

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)*

DECRETO n. 17 DEL 20.03.2014

Oggetto: Linee guida per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero. Revoca del decreto del commissario ad acta n. 58 del 30.09.2010.

PREMESSO che:

- con deliberazione n. 460 del 20 marzo 2007 la Giunta regionale della Campania ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- in data 24 luglio 2009, la Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222;
- con delibera del Consiglio dei Ministri, in data 24 aprile 2010, il nuovo Presidente pro-tempore della regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191 del 2009;
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Consiglio dei Ministri ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sub Commissari ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;
- con delibera del 23 marzo 2012 il Consiglio dei Ministri ha consolidato nella persona del sub commissario ad acta dott. Mario Morlacco i compiti in precedenza attribuiti al sub commissario dimissionario dott. Achille Coppola;
- con decreto del Commissario ad acta n. 58 del 30.09.2010, in conformità a quanto disposto dal Patto per la salute 2010-2012, si è provveduto ad integrare la lista dei DRG ad elevato rischio di inappropriatezza per il ricovero ordinario definendo all'allegato 1 del decreto stesso specifici valori soglia di ammissibilità al ricovero e prevedendo il trasferimento di quota parte delle prestazioni dal regime in ricovero ordinario a quello in day hospital e in ambulatorio;

PRESO ATTO

- che lo stesso decreto stabiliva:

- a) per le procedure chirurgiche ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (allegato A del Patto Per la Salute 2010-2012) da trasferire al regime ambulatoriale una tariffa con valenza

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)*

provvisoria, determinata, come previsto dal D.Lgs 30.12.1992 n. 502 e s.m.i. sulla base di costi standard già disponibili presso altre regioni o province autonome;

- b) per le sole procedure mediche da trasferire dal day hospital al regime ambulatoriale una remunerazione con valenza provvisoria data dalla sommatoria delle tariffe previste dal nomenclatore tariffario regionale, delle singole prestazioni erogate per un valore comunque non superiore all'80% della tariffa del corrispondente DRG erogato in regime diurno;
- c) che i DRG effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, venissero riclassificati in regime diurno e remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso in caso di DRG medici e con la tariffa prevista per il day surgery corrispondente in caso di DRG chirurgici;
- d) che i DRG effettuati in regime diurno e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, venissero remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso ed abbattuta del 50%, in caso di DRG medici e con la tariffa prevista per il day surgery corrispondente abbattuta del 50%, in caso di DRG chirurgici;

CONSIDERATO

- che il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella legge n. 135 del 7.08.2012, all'art. 15, comma 13, lettera c, nel promuovere il potenziamento e la conseguente riorganizzazione dei servizi territoriali e delle cure primarie, prevede "la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;
- che tale riorganizzazione, da effettuarsi progressivamente in un biennio, richiede una rivisitazione ed un aggiornamento delle previsioni di cui al più volte citato decreto commissariale 58/2010 che indicava un obiettivo tendenziale di riduzione di circa 200.000 ricoveri con conseguente riduzione del tasso di ospedalizzazione a circa 190 per mille abitanti;

ATTESO

- che l'ARSAN ha provveduto a ridefinire le soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari per i DRG di cui al decreto commissariale 58/2010, aggiornando al 2012 l'analisi della distribuzione percentile osservata sui ricoveri dell'anno 2008;
- che tali nuove soglie sono riportate nell'allegato 1 del presente decreto e individuano la percentuale di ricoveri ordinari di oltre 1 giorno ammissibili in ogni struttura di ricovero per ciascun DRG;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)*

- che anche al fine di ridurre i ricoveri inappropriati e di raggiungere l'obiettivo di riduzione del tasso di ospedalizzazione, è stata programmata, per ciascuna struttura di ricovero - pubblica, equiparata e privata -, una riduzione progressiva, su base annuale, rispetto all'anno 2012, del numero di ricoveri ordinari di 0-1 giorno e in day hospital per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza fino al raggiungimento di una riduzione del 30% alla fine del 2015;
- che pertanto, nell'allegato 2, è riportato per ciascuna struttura di ricovero il numero massimo di ricoveri di 0-1 giorno e di ricoveri in day hospital con DRG ad alto rischio di inappropriatazza attesi per gli anni 2014, 2015;

DATO ATTO :

- che occorre fornire indicazioni più puntuali circa le misure organizzative che le strutture di ricovero pubbliche equiparate e private, nonché i poliambulatori pubblici, devono attuare per l'erogazione delle prestazioni in ambulatorio e in day service;
- che a tanto si provvede con il documento allegato 3 al presente decreto "Linee guida per l'attuazione del day service e dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)";
- che nell'allegato 4, per l'attività di day service sono individuati ulteriori PACC con le relative liste ragionate di prestazioni e le discipline di riferimento, condivisi con le società scientifiche e con professionisti esperti, in aggiunta a quelli di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale 102/2009;
- che i PACC chirurgici sono remunerati con una tariffa omnicomprensiva, riportata nell'allegato 5, che include tutte le diverse fasi del percorso assistenziale (attività propedeutiche – procedura chirurgica - controllo);

PRECISATO

- che i PACC di tipo chirurgico possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche, nonché dalle case di cura specificamente solo per le casistiche dei DRG che già trattano a carico del servizio sanitario regionale. I PACC medici possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche e dai poliambulatori pubblici, nonché dalle case di cura private esclusivamente per le casistiche dei DRG che già trattano a carico del servizio sanitario regionale. Per il "PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo" introdotto con la DGRC 102/2009 ed il "PACC diagnostico per sovrappeso e obesità" è consentita l'erogazione anche presso i centri diabetologici privati che già erogano prestazioni con oneri a carico del servizio sanitario regionale;
- che per quanto attiene le case di cura private, l'obiettivo di riduzione dei ricoveri in regime diurno dovrà perseguirsi attraverso il trasferimento al regime ambulatoriale con prestazioni in day service, delle casistiche attribuite ai DRG che già erogano a carico del servizio sanitario regionale;

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)*

- che viene applicata per le procedure chirurgiche erogate in regime di day service una tariffa onnicomprensiva, riportata nell'allegato 5 al presente decreto. I codici identificativi di queste prestazioni esposti nello stesso allegato vanno ad integrare il nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche in vigore;
- che la remunerazione dei PACC medici con la lista ragionata di prestazioni, in essi compresi quelli già attivati con la citata DGRC 102/09, è data dalla somma delle tariffe delle singole prestazioni erogate indicate dal nomenclatore tariffario regionale vigente di cui al DCA 32/2013, incrementata con la tariffa prevista nelle linee guida allegate al presente decreto, per prima visita e valutazione e per il coordinamento clinico e organizzativo necessario per l'erogazione del PACC. I codici identificativi di queste prestazioni esposti nell'allegato 4 vanno ad integrare il nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche in vigore;
- che i DRG medici indicati nell'elenco allegato 1, effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengono remunerati con la tariffa prevista per il DH corrispondente relativa alla fascia di appartenenza della struttura di ricovero, limitatamente ad un accesso per i ricoveri con 2 notti di degenza, a due accessi per i ricoveri con durata superiore a 2 notti;
- che i DRG chirurgici indicati nell'elenco allegato 1, effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti sono remunerati con un importo pari al 90% della tariffa prevista per il DRG erogato in regime ordinario nella fascia di appartenenza della struttura di ricovero;
- che i DRG effettuati in regime di day hospital ed i ricoveri 0-1 giorno che eccedono il numero massimo riportato per ciascun anno nell'allegato 2, sono remunerati con un importo pari al 50% della tariffa prevista per il day hospital, nella fascia tariffaria di appartenenza della struttura, limitatamente ad un accesso, nel caso di DRG medici, e con un importo pari al 60% della tariffa prevista in day surgery, nella fascia tariffaria di appartenenza della struttura, per i DRG chirurgici;
- che nelle procedure di verifica, richieste per il controllo del numero massimo dei ricoveri di 0-1 giorno o diurni indicati nell'allegato 2, non devono essere sommate le quote di ricoveri ordinari oltre la soglia riportata nell'allegato 1;
- che l'individuazione dei ricoveri oltre soglia erogati in regime ordinario e l'individuazione dei ricoveri che eccedono il numero massimo di quelli erogabili in regime diurno è effettuata in base al criterio cronologico;
- che si affida alle aziende sanitarie il compito di monitorare le prestazioni di cui al presente decreto e di vigilare sul rispetto da parte degli erogatori delle indicazioni nello stesso contenute secondo quanto specificamente previsto nel decreto commissariale n. 6 del 17.01.2011, recante il titolo "adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO";
- che gli importi corrispettivi delle prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale rimangono a carico del tetto di spesa assegnato alle case di cura per l'assistenza ospedaliera;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)*

- che i DRG 409 e 410 di cui all'allegato 1 del decreto commissariale 58/2010 non sono riportati nell'allegato 1 al presente decreto in quanto, data la particolare modalità di erogazione di queste attività assistenziali, le specifiche modalità applicative saranno definite con separato atto al termine di un percorso di sperimentazione;
- che dalla data di pubblicazione del presente decreto, il DCA 58 del 30.09.2010 è revocato. Si valuterà l'opportunità di modificare le soglie indicate nell'allegato 1 del presente decreto a partire da un'analisi dei risultati conseguiti nell'anno 2014.

DECRETA

per tutto quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato ed approvato

di APPROVARE le soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari per i DRG ad alto rischio di in appropriatezza di cui all'allegato 1 che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto.

di APPROVARE il numero massimo di ricoveri in day hospital e di ricoveri di 0-1 giorno attesi per gli anni 2014 e 2015 per ciascuna struttura pubblica, equiparata e privata riportati nell'allegato 2 che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto.

di APPROVARE le linee "linee guida per l'attuazione del day service e dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)" di cui all'allegato 3 e i PACC di cui all'allegato 4 che formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.

di APPROVARE per le procedure chirurgiche erogate in regime di day service la tariffa onnicomprensiva riportata nell'allegato 5 al presente decreto;

di PRECISARE che:

- i PACC di tipo chirurgico possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche, nonché dalle case di cura specificamente solo per le casistiche dei DRG che già trattano a carico del servizio sanitario regionale. I PACC medici possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche e dai poliambulatori pubblici, nonché dalle case di cura esclusivamente per le casistiche dei DRG che già trattano a carico del servizio sanitario regionale. Per il "PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo" introdotto con la DGRC 102/2009 ed il "PACC diagnostico per sovrappeso e obesità" è consentita l'erogazione anche presso i centri diabetologici privati che già erogano prestazioni con oneri a carico del servizio sanitario regionale.
- per quanto attiene le case di cura private l'obiettivo di riduzione dei ricoveri in regime diurno dovrà perseguirsi attraverso il trasferimento al regime ambulatoriale con prestazioni in day service delle casistiche attribuite ai DRG che già erogano a carico del servizio sanitario regionale;

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)*

- viene applicata per le procedure chirurgiche erogate in regime di day service una tariffa onnicomprensiva, riportata nell'allegato 5 al presente decreto. I codici identificativi di queste prestazioni esposti nello stesso allegato vanno ad integrare il nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche in vigore;
- la remunerazione dei PACC medici con la lista ragionata di prestazioni, in essi compresi quelli già attivati con la citata DGRC 102/09, è data dalla somma delle tariffe delle singole prestazioni erogate indicate dal nomenclatore tariffario regionale vigente di cui al DCA 32/2013, incrementata con la tariffa prevista nelle linee guida allegate al presente decreto, per prima visita e valutazione e per il coordinamento clinico e organizzativo necessario per l'erogazione del PACC. I codici identificativi di queste prestazioni esposti nell'allegato 4 vanno ad integrare il nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche in vigore;
- i DRG medici indicati nell'elenco allegato 1, effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengono remunerati con la tariffa prevista per il DH corrispondente relativa alla fascia di appartenenza della struttura di ricovero, limitatamente ad un accesso per i ricoveri con 2 notti di degenza, a due accessi per i ricoveri con durata superiore a 2 notti;
- i DRG chirurgici indicati nell'elenco allegato 1, effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti sono remunerati con un importo pari al 90% della tariffa prevista per il DRG erogato in regime ordinario nella fascia di appartenenza della struttura di ricovero;
- i DRG effettuati in regime di day hospital e i ricoveri 0-1 giorno che eccedono il numero massimo riportato per ciascun anno nell'allegato 2, sono remunerati con un importo pari al 50% della tariffa prevista per il day hospital, nella fascia tariffaria di appartenenza della struttura, limitatamente ad un accesso, nel caso di DRG medici, e con un importo pari al 60% della tariffa prevista in day surgery, nella fascia tariffaria di appartenenza della struttura, per i DRG chirurgici;
- nelle procedure di verifica, richieste per il controllo del numero massimo dei ricoveri di 0-1 giorno o diurni indicati nell'allegato 2, non devono essere sommate le quote di ricoveri ordinari oltre la soglia riportata nell'allegato 1;
- l'individuazione dei ricoveri oltre soglia erogati in regime ordinario e l'individuazione dei ricoveri che eccedono il numero massimo di quelli erogabili in regime diurno è effettuata in base al solo criterio cronologico;
- si affida alle aziende sanitarie il compito di monitorare le prestazioni di cui al presente decreto e di vigilare sul rispetto da parte degli erogatori delle indicazioni nello stesso contenute secondo quanto specificamente previsto nel decreto commissariale n. 6 del 17.01.2011, recante il titolo "adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO";
- gli importi corrispettivi delle prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale rimangono a carico del tetto di spesa assegnato alle case di cura per l'assistenza ospedaliera;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)*

- i DRG 409 e 410 di cui all'allegato 1 del decreto commissariale 58/2010 non sono riportati nell'allegato 1 al presente decreto in quanto, data la particolare modalità di erogazione di queste attività assistenziali, le specifiche modalità applicative saranno definite con separato atto al termine di un percorso di sperimentazione;

di DISPORRE il pagamento da parte dell'utente, per ogni PACC erogato, delle quote di partecipazione alla spesa previste dalla normativa nazionale e regionale;

di REVOCARE dalla data di pubblicazione del presente decreto il DCA 58 del 30.09.2010;

di RISERVARSI ogni ulteriore determinazione all'esito della valutazione dei Ministeri del presente provvedimento.

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario Morlacco

Il Sub Commissario ad Acta
Prof. Ettore Cinque

IL Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale della Tutela Salute e C.S.S.
Dott. Mario Vasco

Il Direttore Generale dell'ARSAN
Dott.ssa Lia Bertoli

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Soglia di ammissibilità di prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG	percentuale di ricoveri ammissibili in regime ordinario (durata > 1 gg.) sul totale dei ricoveri
006	1	C	Decompressione del tunnel carpale	2
008	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	28
013	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	4
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	30
036	2	C	Interventi sulla retina	3
038	2	C	Interventi primari sull'iride	34
039	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	3
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	2
042	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (<i>eccetto trapianti di cornea</i>)	2
047	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	2
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	44
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	43
057	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi, eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	28
058	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi, eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	6
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	14
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	3
061	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	9
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	10
065	3	M	Alterazioni dell'equilibrio (<i>eccetto urgenze</i>)	16
070	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	45
073	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	11
074	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	6
088	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	73
119	5	C	Legatura e stripping di vene	4
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	31
133	5	M	Aterosclerosi senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	15
134	5	M	Iperensione (<i>eccetto urgenze</i>)	14
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	30
142	5	M	Sincope e collasso senza CC (<i>eccetto urgenze</i>)	29
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC	28
160	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	50
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	23
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni	2
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC	67
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC	19
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	18

184				41
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali	3
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	19
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	14
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC (eccetto urgenze)	73
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	87
225	8	C	Interventi sul piede	16
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	18
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	50
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	15
232	8	C	Artroscopia	12
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	18
243	8	M	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	20
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	12
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite	13
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto	19
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	7
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	6
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	31
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	11
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	14
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (eccetto codici intervento 85.20 e 85.21)	3
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	3
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali	7
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	5
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	3
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	2
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	2
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (eccetto urgenze)	2
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC	54
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC	7
294	10	M	Diabete, età > 35 anni (eccetto urgenze)	30
295	10	M	Diabete, età < 36 anni	14
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	10
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	4
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC	53
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	23
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC (eccetto urgenze)	15
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)	16
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	5
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni (la soglia si applica solo ai DRG con la procedura di litotripsia - 98.51)	14
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	9
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	8

333				4
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	9
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	9
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni	2
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni	2
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	33
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	4
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	10
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	9
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube	2
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	4
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	21
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	25
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	8
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	3
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto urgenze)	39
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	26
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	9
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	18
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	2
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	2
426	19	M	Nevrosi depressive (eccetto urgenze)	34
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)	11
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	22
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	2
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	2
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	6
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	10
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	17
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore	12
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	29
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni	17

RICOVERI ORD. 0 -1gg e DH AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA 2014				-15%		-30%	
RICOVERI attesi nel triennio 2013 - 2015				NUMERO MASSIMO DI RICOVERI AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA AMMISSIBILI IN REGIME ORD. 0-1gg e DH			
Azienda	Cod. Presidio	Descrizione Presidio	RICOVERI ORD. 0-1gg e DH AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA	ANNO 2012		ANNO 2014	
				ANNO 2015			
201 - A.S.L. AVELLINO	150139	P.O. Landolfi - Solofra	2.004	1.703	1.403		
	150140	P.O. Ariano Irpino	1.027	873	719		
	150141	P.O. G. Guglielmo - Bisaccia	9	8	6		
	150150	P.O. G. Criscuoli - S. Angelo dei Lombardi	286	243	200		
		Totale presidi di ASI	3.326	2.827	2.328		
	150143	C. di C. Villa Esther - Avellino	1.082	920	757		
	150144	C. di C. Villa Maria - Baiano	724	615	507		
	150145	C. di C. S. Rita s.p.a. - Atripalda	1.915	1.628	1.341		
	150146	C. di C. Villa Maria - Mirabella Eclano	2.011	1.709	1.408		
	150148	C. di C. Montevergine - Mercogliano	213	181	149		
	150149	C. di C. Malzoni Villa dei Platani - Avellino	2.307	1.961	1.615		
		Totale Cdc di ASI	8.252	7.014	5.777		
		TOTALE - A.S.L. AVELLINO	11.578	9.841	8.105		
202 - A.S.L. BENEVENTO	150031	Osp. S. Alfonso Maria de' Liguori - S. Agata Dei Goti	510	434	357		
		Totale presidi di ASI	510	434	357		
	150033	C. di C. Salus GE P.O.S. - Telesse	5.068	4.308	3.548		
	150034	C. di C. Santa Rita - Benevento	2.402	2.042	1.681		
	150035	C. di C. S. Francesco - Telesse	842	716	589		
		Totale Cdc di ASI	8.312	7.066	5.818		
	150032	P.O. Sacro Cuore di Gesu' Fatebenefratelli - Benevento	3.258	2.769	2.281		
		Totale presidi qualificati di ASI	3.258	2.769	2.281		
		TOTALE - A.S.L. BENEVENTO	12.080	10.269	8.456		
203 - A.S.L. CASERTA	150004	P.O. San Giuseppe e Melorio - Santa Maria Capua Vetere	546	464	382		
	150010	P.O. San Rocco - Sessa Aurunca	970	825	679		
	150013	P.O. Moscati - Aversa	2.144	1.822	1.501		
	150437	Osp. Civile Maddaloni	1.910	1.624	1.337		
	150438	Osp. Generale di zona Marcianise	1.129	960	790		
	150439	Osp. Ave Gratia Plena - S. Felice a Cancellio	8	7	6		
	150440	Osp. Civile Ave Gratia Plena - Piedimonte M.	1.255	1.067	879		
		Totale presidi di ASI	7.962	6.769	5.574		
	150014	C. di C. S. Anna - Caserta	3.828	3.254	2.680		
	150016	C. di C. Villa del Sole - Caserta	3.503	2.978	2.452		
	150017	Casa di Cura Villa Florita	1.542	1.311	1.079		
	150018	C. di C. San Paolo - Aversa	1.473	1.252	1.031		
	150019	C. di C. Villa Florita - Capua	1.773	1.507	1.241		
	150020	C. di C. San Michele - Maddaloni	2.259	1.920	1.581		
	150021	C. di C. Pineta Grande - Castel Volturno	1.409	1.198	986		
	150022	C. di C. Santa Maria della Salute - Santa Maria Capua Vetere	1.171	995	820		
	150023	C. di C. Villa dei Pini - Piedimonte Matese	1.504	1.278	1.053		
	150423	C. di C. Padre PIO	2.757	2.343	1.930		
		Totale Cdc di ASI	21.219	18.036	14.853		
		TOTALE - A.S.L. CASERTA	29.181	24.805	20.427		

204 - A.S.L. I		BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA		Presidio Ospedaliero: Napoli Est		Presidio Ospedaliero: Napoli Ovest		n. 20 del 31 Marzo 2014		7.720		6.562		5.404	
										Atti della Regione					

207 - A.S.L. : BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA	P.O. Umberto I° - Nocera Inferiore			5.130	4.361	3.591	
	P.O. San Francesco d'Assisi - Oliveto Citra						
	P.O. A. Tortora - Pagani						
AO, AOU, IRCCS	150160	P.O. Polla				726	
	150161	P.O. dell'Immacolata - Sapri					
	150162	P.O. Maria SS. Addolorata - Eboli				1.036	
	150163	P.O. Villa Malta - Sarno					
	150164	P.O. M. Scarlato - Scafati					
	150165	P.O. San Luca - Vallo della Lucania					
	150166	P.O. Santa Maria della Speranza - Battipaglia					
	150387	P.O. Roccadaspide					
	150404	Ospedale civile di Agropoli					
	Totale presidi di ASL			26.225	22.290	18.358	
	150167	C. di C. Villa del Sole - Salerno					
	150170	C. di C. Malzoni - Agropoli					
	150173	C. di C. Salus - Battipaglia					
	150175	C. di C. Campolongo Hospital - Eboli					
	150176	C. di C. Cobellis - Vallo della Lucania					
	150177	C. di C. Tortorella - Salerno					
	Totale CdC di ASL			14.940	12.699	10.458	
	207 - A.S.L. SALERNO			41.165	34.989	28.816	
	AO, AOU, IRCCS	150901	A.O. A. Cardarelli - Napoli				
		150902	A.O. Pediatrica Santobono-Pausilipon - Napoli				
150903		Presidio Ospedaliero Monaldi-Cotugno-CTO					
150904		Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona					
150905		A.O. Moscati - Avellino					
150906		A.O. G. Rummo - Benevento					
150907		A.O. S.Sebastiano - Caserta					
150908		A.O. Universitaria Policlinico - Seconda Università degli Studi di Napoli					
150909		A.O. Universitaria Policlinico - Federico II - Napoli					
150910		Istituto Nazionale dei Tumori - Fondazione sen. G. Pascale - Napoli					
Totale AO, AOU, IRCCS			125.579	106.742	87.906		
Totale Regionale			323.098	274.633	226.177		

LINEE GUIDA PER L'ATTUAZIONE DEL DAY SERVICE E DEI PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI e COORDINATI (PACC)

PREMESSA

Con il Decreto del Commissariale ad Acta n. 58 del 30/09/2010 la regione Campania ha provveduto, in conformità a quanto disposto dal Patto per la Salute 2010-2012, ad integrare la lista dei DRG ad elevato rischio di inappropriatazza di cui al DPCM 29/11/2001, definendo specifici valori soglia di ammissibilità al ricovero per i DRG elencati nell'allegato 1 del citato decreto commissariale e prevedendo il trasferimento dal regime ordinario al day hospital ed all'ambulatorio di parte delle prestazioni di ricovero oggetto del provvedimento.

Lo stesso decreto riprende quanto stabilito in precedenti atti deliberativi, in particolare la DGRC 102 del 23/01/2009, per rendere operative le modalità di erogazione del day service e ne estende la facoltà di erogazione alle case di cura private.

Con questo documento si specifica che:

- i Percorsi Assistenziali Complessi e Coordinati (PACC) di tipo chirurgico, erogati in day service, possono essere effettuati nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, nonché nelle case di cura che già erogano a carico del servizio sanitario regionale i relativi DRG;
- i PACC di tipo medico possono essere erogati nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, nei poliambulatori pubblici, nonché nelle case di cura che già erogano a carico del servizio sanitario regionale i relativi DRG;
- il "PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo" introdotto con la DGRC 102/2009 ed il "PACC diagnostico per sovrappeso e obesità" possono essere effettuati nelle strutture di ricovero con le caratteristiche indicate per erogare PACC di tipo medico, nonché nei centri diabetologici privati che già erogano prestazioni con onere a carico del servizio sanitario regionale.

Queste linee guida sono state predisposte per favorire l'omogenea attuazione in tutto il territorio regionale di misure organizzative per l'attivazione della modalità operativa del day service.

1. DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE DEL DAY SERVICE

Il day service si configura come modello organizzativo dinamico proposto per gestire problemi sanitari complessi che richiedono competenze multispecialistiche integrate e come modalità di offerta assistenziale centrata sul quesito clinico complessivo e non sulla singola prestazione. Con tale modello ci si propone di migliorare le caratteristiche organizzative nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, in particolare con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri ad elevato rischio di inappropriatazza.

Il day service consente di affrontare, in modo integrato e non frazionato, problemi di salute che non hanno carattere di urgenza, necessitano di prestazioni multidisciplinari e non richiedono un monitoraggio medico e/o infermieristico protratto. Pertanto il ricorso al day service deve essere previsto allorché la situazione clinica del paziente necessita di un inquadramento diagnostico e terapeutico multidisciplinare erogabile attraverso un percorso clinico assistenziale definito senza rendere necessario un ricovero ospedaliero.

Nel day service si riconoscono le seguenti peculiarità:

- la presa in carico complessiva del paziente da parte di un medico responsabile, il “case manager”, individuato nella struttura in cui si eroga il PACC;
- l’organizzazione complessa ed integrata delle attività assistenziali;
- l’erogazione di prestazioni incluse in liste ragionate predefinite, presenti nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- la durata di tutto il percorso di cura, che deve essere risolta entro un mese dall’attivazione del PACC con un numero limitato di accessi (massimo 3) per ridurre al minimo i disagi per il paziente;
- l’accesso programmato alle prestazioni, gestito con apposita lista di prenotazione.

Tale modello assistenziale introduce vantaggi per gli utenti, per le Aziende Sanitarie e per il Servizio Sanitario Regionale:

Per gli utenti

- presa in carico in percorsi assistenziali incentrati sul reale bisogno di salute;
- accesso sanitario e amministrativo facilitato (richiesta unica del MMG/PLS e versamento di un unico ticket);
- riduzione del tempo di attesa;

Per l’Azienda Sanitaria

- ampliamento dell’offerta e miglioramento della qualità dell’assistenza;
- riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriately, in particolare in regime diurno;
- ottimizzazione delle risorse;
- migliore utilizzo dei servizi diagnostici;
- riduzione delle liste di attesa e del carico amministrativo associato al frazionamento delle prenotazioni;

Per la regione

- riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- miglior utilizzo in generale dei servizi sanitari;
- miglioramento della appropriatezza e della qualità della pratica clinica in ambito regionale;
- garanzia di continuità assistenziale per l’integrazione tra i professionisti dei vari livelli assistenziali;
- miglioramento della Customer Satisfaction.

2. CARATTERISTICHE DEI PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI E COORDINATI (PACC)

I Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati rappresentano lo strumento operativo dell’assistenza erogata in day service.

I PACC possono essere di tipo medico e di tipo chirurgico.

Tra i PACC di tipo medico si distinguono quelli di tipo diagnostico e quelli per il follow-up.

I PACC di tipo diagnostico sono rivolti ai pazienti con sintomatologia di nuovo esordio che necessitano di un inquadramento ambulatoriale multispecialistico e possono essere effettuati una sola volta nell'anno.

I PACC per il follow up sono rivolti ai pazienti che necessitano di valutazioni periodiche. La frequenza di erogazione nel corso dell'anno verrà indicata per ogni PACC, in relazione alla specifica patologia trattata.

Per ogni singolo PACC sono individuate le discipline di riferimento e le prestazioni specialistiche necessarie per l'espletamento del PACC. L'insieme delle prestazioni di laboratorio di analisi è conteggiato come singola prestazione, indipendentemente dal numero di determinazioni eseguite.

I PACC chirurgici sono rivolti a pazienti che necessitano di interventi chirurgici che possono essere effettuati in regime alternativo al ricovero. Tali PACC sono identificati dal codice ICD-9-CM della procedura chirurgica e prevedono, oltre alla presa in carico del paziente, l'esecuzione della diagnostica pre-chirurgica, della procedura chirurgica e le visite di controllo post-chirurgiche. La chirurgia ambulatoriale è intesa come la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche/terapeutiche invasive e semiinvasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco regionale e/o analgesia.

Laddove non sono previste specifiche liste ragionate di prestazioni che identificano un percorso assistenziale deve essere utilizzato l'usuale contesto ambulatoriale.

3. MODALITA' DI ACCESSO E GESTIONE OPERATIVA DEL DAY SERVICE

La Direzione Sanitaria della struttura che effettua il PACC è responsabile del coordinamento organizzativo e amministrativo che consiste nel garantire la gestione delle pratiche amministrative quali prenotazione e ticket ed il rispetto dei tempi di attesa, nonché la successione degli esami previsti dal percorso. Pertanto, dovranno essere predisposte apposite agende di prenotazione per il day service nei servizi CUP e nei centri di prenotazione delle strutture assistenziali.

Nel pianificare le attività in day service si deve evitare che altri programmi assistenziali, quali l'attività per i ricoverati o per i pazienti ambulatoriali, possano interferire con le attività in day service e che tali attività implicino l'allungamento della durata delle degenze o dei tempi di attesa ambulatoriali.

3.a - Attivazione del PACC

La proposta di attivazione di uno specifico PACC per un paziente viene formulata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, che sul ricettario regionale deve indicare il codice 89.99.1 (valutazione prima visita) per PACC codice XXX (specificando il relativo codice PACC). Tale codifica sostituisce quella introdotta con la DGRC 102/09 (cod. 89.99). E' facoltà del case manager che prende in carico il paziente modificare il setting assistenziale proposto dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e indicare il percorso più appropriato per l'utente.

La prenotazione del PACC deve avvenire attraverso il CUP o i centri di prenotazione che hanno preventivamente predisposto per ogni PACC specifiche agende distinte da quella dell'attività ambulatoriale ordinaria.

Il paziente deve esibire al case manager della struttura la ricevuta di avvenuto pagamento ticket, ove dovuto, ed una eventuale relazione del medico inviante. Lo specialista effettua la visita, valuta il caso clinico e organizza il programma operativo, selezionando le prestazioni appropriate alla soluzione del caso, riferendosi alla specifica lista ragionata di prestazioni ambulatoriali, e, comunque, sulla base di criteri di evidenza clinica, efficacia e appropriatezza. Non possono essere erogate prestazioni non incluse nella lista del PACC. Qualora il case manager ritenga necessari ulteriori esami, questi andranno prescritti dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del paziente ed erogati con la tradizionale modalità dell'assistenza ambulatoriale.

Il PACC si completa con la relazione conclusiva del percorso clinico con diagnosi e indicazioni terapeutiche da rilasciare in copia all'assistito per il medico curante.

Deve essere cura della struttura erogatrice organizzare modalità e tempi di erogazione delle prestazioni richieste. Tali prestazioni comunque dovranno essere concluse entro un mese.

Nel caso in cui lo specialista, per risolvere il quesito diagnostico, non ritenga appropriato effettuare il PACC, ma ritenga sufficiente effettuare solo la visita specialistica, segnerà sul referto "PACC non erogato".

Nel referto "PACC non erogato" rientrano anche tutti i casi, in cui lo specialista, dopo la visita di valutazione, ritiene, per le condizioni cliniche del paziente, di utilizzare un regime assistenziale a maggiore complessità come il DH o il ricovero ordinario.

3.b - Modalità di dimissione per i PACC chirurgici

La procedura di dimissione dovrà prevedere la consegna al paziente di una nota informativa contenente i consigli comportamentali da seguire a domicilio, la descrizione dei fenomeni che potrebbero insorgere nelle ore successive, le relative prescrizioni terapeutiche e le modalità di utilizzo dei farmaci, nonché la struttura di riferimento in caso di insorgenza di complicanze al domicilio.

Al paziente deve inoltre essere consegnata una relazione destinata al medico curante, contenente tutti gli elementi relativi all'intervento, alla procedura eseguita ed alla ulteriore proposta terapeutica. In particolare la relazione dovrà comprendere i seguenti elementi:

- breve descrizione dell'intervento chirurgico o della procedura effettuata;
 - eventuali condizioni degne di nota, realizzatesi nel periodo perioperatorio;
 - trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio;
 - indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione (recapito telefonico).
- Qualora il paziente non possa essere dimesso in giornata per sopraggiunte complicazioni, dovrà essere allestito il passaggio di setting assistenziale con trasferimento nel reparto di riferimento, secondo le procedure prestabilite che comprendono anche le modalità di trasporto dell'assistito.

4. CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato, parte integrante delle procedure del PACC, assume particolare rilevanza nei PACC chirurgici, poiché la dimissione post-chirurgica a domicilio avviene nella stessa giornata.

Il consenso deve assumere il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l'osservanza delle regole igienico-sanitarie

consigliate. Deve essere verificata da parte dei referenti sanitari l'affidabilità del paziente e la comprensione dell'informazione resa ai familiari.

L'informazione deve riguardare:

- le condizioni cliniche;
- la tecnica di anestesia prescelta, i rischi e le complicanze ad essa connesse, la possibilità che la tecnica venga modificata in corso di intervento qualora l'anestesista lo ritenesse opportuno;
- la tecnica chirurgica proposta, le eventuali complicanze, i rischi correlati alla mancata effettuazione dell'intervento e le modalità di preparazione.

È opportuno che questa comunicazione verbale sia accompagnata da una serie di documenti quali:

- una scheda preliminare nella quale siano riportate, oltre alle informazioni relative alle indagini preoperatorie richieste, anche notizie riguardanti la preparazione all'intervento, la dieta, le modalità di accesso alla struttura;
- una scheda informativa, che il paziente dovrà prendere visione all'inizio del percorso terapeutico e che gli sarà consegnata dopo l'intervento, in cui sono riportate le prescrizioni postoperatorie, con particolare riguardo ai comportamenti da adottare in caso di complicanze, di comparsa di dolore o altri sintomi prevedibili, alle limitazioni di movimento e di funzioni, ai tempi per la ripresa della normale attività fisica e lavorativa.

L'autorizzazione scritta del paziente all'intervento deve includere l'eventuale consenso alle emotrasfusioni e la dichiarazione scritta di aver ricevuto tutte le informazioni precedentemente elencate.

5. PARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER L'UTENTE

Per ogni PACC è previsto il pagamento di un ticket pari alla quota di € 36,15.

Si applicano inoltre la quota fissa aggiuntiva per ricetta pari a € 10,00 prevista dai DCA 53/2010 e s.m.i., nonché la quota fissa aggiuntiva per ricetta pari a € 10,00 prevista dalla norma nazionale.

Per i cittadini che beneficiano dell'esenzione del ticket si applicano le relative norme regionali in materia.

6. REMUNERAZIONE DEGLI EROGATORI

Per rendere più agevole la gestione operativa dei PACC e ad integrazione di quanto già stabilito con la DGRC 102/2009, sono individuati due sub-codici della prestazione 89.99 per distinguerne i due diversi momenti assistenziali: 89.99.1 (prima visita e valutazione complessiva) con tariffa di € 20,66 e 89.99.2 (programma operativo – coordinamento clinico e organizzativo) con tariffa di € 29,34.

Nel caso in cui il PACC non venga attivato, verrà remunerata la sola prima visita e valutazione effettuata (cod. 89.99.1).

I PACC medici sono remunerati sommando le tariffe corrispondenti alle singole prestazioni erogate così come riconosciute dal vigente nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale (DCA 32/2013 e s.m.i.) compreso la prestazione 89.99.1 e 89.99.2.

I PACC chirurgici sono remunerati con una tariffa omnicomprensiva che comprende le diverse fasi del percorso assistenziale (attività propedeutiche – procedura chirurgica - controllo) riportate nell'allegato 5.

7. CONTROLLI SULLE ATTIVITA' DI DAY SERVICE AMBULATORIALE

Le attività di controllo effettuate dagli organismi aziendali preposti, devono valutare che la struttura erogatrice del PACC abbia assicurato tutti gli adempimenti di tutte le fasi del processo.

8. CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE e SDA

Il PACC è registrato in una specifica cartella clinica ambulatoriale contrassegnata da un proprio nosologico con numerazione progressiva distinta da quella utilizzata per i ricoveri. Tale cartella deve essere archiviata e conservata secondo le disposizioni vigenti. Essa contiene una parte anagrafica, una parte per l'anamnesi breve e un diario clinico per la registrazione dei referti e delle prestazioni erogate durante gli accessi. Deve anche contenere una relazione conclusiva del percorso clinico, completa di diagnosi, indicazioni terapeutiche e prescrizioni, redatta a cura del case manager, da rilasciare in copia all'assistito per il medico curante. La diagnosi deve essere codificata utilizzando i codici previsti dalla classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007. Parte integrante della cartella clinica ambulatoriale è la Scheda del Day service Ambulatoriale (SDA), riportata nell'allegato A del presente documento, in cui vanno inserite le informazioni di sintesi dell'intervento assistenziale eseguito.

9. FLUSSO INFORMATIVO

Le attività eseguite in day service devono essere monitorate al fine di verificare la corretta applicazione delle indicazioni regionali nonché di verificare i contenuti assistenziali e la capacità del day service di costituire un modello alternativo al day hospital. Il flusso informativo che veicola le informazioni dei PACC è quello delle prestazioni ambulatoriali nel file C e vanno applicate le regole previste per la rendicontazione di queste attività indicate nel DD 17/2009 e s.m.i..

Per le attività di day service di tipo medico va indicato il codice del PACC e l'elenco di tutte le prestazioni che si sono rese necessarie per il completamento del percorso clinico: tale elenco consente di calcolare la remunerazione complessiva di ciascun PACC.

Per le attività di day service di tipo chirurgico si deve registrare il codice corrispondente alla prestazione chirurgica principale – che identifica il PACC - con la data di esecuzione della stessa e le singole prestazioni che si sono rese necessarie nell'effettuazione di questa attività assistenziale. La remunerazione dei PACC di tipo chirurgico è esposta nell'allegato 5.

10. PROPOSTA DI NUOVI PACC ED AGGIORNAMENTO

Gli aggiornamenti e le nuove proposte di PACC sono definiti da una commissione tecnica, da istituirsi con provvedimento del Commissario ad acta, nella quale devono essere presenti rappresentanti dell'ARSAN e professionisti esperti.

Tale commissione provvede alla valutazione ed all'aggiornamento periodico delle attività di Day Service e dei PACC e propone l'adozione di provvedimenti conseguenti.

11. INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DELL'ATTIVITA' DI DAY SERVICE

Si definiscono di seguito alcuni indicatori, utili per la valutazione del modello organizzativo in DSA, da parte delle Aziende.

1. Durata media PACC

media dei tempi che intercorrono tra la data della prima e quella dell'ultima prestazione erogata nel PACC

2. Frequenza degli accessi

numero degli accessi per ogni PACC

3. Tempi medi di attesa

media dei tempi che intercorrono tra la data della richiesta e il primo accesso al PACC

4. Frequenza dei PACC/paziente

Numero PACC per ciascun caso preso in carico / anno

5. Indice di Performance

numero dei PACC con durata ≤ 30 giorni (solo per i PACC diagnostici/follow-up)
numero prestazioni eseguite per ogni PACC / totale prestazioni previste dalla lista

6. Indice di Output

numero PACC incompleti / totale PACC

Allegato A

	Regione Campania		AZIENDA										CODICE ISTITUTO (1)								
			SCHEDA DI DIMISSIONE DAY SERVICE																		
U.O.		PACC		1		DIAGNOSTICO		2		CHIRURGICO		3		TERAPEUTICO		ANNO		N° NOSOLOGICO			

DATI ANAGRAFICI																																							
COGNOME												NOME												SESSO		DATA DI NASCITA						GG		MM		ANNO			
																								M 1		F 2													
CODICE FISCALE												COMUNE O STATO DI NASCITA :																		CODICE ISTAT									
RESIDENZA : COMUNE O STATO DI RESIDENZA												QUARTIERE (SOLO PER NAPOLI)																											
INDIRIZZO																		Telefono																					
CITTADINANZA												REGIONE O STATO												ASL DI RESIDENZA															
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE																								TIPO RICETTA															
NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE																								STATO ESTERO															
NUMERO IDENTIFICAZIONE TESSERA																																							

MEDICO PRESCRITTORE												RICETTA																																							
STAMPA INFORMATIZZATA												TIPOLOGIA PRESCRIZIONE												S		H		A		(Suggerita-Hospital-Altro)																					
												1		CARICO SSN										2		STRANIERI (STP) MINISTERO INTERNI										4		STRANIERI DI STATI CONVENZ.										A		ALTRO	
ONERI												5		MINISTERO SALUTE(Ricette SASN)										7		PARZ. CARICO SSN										9		CITTADINO EUROPEO NON ISCRITTO AL SSN(ENI)													
ESENZIONE TICKET																																																			
DATA PRESCRIZIONE												DATA RICHIESTA PRENOTAZIONE																																							
DATA APERTURA (I ACCESSO)												DATA CHIUSURA (ULTIMO ACCESSO)																																							

DATI DI INTERESSE CLINICO																															
DIAGNOSI PRINCIPALE																								CODICE ICD							
DIAGNOSI SECONDARIA																								CODICE ICD							
PROCEDURA PRINCIPALE																								CODICE ICD							
PROCEDURA SECONDARIA																								CODICE ICD							
FIRMA E MATRICOLA DEL MEDICO CHE DIMETTE																															

(1) Codice Istituto/struttura di sei cifre e il codice dello stabilimento di due cifre.
In mancanza dello stabilimento, aggiungere al codice della struttura "00".

ELENCO DI PRESTAZIONI AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN REGIME DI DAY-HOSPITAL TRASFERIBILI IN REGIME DI DAY SERVICE

CODICE AGGREGATO PRESTAZIONI PER LA CHIRURGIA	DRG di riferimento	CODICE PROCEDURA	DESCRIZIONE AGGREGATO DI PRESTAZIONI PER LA CHIRURGIA IN REGIME DI DAY SERVICE	IMPORTO TARIFFA
P443	006	04.43	Liberazione del tunnel carpale (valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	712,50
P444	008	04.44	Liberazione del tunnel tarsale (valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	738,10
P13191	039	13.19.1	Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria. Non codificabile con 95.13)	898,00
P13701	039	13.70.1	Inserzione di cristallino a scopo refrattivo (in occhio fatico) (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria)	1.009,32
P13711	039	13.71.1	Intervento di cataratta in contemporanea con impianto di lente intraoculare (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), facemulsione (13.41), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria. Non codificabile con 95.13)	898,00
P1372	039	13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria)	723,00
P138	039	13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), impianto di lenti, visite di controllo entro 10 giorni, biometria.)	1.032,90
P872	040	08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6), (valutazione prima visita (cod. 89.99.1) (età >17)	1.166,60
P874	040	08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6), (valutazione prima visita (cod. 89.99.1) (età >17)	1.166,60
P8721	041	08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6), (valutazione prima visita - cod. 89.99.1) (età <18)	1.166,60
P8741	041	08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6), (valutazione prima visita (cod. 89.99.1) (età <18)	1.166,60
P5301	162	53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (> 17 aa).	1.140,00
P5302	162	53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (> 17 aa).	1.140,00
P5321	162	53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (> 17 aa).	1.140,00
P5329	162	53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (> 17 aa).	1.140,00
P53011	163	53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)(< 18 aa).	1.140,00
P53021	163	53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)(< 18 aa).	1.140,00
P53211	163	53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)(< 18 aa).	1.140,00
P53291	163	53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento) (< 18 aa).	1.140,00
P7756	225	77.56	Riparazione di dito a martello/artiglio (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	774,73
P802	232	80.2	Artroscopia sede non specificata (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	516,50
P8172	228	81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea senza impianto (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	1.750,00
P8175	228	81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita post-intervento)	1.750,00
P8401	229	84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	750,00
P8402	229	84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	750,00
P8411	225	84.11	Amputazione di dita del piede (incluso valutazione prima visita (cod. 89.99.1), visita anestesiológica e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	750,00
P98511	323	98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Prima seduta (incluso visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo, non associabile a 98.51.2)	600,00
P98512	323	98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Seduta successiva alla prima (incluso: ecografiadell'addome inferiore, visita urologica di controllo, non associabile a 98.51.1)	450,00
P98513	323	98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Per seduta (incluso ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo)	150,00

Tabella dei PACC già previsti dalla DGRC 102/2009 e nuovi PACC

CODICE PACC	PERCORSO AMBULATORIALE COORDINATO E COMPLESSO (PACC)	Codice DRG	DESCRIZIONE DRG di riferimento
P4912	PACC diagnostico broncopatia cronica ostruttiva	88	Malattia polmonare cronica ostruttiva
P4939	PACC diagnostico asma	97	Bronchite e asma età > 17 anni senza CC
P4011	PACC diagnostico ipertensione - primo inquadramento o sospetta ipertensione secondaria	134	Ipertensione
P4012	PACC diagnostico ipertensione - valutazione delle complicanze cardiovascolari	134	Ipertensione
P5714	PACC diagnostico epatite cronica ogni eziologia	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
P5715	PACC diagnostico cirrosi ogni eziologia	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
P2501	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo	294	Diabete, età > 35 anni
P2502	PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo	295	Diabete, età < 36 anni
P241	PACC diagnostico malattie della ghiandola tiroide	301	Malattie endocrine senza CC
P627	PACC diagnostico menopausa	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
P340	PACC Sclerosi Multipla	013	Sclerosi Multipla e Atassia Cerebellare
P7804	PACC Diagnostico dei Disturbi Dell'Equilibrio	065	Alterazioni dell'equilibrio
P414	PACC Valutazione funzionale del paziente con cardiopatia ischemica	133	Aterosclerosi senza CC
P427	PACC DIAGNOSI E FOLLOW UP DELLE ARITMIE CARDIACHE	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
P5351	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 1	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
P5641	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
P5352	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 1	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
P5642	PACC diagnostico terapeutico GASTRO 2	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
P2781	PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA' > 17 aa	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC
P2782	PACC DIAGNOSTICO PER SOVRAPPESO ED OBESITA' < 18 aa	298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni
P592	PACC PER NEFROLITIASI O PER COLICA RENALE	324	Calcolosi urinaria senza cc
P583	PACC Diagnostico Nefropatie	326	Segni e Sintomi relativi a rene e vie urinarie età > 17 anni senza CC
P606	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Uomo	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
P628	PACC Procreazione Medicalmente Assistita pre-PMA Donna	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
P345	PACC EPILESSIA	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
P784	PACC Diagnostico Cefalea e altre Sindromi dolorose Neurologiche	564	Cefalea età > 17 anni

PACC DIAGNOSI E FOLLOW UP DELLE ARITMIE CARDIACHE (P427)**Disciplina di riferimento**

Cardiologia, Pediatria, Medicina generale, Geriatria.

Razionale

Le aritmie cardiache, in particolare la fibrillazione atriale, sono patologie molto comuni e causa di numerosi ricoveri ospedalieri (ordinari o in day hospital) spesso inappropriati. La soluzione organizzativa del PAC permette di effettuare le prestazioni in un regime appropriato, garantendo ai pazienti, pediatrici o adulti, la presa in carico e la continuità assistenziale specialistica, sia nella fase di valutazione diagnostica sia nella fase del successivo follow-up.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sintomi riferibili ad aritmie, gestibili ambulatorialmente, o già diagnosticati che necessitano di follow-up clinico.

Composizione

Per configurarsi il PACC di Diagnosi e follow-up delle aritmie devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle sotto indicate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero). Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PACC.

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
89.7	Visita specialistica	€ 20,66
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	€ 15,49
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea	€ 77,47
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	€ 55,78
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo	€ 55,78
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispersitivi analogici (Iolter)	€ 61,97
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	€ 41,32
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	€ 20,66
90.04.5	ALANINAMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [Sili]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 1,13
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.16.3	CREATININA (S/P/U/DU/LA)	€ 1,13
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,17
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,55
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.43.3	TRIOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 6,40
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Discipline di riferimento

Cardiologia, Cardiocirurgia, Medicina Generale, Nefrologia, Diabetologia

Razionale

Cardiopatia ischemica comprende una serie di condizioni patologiche e di manifestazioni sindromiche che meritano un'assistenza specialistica e multidimensionale. Se in fase acuta essa è causa di alta mortalità e richiede un'assistenza tempestiva di emergenza, in fase subclinica o cronica può determinare un ricorso non sempre appropriato al ricovero in Day Hospital per approfondimenti diagnostici e follow up.

E' previsto un numero massimo di 2 follow up in un anno.

Tipologia di pazienti

Pazienti con dolore toracico tipico e atipico e/o con cardiopatia ischemica nota che necessitano di un inquadramento diagnostico, di un approfondimento diagnostico o di follow up in corso di terapia.

Composizione del PACC

Per configurarsi il PACC diagnostico per Dolore Toracico di sospetta origine cardiaca e Cardiopatia ischemica deve risultare necessaria l'erogazione di almeno 3 prestazioni tra quelle sotto elencate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero), la definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico coordinatore dell'ambulatorio sulla base delle necessità clinico-anamnestiche e sulle risultanze di referti e/o astra documentazione precedente Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.13.3	CLORO	€ 1,13
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)	€ 1,44
90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	€ 4,17
90.16.3	CREATININA (S/P/U/DU/LA)	€ 1,13
88.72.4	ECO (COLOR) DOPPLER CARDIACO TRANSESOFAGEO	€ 77,47
89.44	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO A RIPOSO E DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	€ 55,78
88.77.2	ECODOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI (<i>Nel sospetto di arteriopatia periferica cronica ostruttiva</i>)	€ 43,90
88.73.5	ECODOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI	€ 43,90
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO (<i>Sospetto aneurisma</i>)	€ 60,43
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	€ 51,65
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
90.62.2	EMOCROMO : HB,GR,GB,HCT,PLT,IND,DERIV., F.L.	€ 3,17
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGO) (<i>Diagnosi differenziale del dolore toracico</i>)	€ 56,81
90.27.1	GLUCOSIO (S/P/U/DU/LA)	€ 1,17
90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA	€ 7,41
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 1,13
90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	€ 6,92

89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO (24 ORE) DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	€ 46,48
90.37.4	POTASSIO	€ 1,02
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE , NAS	€ 15,49
88.92.3	RISONANZA MAGNETICA CARDIACA	€ 120,08
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMA	€ 187,01
90.40.4	SODIO	€ 1,02
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE (<i>In caso di sospetta BOC</i>)	€ 23,24
90.75.4	TEMPO DI PROTOMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE CON PEDANA MOBILE	€ 55,78
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	€ 55,78
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36
87.41	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	€ 77,67
88.01.2	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON CONTRAS	€ 126,90
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.43.3	TRIOTODOTIRININA LIBERA (FT3)	€ 6,40
90.82.3	TROPONINA I	€ 11,46
90.44.1	UREA (S/P/U/DU)	€ 1,13
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
89.7	CONSULENZA CARDIOCHIRURGICA	€ 20,66
89.7	CONSULENZA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.7	CONSULENZA PNEUMOLOGICA	€ 20,66
89.7	CONSULENZA ENDOCRINOLOGICA	€ 20,66

Disciplina di riferimento

Neurologia, Medicina generale

Razionale

La valutazione delle cefalee e, in generale, di altre sindromi dolorose che interessano il distretto cranico è spesso causa di ricovero ospedaliero non appropriato. Il PACC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato garantendo al paziente la presa in carico da parte di uno specialista ai fini dell'inquadramento diagnostico e della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con cefalea, disturbi nevralgici e qualsiasi altra sindrome dolorosa del distretto cranico od extracranico da coinvolgimento del sistema nervoso centrale e/o periferico

Composizione

Per configurarsi il PACC Diagnostico di Cefalea e altre sindromi dolorose neurologiche devono essere erogate almeno 3 prestazioni tra quelle sottoindicate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PACC.

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
89.7	VISITA SPECIALISTICA	€ 20,66
87.03	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO TC del cranio [sella turcica. orbite] TC dell'encefalo	€ 74,88
87.03.1	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. SENZA E CON CONTRASTO TC dei cranio (sella turcica. orbite) TC dell'encefalo	€ 120,42
87.22	RADIOGRFIA DELLA COLONNA CERVICALE (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	€ 18,08
88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	€ 49,06
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	€ 166,58
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente. iperpnea)	€ 23,24
89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi. trigeminali) Incluso: EEG	€ 48,81
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 1,13
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	€ 1,13
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	€ 7,32
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.23.2	FOLATO [S/(SG)ER]	€ 6,36
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,17
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.38.5	PROTEINE (S/U/dU/La)	€ 1,13
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17

PROCESSO DIAGNOSTICO DI CEFALEA E ALTRE SINDROMI DOLOROSE NEUROLOGICHE (1787)

90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 6,40
90.44.1	UREA (S/P/U/dU)	€ 1,13
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 6,70
90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VII	€ 11,41
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	€ 5,02
90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 10,30
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 4,73
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	€ 12,18
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 9,09
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 3,87
90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	€ 11,88
90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	€ 9,81
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.82.5	VELOCITÀ DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (STR, VNTR)	€ 154,77
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	€ 19,37
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 20,66

PACC DIAGNOSTICO DEI DISTURBI DELL'EQUILIBRIO (P7804)**Disciplina di riferimento**

Otorinolaringoiatria, Neurologia, Medicina generale.

Razionale

Il disturbo dell'equilibrio sono eventi molto frequenti che riguardano fino al 20% della popolazione generale; La valutazione dei disturbi dell'equilibrio è spesso causa di ricovero ospedaliero non appropriato; il PACC rappresenta una modalità organizzativa che consente al paziente, attraverso la presa in carico, di effettuare prestazioni in un regime più appropriato.

Tipologia di pazienti

Pazienti con disturbi dell'equilibrio e/o vertigini

Per configurarsi il PACC diagnostico dei disturbi dell'equilibrio devono essere erogate almeno 3 prestazioni tra quelle sotto indicate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero). Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PACC.

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE	€ 18,08
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	€ 61,97
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	€ 43,90
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 247,50
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	€ 181,28
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 20,66
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA	€ 23,24
89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI.PER RICERCA DI SOGLIA	€ 41,83
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	€ 61,97
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
89.7	VISITA SPECIALISTICA	€ 20,66
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.13.3	CLORURO [S/U/DU]	€ 1,13
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	€ 7,32
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.23.2	FOLATO [S/(SG)ER]	€ 6,36
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,17
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)	€ 4,99
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 20,66
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)	€ 23,24
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE	€ 32,54

PACC EPILESSIA (P345)**Disciplina di riferimento**

Neurologia, Medicina generale.

Razionale

L'epilessia è una patologia che per le sue caratteristiche e la multifattorialità eziologica necessita, per il suo inquadramento diagnostico, di un approccio complesso che comprenda una corretta definizione clinica delle crisi e un inquadramento sindromico il più preciso possibile

Tipologia di pazienti

Pazienti con uno o più episodi di alterazione dello stato di coscienza associati o meno a sintomi vari, motori o sensitivi, ascrivibili a possibili crisi epilettiche.

Composizione

Per configurarsi il PACC diagnostico per l'epilessia devono essere erogate almeno 3 prestazioni tra quelle sotto indicate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero).

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 247,50
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea)	€ 23,24
89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	€ 34,86
89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore	€ 46,48
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
89.7	VISITA SPECIALISTICA	€ 20,66
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (FRAZIONE PANCREATICA)	€ 3,65
90.07.5	AMMONIO [P]	€ 6,36
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	€ 1,13
90.12.3	DOSAGGIO PLASMATICO DEI FARMACI	€ 12,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,55
90.37.4	POTASSIO [S/U/clU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.40.4	SODIEMIA	€ 1,02
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Disciplina di riferimento**Gastroenterologia, Medicina Interna, Chirurgia, Geriatria****Tipologia di pazienti**

pazienti affetti da disturbi non acuti del tratto digerente superiore con diagnosi relative a:

PATOLOGIA ESOFAGEA - PATOLOGIA GASTRODUODENALE - PATOLOGIA GASTRODUODENALE - PATOLOGIA BILIARE E PANCREATICA - SINDROMI DA MALASSORBIMENTO

Composizione del PACC

Per configurarsi il PACC devono essere erogate almeno tre prestazioni tra quelle sotto indicate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dallo specialista referente della struttura accettante sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante.

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
1 LIVELLO DIAGNOSTICO		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)	€ 3,87
90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14
90.22.3	FERRITINA [P/(SG)ER]	€ 6,36
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,17
90.44.1	UREA [S/P/U/DU]	€ 1,13
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 1,13
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	€ 1,13
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (FRAZIONE PANCREATICA)	€ 3,65
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)	€ 4,99
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
44.19.2	BREATH TEST PER HELICOBACTER PYLORI (UREA C13)	€ 13,94
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	€ 99,40
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDE UNICA)	€ 14,10

2° livello diagnostico da attivare in soggetti con esami ai 1° livello negativi ma con persistente sospetto clinico di presenza di malattia organica o in specifici casi di esami di 1° livello positivi)

89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
42.29.2	PH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 81,60
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	€ 67,14

DISTURBI NON ACUTI DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE

Disciplina di riferimento

Gastroenterologia , Medicina Interna, Chirurgia, Geriatria

Tipologia di pazienti

Pazienti affetti da patologia organica o funzionale non acuta del tratto digerente inferiore con diagnosi relative ad Enteriti e coliti infettive e non infettive ed altre malattie dell'intestino

Composizione del PACC

Per configurarsi il PACC devono essere erogate almeno tre prestazioni tra quelle sotto indicate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dallo specialista referente della struttura accettante sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante.

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)	€ 3,87
90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14
90.22.3	FERRITINA [P/(SG)ER]	€ 6,36
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,17
90.44.1	UREA [S/P/U/DU]	€ 1,13
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 1,13
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE CATENE KAPPA E LAMBDA (S/U) la tariffa è riferita ad ognuna delle catene indicate	€ 10,60
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	€ 1,13
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 6,40
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE	€ 93,89
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 3,52
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]	€ 12,01
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO E RH (D)	€ 7,75
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO	€ 27,89
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	€ 122,22
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDE UNICA)	€ 14,10

2° livello diagnostico da attivare in soggetti con esami ai 1° livello negativi ma con persistente sospetto clinico di presenza di malattia organica o in specifici casi di esami di 1° livello positivi)

89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	€ 41,83
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 158,04
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO, DECOGRAFIA	€ 187,13
48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE,	€ 58,36
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	€ 116,16
91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (SEDI MULTIPLE)	€ 46,48
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 158,04
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 187,13

Disciplina di riferimento

Nefrologia, Nefrologia Pediatrica, Medicina generale, Urologia, Urologia pediatrica

Razionale

La nefrolitiasi colpisce il 2-10% della popolazione; gli uomini sono colpiti più delle donne; è una delle tre più frequenti cause di ricovero ospedaliero per motivi nefro-urologici. La possibilità di un percorso strutturato con la presa in carico del paziente e la gestione del processo assistenziale, eviterebbe, nella fase post-clinica, il ricorso ad ulteriori ricoveri inappropriati.

Tipologia di paziente

Pazienti con calcolosi renale, paziente con colica renale post-critica.

Composizione

Per configurarsi il PACC per nefrolitiasi o per colica renale devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle sotto indicate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero). Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco tranne quelle della branca laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PACC.

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
89.7	VISITA SPECIALISTICA	€ 20,66
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA	€ 89,35
87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO	€ 19,37
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 126,90
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 126,90
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	€ 43,90
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	€ 32,02
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	€ 12,32
90.02.2	ACIDO CITRICO	€ 4,09
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/DU]	€ 1,13
90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (RICERCA QUALITATIVA)	€ 4,62
90.13.3	CLORURO [S/U/DU]	€ 1,13
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 1,13
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,60
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/DU]	€ 1,46
90.24.5	FOSFORO	€ 1,46
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,55
90.35.3	OSSALATI [U]	€ 6,25
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	€ 18,92
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.38.5	PROTEINE (S/U/dU/La)	€ 1,13
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	€ 4,23
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.43.5	URATO [S/U/DU]	€ 1,13
90.44.1	UREA [S/P/U/DU]	€ 1,13
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (ATTIVITÀ BATTERICIDA C.M.B.)	€ 6,35
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	€ 8,31
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58

Disciplina di riferimento

Nefrologia, Medicina Generale, Pediatria, Nefrologia Pediatrica

Razionale

L'inquadramento diagnostico delle nefropatie necessita di una modalità organizzativa coordinata e complessa che consente di poter effettuare le prestazioni necessarie in un regime assistenziale appropriato evitando il ricorso a ricoveri impropri. Tale gestione prevede la presa in carico del paziente da parte di uno specialista in modo da poter attuare una tempestiva strategia terapeutica evitando che la patologia evolva verso quadri più severi.

Tipologia Paziente

Pazienti con segni clinici di nefropatia di origine non accertate e/o riduzione della funzionalità renale che necessitano di un inquadramento diagnostico

Composizione

Per configurarsi il PACC per la diagnosi della nefropatie devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle sotto indicate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero). Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PACC.

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
89.7	VISITA SPECIALISTICA	€ 20,66
87.41.1	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 124,11
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	€ 15,49
87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO	€ 19,37
88.01.6	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 158,04
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	€ 43,90
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	€ 32,02
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 20,66
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,76
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 7,75
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	€ 56,81
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	€ 99,40
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	€ 86,80
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	€ 122,22
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	€ 5,31
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/DU]	€ 1,13
90.13.3	CLORURO [S/U/DU]	€ 1,13
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 1,13
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,60
90.24.5	FOSFORO	€ 1,46
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,17
90.26.1	GASTRINA [S]	€ 14,08
90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA	€ 7,41
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	€ 10,60
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,55
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,11
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	€ 4,23
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02

90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.43.5	URATO [S/U/DU]	€ 1,13
90.44.1	UREA [S/P/U/DU]	€ 1,13
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,19
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IGG, IGA, IGM)	€ 12,42
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 10,69
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [TEST DI COOMBS INDIRETTO]	€ 8,37
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (ABTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (ABTPO)	€ 11,30
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,36
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,37
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	€ 7,41
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (CIASCUNO)	€ 5,30
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,74
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	€ 12,60
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 4,73
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	€ 20,88
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)	€ 4,99
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (PER TEST)	€ 6,77
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)	€ 3,87
90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	€ 2,14
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (ATTIVITA' BATTERICIDA C.M.B.)	€ 6,35
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	€ 8,31
91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (MET. TRADIZIONALE)	€ 10,40
91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (ZIEHL-NEELSEN, KINYIUN)	€ 4,29
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 4,85
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAG	€ 10,01
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBEAG	€ 10,01
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBSAG	€ 10,01
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBEAG	€ 10,01
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBSAG	€ 7,90
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 10,01
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 10,90
91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE	€ 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

Discipline di riferimento

Medicina Generale, Endocrinologia, Pediatria

Razionale

La valutazione diagnostica dell'obesità, particolarmente delle forme più gravi, è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Inoltre una larga quota delle prestazioni vengono erogate in modo ripetitivo e spesso inconcludente ed il paziente obeso difficilmente riceve una diagnosi precisa seguita da un percorso terapeutico ben definito. Le prestazioni clinico-diagnostiche potrebbero essere erogate in regime di Day-service quando sussistano i criteri clinici indicati.

Tipologia di pazienti

Pazienti con obesità (IMC>30 kg/m²) per la valutazione diagnostica e primo inquadramento clinico.

Composizione

Per configurarsi il PACC dell'obesità devono essere erogate almeno tre (3) prestazioni tra quelle indicate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente della struttura accettante specializzata per la diagnosi e la cura dell'obesità, sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca di laboratorio di analisi, possono essere eseguite una sola volta nell'ambito del Day Service.

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.15.3	CORTISOLO [S/U]	€ 7,79
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)	€ 1,44
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	€ 1,13
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	€ 1,17
90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA	€ 7,41
90.28.5	INSULINA (CURVA DA CARICO O DOPO TEST FARMACOLOGICI, MAX. 5)	€ 27,82
90.29.1	INSULINA [S]	€ 8,75
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	€ 1,02
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.43.5	URATO [S/U/dU]	€ 1,13
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	€ 1,13
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.11.1	C PEPTIDE	€ 12,15
90.11.2	C PEPTIDE: DOSAGGI SERIATI DOPO TEST DI STIMOLO (5)	€ 50,65
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	€ 28,41
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	€ 51,65
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA	€ 60,43
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	€ 43,90
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE	€ 43,90
88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO	€ 14,20
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 23,24
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	€ 19,37
95.42	IMPEDENZOMETRIA corporea assimilata a IMPEDENZOMETRIA	€ 8,68
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	€ 56,81
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	€ 12,32

Nota : per pazienti con età minore a 18 aa. utilizzare il codice PACC P2781; riferito al DRG 298
per pazienti con età maggiore a 17 aa. utilizzare il codice PACC P2782, riferito al DRG 297

Discipline di riferimento

Ginecologia e Ostetricia, Fisiopatologia della riproduzione

Razionale

Le coppie infertili che decidono di sottoporsi alla PMA devono sottoporsi ad una serie di indagini multi specialistiche **preliminari** alla tecnica di PMA, anche al fine di **definire la tecnica** di PMA più appropriata per la loro specifica condizione di infertilità e ricevere un trattamento appropriato (Tecniche di I,II e III livello).

Spesso l'iter diagnostico di una coppia infertile può dilatarsi nel tempo e protrarsi per più sedute, facendo preferire, talora, il ricorso al ricovero ordinario, con un maggior impegno di risorse economiche e disagi socio-psicologici per la coppia.

Tipologia di pazienti

Soggetti di sesso femminile appartenenti a coppie candidate alle tecniche di fecondazione assistita

Composizione

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

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
89.7	VISITA CARDIOLOGICA	€ 20,66
89.26	VISITA GINECOLOGICA	€ 20,66
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 34,86
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	€ 15,49
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/LA/ALB]	€ 7,40
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	€ 1,84
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/DU]	€ 1,13
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,36
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)	€ 1,44
90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	€ 9,27
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	€ 15,55
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	€ 12,97
90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]	€ 9,11
90.22.3	FERRITINA [P/(SG)ER]	€ 6,36
90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	€ 6,21
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(SG)ER]	€ 7,16
90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (SUBUNITÀ BETA FRAZIONE LIBERA) [S/U]	€ 11,47
90.29.1	INSULINA [S]	€ 8,75
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 1,13

90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	€ 7,20
90.38.1	PROGESTERONE [S]	€ 9,13
90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	€ 7,13
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	€ 9,78
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 4,78
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 6,40
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 6,70
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IGG, IGA, IGM)	€ 12,42
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [TEST DI COOMBS INDIRETTO]	€ 8,37
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (ABTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (ABTPO)	€ 11,30
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,36
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	€ 7,37
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (ABTG)	€ 12,57
90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	€ 12,98
90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	€ 12,66
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 11,49
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [TEST DI COOMBS DIRETTO]	€ 6,87
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,79
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (FLOCCULAZIONE) [VDRL] [RPR]	€ 3,36
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 8,07
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBSAG	€ 10,01
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 10,01
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 10,90
91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	€ 7,88
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA	€ 158,55
91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE	€ 112,81
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE)	€ 59,05
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP TEST]	€ 11,16
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
68.12.1	ISTEROSCOPIA	€ 30,38
87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA	€ 108,46
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE	€ 35,89
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	€ 30,99
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	€ 43,38
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	€ 166,58
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (CIASCUNO)	€ 5,30
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)	€ 4,99
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	€ 9,09
90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	€ 11,88
90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2	€ 4,65
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,85
90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	€ 2,79
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,95
90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 11,57
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	€ 8,31

Discipline di riferimento

Fisiopatologia della riproduzione, Urologia, Andrologia

Razionale

Le coppie infertili che decidono di sottoporsi alla PMA devono effettuare una serie di indagini multi specialistiche **preliminari** alla tecnica di PMA, anche al fine di **definire la tecnica** di PMA più appropriata per lo loro specifica condizione di infertilità e ricevere un trattamento appropriato (Tecniche di I,II e III livello).

Spesso l'iter diagnostico di una coppia infertile può dilatarsi nel tempo e protrarsi per più sedute, facendo preferire, talora, il ricorso al ricovero ordinario, con un maggior impegno di risorse economiche e disagi socio-psicologici per la coppia.

Composizione

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

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
89.7	VISITA CARDIOLOGICA	€ 20,66
89.7	VISITA SPECIALISTICA	€ 20,66
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	€ 10,53
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/LA/ALB]	€ 7,40
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	€ 1,84
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 1,41
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/DU]	€ 1,13
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,36
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)	€ 1,44
90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	€ 9,27
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	€ 15,55
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	€ 12,97
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	€ 6,21
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,04
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	€ 1,13
90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(SG)ER]	€ 7,16
90.29.1	INSULINA [S]	€ 8,75
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 1,13
90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	€ 5,12
90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	€ 8,13
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	€ 7,20
90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	€ 7,13
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	€ 9,78
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,17
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [TEST DI COOMBS INDIRETTO]	€ 8,37
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (ABTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (ABTPO)	€ 11,30
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,36

90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (ABTG)	€ 12,57
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [TEST DI COOMBS DIRETTO]	€ 6,87
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (FLOCCULAZIONE) [VDRL] [RPR]	€ 3,36
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 8,07
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBSAG	€ 10,01
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 10,01
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 10,90
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA	€ 158,55
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (STR, VNTR)	€ 154,77
91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE	€ 112,81
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE)	€ 59,05
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (CIASCUNO)	€ 5,30
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)	€ 4,99
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 11,57
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	€ 8,31

Discipline di riferimento**Neurologia, Oculistica.****Razionale**

La sclerosi multipla (SM) è una delle malattie più comuni del sistema nervoso centrale il cui inquadramento diagnostico richiede un approccio combinato e interdisciplinare in ragione della complessità e della variabilità dei sintomi e del pattern di evoluzione. Tale approccio, può ritenersi di massima basato su prestazioni "programmabili e prevedibili" nei casi di sospetto fondato della malattia o follow-up del progetto terapeutico

E' previsto un numero massimo di 2 follow up in un anno.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sintomi suggestivi di SM o con diagnosi di SM che necessitano di un inquadramento diagnostico, di un approfondimento diagnostico o di follow up in corso di terapia.

Composizione del PACC

Per configurarsi il PACC diagnostico per SM deve risultare l'erogazione di ameno 3 prestazioni tra quelle sotto elencate (le prestazioni riferite alla branca laboratorio di analisi, vengono conteggiate come singola prestazione, indipendentemente dal loro numero).

codice	prestazione	tariffa
89.99.1	PRIMA VISITA E VALUTAZIONE	€ 20,66
89.99.2	PROGRAMMA OPERATIVO-COORDINAMENTO CLINICO E ORGANIZZATIVO	€ 29,34
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 20,66
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO	€ 16,78
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 7,75
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)	€ 23,24
95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO	€ 15,49
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 247,50
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	€ 181,28
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,58
90.44.1	UREA [S/P/U/DU]	€ 1,13
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	€ 1,17
90.16.3	CREATININA [S/U/DU/LA]	€ 1,13
90.40.4	SODIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(SG)ER]	€ 1,02
90.13.3	CLORURO [S/U/DU]	€ 1,13
90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 3,17
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 4,23
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 1,00
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 1,04
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,04
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,43
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67
90.22.5	FERRO [S]	€ 1,14
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
90.43.3	TRIOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 6,40
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 6,36
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 5,46
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (ABTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (ABTPO)	€ 11,30
90.41.5	TIREOGLOBULINA (TG)	€ 13,34
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 10,01
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBSAG	€ 10,01
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,56
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,19
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)	€ 3,87
90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (CIASCUNO)	€ 14,31