	€ 14,20
88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell' anca	€ 17,58
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 23,24
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	€ 53,71
87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO	€ 91,87
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio (sella turcica, orbite) TC dell' anca	€ 133,76
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 7,75
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 2,56
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,78
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	€ 2,78
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 2,78
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,70
90.43.5	URATO [S/U/dU]	€ 1,70
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.22.6	FERRO [S]	€ 2,56
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)	€ 3,98
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 19,11
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA (URINOCOLTURA) Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica	€ 6,47
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,65
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 10,59
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	€ 19,11
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	€ 1,88
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	€ 1,96
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 2,56
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,55
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	€ 2,56
90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla tuberculina)	€ 1,75
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	€ 5,53
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 0,79
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	€ 19,11
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	€ 7,75

A

90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	€ 5,22
91.18.3	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.17.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBcAg	€ 19,11
91.18.2	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTICORPI HBeAg	€ 18,11
91.18.4	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBeAg	€ 19,11
91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI	€ 19,11
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI	€ 8,78
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR (EBV) ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	€ 13,48
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	€ 8,78
91.18.5	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	€ 7,75
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) (VDRL) (RPR)	€ 3,36
91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva)	€ 3,46
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [SILatAlb]	€ 19,11
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	€ 19,11
90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)	€ 6,35
90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria gonorrhoeae	€ 6,47
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP test)	€ 5,17
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

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE, PREVISTE DAL PROTOCOLLO, RISERVATE A PAZIENTI PEDIATRICI (ETA' < 18 ANNI)		
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA (Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, ipernea) Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)	€ 23,24
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
96.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti	€ 20,66
57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	€ 56,81
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
ANALISI CLINICHE AGGIUNTIVE RISERVATE A PAZIENTI DI ETA' < 18 ANNI		
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 4,75
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	€ 6,61
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	€ 5,84
90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Gg)Er]	€ 9,30
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	€ 120,08
91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde	€ 120,08
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	€ 158,55
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti,	€ 45,45
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	€ 2,79
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	€ 9,04
90.34.6	OMOCISTEINA	€ 20,00
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	€ 9,09

90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 9,09
90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	€ 9,81
90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	€ 9,81
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	€ 12,55
90.48.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 4,65
91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	€ 19,11
90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,09
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	€ 7,75
91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,14
90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria meningitidis	€ 6,47

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

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

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 5 volte.

La prestazione con codice 89.7, utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, in caso di pazienti pediatrici (età inferiore a 18 anni) può essere erogata al massimo 7 volte.

La prestazione con codice 87.11.1 può essere utilizzata 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.

La prestazione con codice 91.13.1 identifica la titolazione degli anticorpi anti-HBsAg.

I codici 91.29.3, 91.29.4, 91.29.5, 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.

Le strutture sopra elencate, dopo la conclusione del PAC, provvederanno a inviare i pazienti ai centri trapianti per l'esecuzione delle indagini immunologiche e di tipizzazione tissutale.

Eventuali ulteriori accertamenti e prestazioni (incluse eventuali vaccinazioni) possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

PAC PER LO STUDIO DONATORE VIVENTE (PV594)

Disciplina di riferimento

Nefrologia, Neurologia Pediatrica, Chirurgia generale con Centro trapianti

Razionale

La valutazione per la donazione di rene necessita di una specifica modalita' organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire la presa in carico da parte di uno specialista che ne inquadri la gestione in modo completo

Tipologia di pazienti

Eventuali donatori disponibili a donare un rene ad un soggetto affetto da insufficienza renale cronica terminale che sia idoneo al trapianto

Composizione

Per configurarsi il "PAC per lo studio donatore vivente" 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 viene effettuata dal medico referente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca (di)laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC

codice	prestazione	costo
PV594	Visita e gestione PAC	€ 25,00
88.01	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 (89.28), visita oculistica (85.02)	€ 20,66
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	€ 51,85
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo	€ 55,78
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace	€ 15,49
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,76
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti	€ 20,66
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico	€ 20,66
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP test)	€ 5,17
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	€ 34,66
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	€ 35,89
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfo nodi, tiroide-paratiroidi	€ 28,41
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	€ 56,81
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stomia artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino	€ 61,97
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 246,35
88.42.2	AOPTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell' aorta addominale	€ 283,28
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	€ 249,45
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA incluso: esame diretto e nefropielomografia	€ 89,35
87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	€ 19,37
88.77.2	ECC.(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON	€ 175,60
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 246,35
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	€ 7,75

90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV., F. L.	€ 3,31
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,70
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 2,78
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	€ 2,78
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 2,78
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.16.3	CREATIMINA [S/U/dU/La]	€ 2,58
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,76
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 10,59
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,80
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [SAU]	€ 2,88
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 2,58
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,58
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	€ 1,88
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
90.85.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	€ 1,96
90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	€ 19,11
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 3,18
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,28
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica	€ 6,47
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,65
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,65
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 0,79
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,70
90.43.5	URATO [S/U/dU]	€ 1,70
90.22.5	FERRO [S]	€ 2,56
90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroligante)	€ 3,98
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 19,11
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	€ 19,11
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	€ 19,11
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	€ 19,11
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	€ 19,11
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 19,11
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 8,78
91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emiagglutin. passiva)	€ 3,46
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	€ 3,36

90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	€ 5,53
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	€ 8,78
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	€ 13,48

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 o dalla Commissione Regionale di Vigilanza per l'Emodialisi.

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.

Le strutture sopra elencate, dopo la conclusione del PAC, provvederanno a inviare i pazienti ai centri trapianti per l'esecuzione delle indagini immunologiche e di tipizzazione tissutale.

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

PAC DIAGNOSTICO PER L'OSTEOPOROSI (PT330)

Disciplina di riferimento

Endocrinologia, Ginecologia, Reumatologia, Geriatria, Medicina generale

Razionale

L'Osteoporosi è una patologia ad alto impatto e costo sociale. La diagnostica è necessaria per una prevenzione efficace delle complicanze.

Tipologia di pazienti

Soggetti a rischio di osteoporosi: donne in menopausa, con amenorrea, ipogonadismo; maschi con ipogonadismo; soggetti con disturbi del comportamento alimentare, malassorbimento, in terapia con glucocorticoidi o con altri fattori di rischio noti.

Composizione

Per configurarsi il "PAC diagnostico per la diagnosi dell'osteoporosi" 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.

codice	prestazione	costo
P7330	Visita e gestione PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita	€ 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
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare,	€ 31,50
88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI (*)	€ 17,56
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	€ 17,30
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	€ 10,54
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,31
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/μU]	€ 2,78
90.40.4	SODIO [S/μU](Sg)Er	€ 2,78
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/μU](Sg)Er	€ 1,70
90.37.4	POTASSIO [S/μU](Sg)Er	€ 2,78
90.24.5	FOSFORO	€ 0,98
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56
90.43.5	URATO [S/μU]	€ 1,70
90.44.01	UREA [S/P/μU]	€ 1,70
90.16.3	CREATININA [S/μU/La]	€ 2,58
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	€ 19,11
90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	€ 19,11
90.28.2	IDROSSIPROLINA [U] (**)	€ 17,82
90.41.3	TESTOSTERONE [P/μ]	€ 19,11
90.38.1	PROGESTERONE [S] (**)	€ 19,11
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 19,11
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/μ]	€ 19,11
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/μ]	€ 19,11
90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/μ]	€ 19,11
90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	€ 19,11
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56

90.44.5	VITAMINA D	€ 16,27
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA) (**)	€ 11,41
90.15.3	CORTISOLO [S/U]	€ 19,11
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14
90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	€ 3,23
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 0,79
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 5,96
90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	€ 1,88
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 2,56
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,70
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	€ 4,85

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per la discipline di riferimento del PAC

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.

(*) Le condizioni di erogabilità a carico del SSR delle prestazioni di cui al DPCM 29/11/01 - Allegato 2 B, lett. b - Densitometria ossea, vigenti nella Regione Lazio, sono indicate nell'Allegato n.1 alla DGR n.863 del 28 giugno 2002 (pubblicata nel Supplemento ordinario n.2 al BURL n.21 del 30.07.2002).

(**) La determinazione storica del PROPEPTIDE AMINO-TERMINALE DEL PRO-COLLAGENE Tipo 1 (P1NP) e della GLOBULINA DA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG) non è attualmente prevista nel nomenclatore tariffario regionale pertanto, qualora fosse effettuata, potrà essere indicata utilizzando rispettivamente i codici 90.28.2 e 90.38.1

(***) La determinazione degli anticorpi antitransglutaminasi e antilattosio non è prevista nel nomenclatore tariffario regionale pertanto, qualora fosse effettuata, potrà essere indicata utilizzando il codice 90.49.5 "Anticorpi anti-gliadina (IgG e IgA)" fino ad un massimo di 3 volte.

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

ALLEGATO 2

INTRODUZIONE DI ULTERIORI PRESTAZIONI ED AGCORPAMENTI DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI (APA)

In linea con gli obiettivi e le finalità indicate dalla DGR 143/06, DGR 922/06 e dal Piano di Rientro sono stati individuati ulteriori settori di attività, prevalentemente chirurgica, che è possibile trasferire al regime ambulatoriale, sia come APA che come prestazioni semplici.

Per il combinato delle caratteristiche patologiche e delle tecniche chirurgiche, una cospicua parte di questa attività può essere garantita ed erogata in ambulatorio sia sotto il profilo clinico che organizzativo ed amministrativo, in linea con quanto già validato da parte di professionisti ed operatori sanitari relativamente alla dimensione clinico-organizzativa delle prestazioni di seguito elencate.

Vengono introdotti i seguenti Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) (tabelle 2.1, 2.2, 2.3, 2.4):

- Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche (codici ICD-9-CM: 14.75, 14.79);
- Liberazione del tunnel tarsale (codice ICD-9-CM: 04.44);
- Lisi di aderenze della mano (codice ICD-9-CM: 82.91);
- Interventi endovascolari sulle varici (codice ICD-9-CM: 38.89);

Tabella 2.1 -- Iniezione intravitreale

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Tar_€
*AIH	14.75.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso costo del farmaco (prestazione comprensiva di visita ed esami diagnostici pre e post procedura).	34	80		516,46

* Indicazioni cliniche: trattamento della maculopatia essudativa o del glaucoma neovascolare.

Tabella 2.2 -- Liberazione del tunnel tarsale

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Tar_€
AIH	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (prestazione comprensiva di visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti e visita di controllo)	34	80		750,00

Il presente accorpamento di prestazioni sostituisce la prestazione semplice codice 04.44 presente nel vigente nomenclatore tariffario regionale.

Tabella 2.3 -- Lisi di aderenze della mano

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Tar_€
AIH	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO. Incluso Riparazione di dito a scatto (prestazione comprensiva di visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti e visita di controllo)	36			290,00

Tabella 2.4 -- Interventi endovascolari sulle varici

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br 2	Br 3	Tar_€
AIH	38.89.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI con tecnica laser (prestazione comprensiva di esami pre e post intervento, intervento e visita di controllo)	05	09		400,00

Viene introdotta la seguente prestazione ambulatoriale (tabella 2.5):

- Terapia fotodinamica di lesioni cutanee (ICD-9-CM: 86.3, 86.4).

Tabella 2.5 – Terapia fotodinamica di lesioni cutanee

Nota	Codice	Descrizione	Br 1	Br2	Br3	Tar_€
*HR	86.3.4	Terapia fotodinamica di lesioni cutanee. Per seduta (fino ad un massimo di 4 sedute). Escluso costo del farmaco. Costo del farmaco - segue Flusso Farm Ed	52			70,00

* Indicazioni cliniche: trattamento di cheratosi attiniche, morbo di Bowen e carcinomi basocellulari superficiali e/o nodulari.

Nota R: prestazione erogabile presso le seguenti strutture: Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Istituto Dermatologico dell'Immacolata, Policlinico Tor Vergata.

Potranno essere identificate successivamente ulteriori strutture erogatrici.

L'introduzione degli APA e della prestazione ambulatoriale sopra riportati comporta l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni presenti nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di cui alla DGR 114 del 29 febbraio 2008, come di seguito indicato:

- APA 14.75.1 INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso costo del farmaco (prestazione comprensiva di visita ed esami diagnostici pre e post procedura);
- APA 04.44 LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (prestazione comprensiva di visita anestesio-logica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti e visita di controllo);
- APA 82.91 LISI DI ADERENZE DELLA MANO. Incluso Riparazione di dito a scatto (prestazione comprensiva di visita anestesio-logica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti o visita di controllo);
- APA 38.59.2 INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI con tecnica laser (prestazione comprensiva di esami pre e post intervento, intervento e visita di controllo);

PRESTAZIONE codice 86.3.4 Terapia fotodinamica di lesioni cutanee. Per seduta (fino ad un massimo di 4 sedute). Escluso costo del farmaco.

Le tariffe sono state individuate sulla base di un confronto con le tariffe dei ricoveri ospedalieri, tenendo presente i minori costi, per alcune voci relative all'acquisto di beni e servizi, che il regime ambulatoriale richiede rispetto al regime di ricovero, con le tariffe di APA precedentemente deliberati, ed anche con le tariffe ambulatoriali vigenti presso altre Regioni che hanno inserito tali prestazioni nel proprio Nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale.

Nel corso del 2010 è atteso lo svolgimento in regime ambulatoriale della maggior parte dell'attività attualmente svolta in ricovero ospedaliero relativamente alle prestazioni individuate e correlate ai seguenti DRG:

- DRG 042 (Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino) correlato alla prestazione di iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche (codici ICD-9-CM: 14.75, 14.79);
- DRG 008 (Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc) correlato alla prestazione di liberazione del tunnel tarsale (codice ICD-9-CM 04.44);
- DRG 229 (Interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc) correlato alla prestazione di lisi di aderenze della mano (codice ICD-9-CM: 82.91);
- DRG 119 (Legatura e stripping di vene) correlato al trattamento endovascolare con metodica laser delle varici degli arti inferiori (codice ICD-9-CM, secondo le linee guida regionali per la codifica della SDO, approvate con DGR 408/2006: 38.89, Altra occlusione chirurgica di vene arto inferiore);
- DRG 270 (Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc) e DRG 266 (Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc) correlati alla prestazione di terapia fotodinamica di lesioni cutanee (codici ICD-9-CM: 86.3, 86.4).

Tenendo conto della sostanziale sovrapposibilità tra le attività di day surgery e la chirurgia ambulatoriale, si stabilisce che le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private provvisoriamente accreditate che già effettuino le suddette prestazioni in regime di ricovero ordinario e/o day hospital possono effettuare i nuovi accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), in regime ambulatoriale, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Le ASL, nell'ambito della pianificazione degli interventi finalizzati a garantire il processo di deospedalizzazione, mettendo in atto opportuni specifici sistemi organizzativi, possono estendere un'attività di erogazione di APA, da strutture ospedaliere a gestione diretta - dotate della relativa disciplina di ricovero - ad altre proprie strutture ospedaliere a gestione diretta che ne siano prive.

Il ricovero ospedaliero è da riservarsi ai soli casi in cui, per le particolari condizioni del paziente, il trattamento ambulatoriale non offra sufficienti garanzie di sicurezza.

Alla fine di ogni anno verranno valutati per ogni singola struttura, attraverso l'impiego combinato dei dati confluiti al SIO ed al SIAS, i seguenti indicatori:

- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 042 con procedura 14.75 oppure 14.79 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 042 con procedura 14.75 oppure 14.79) ed APA 14.75.1 (valore soglia = 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 008 con procedura 04.44 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 008 con procedura 04.44 ed APA 04.44 (valore soglia = 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 229 con procedura 82.91 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 229 con procedura 82.91 ed APA 82.91 (valore soglia = 5%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 119 con procedura 38.89 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 119 con procedura 38.89 ed APA 38.89.2 (valore soglia=5%);

Inoltre, per il combinato dei contenuti dell'attuale provvedimento con quanto espresso nella DGR 922/2006, vengono revisionati ed adottati i seguenti ulteriori indicatori:

- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 266 con procedura 86.4 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 266 con procedura 86.4 ed APA 86.4.7 (valore soglia=10%);
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 119 con procedura 38.59 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 119 con procedura 38.59 ed APA 38.59.1 (valore soglia=10%);

Qualora il valore di questi indicatori dovesse superare il relativo valore soglia, le quote eccedenti di ricoveri ospedalieri vengono riclassificate come APA/prestazioni ambulatoriali e come tali remunerate e contabilizzate dal SIAS.

I valori soglia sono stati determinati tenendo conto delle diverse possibilità di trasferimento delle singole procedure verso l'ambulatorio in maniera da permettere il trattamento in ricovero di quei casi in cui, per le particolari condizioni del paziente, il trattamento ambulatoriale non garantisce la necessaria sicurezza.

Onde prevenire eventuali fenomeni opportunistici, saranno effettuati controlli analitici delle casistiche riferibili alle prestazioni oggetto del presente provvedimento, sia sul versante dell'appropriatezza sia della corretta codifica, nell'ambito delle attività del Sistema dei Controlli dell'attività sanitaria.

Gli APA seguono il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (SIAS). È obbligatoria l'indicazione nel campo "determinante clinico" del codice ICD-9-CM di diagnosi (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la patologia per la quale si ricorre all'intervento chirurgico.

4. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Per l'insieme delle disposizioni contenute nella DGR 922/2006 (pubblicata nel Supplemento ordinario n. 5 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 3 del 30-1-2007) e nel presente provvedimento, viene inoltre stabilita la non erogabilità in regime di ricovero diurno delle prestazioni di seguito riportate. In particolare:

- cessa la sua efficacia la prestazione con codice 98.59 "Litotripsia extracorporea di altre sedi", inclusa nella TABELLA C - PRESTAZIONI INDICATIVE DI APPROPRIATEZZA DELL'ACCESSO DI DM MEDICO, che è contenuta nell'Allegato 4 alla DGR 143/2006;
- cessa la sua efficacia la prestazione con codice 86.3 "Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo", inclusa nell'elenco delle prestazioni chirurgiche erogabili in regime diurno (Introdotta con Circolare Prot. N. 3316 / ASP / DS del 21.04.2006 ad integrazione della Direttiva ASP n. 5 del 23/09/2005 applicativa della DGR 423/2005).

Entro 90 giorni dall'emanazione del presente Decreto, con successivo atto, verranno definiti i criteri relativi all'estensione dell'erogabilità degli APA in strutture ambulatoriali extraospedaliere, compresi i PTP, sulla base delle indicazioni fornite da Laziosanità- ASP in coerenza con i dettami della LR 4/03 e relativi provvedimenti attuativi.