

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 12 gennaio 2010, n. 1.

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

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2009)

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

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni;

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

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

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

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

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

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

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

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

VISTO il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

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

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

VISTA la DGR n. 731 del 4 agosto 2005 "Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del Livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale";

VISTE le Deliberazioni di Giunta Regionale:

- n. 143 del 22 marzo 2006 "Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale"
- n. 922 del 21 dicembre 2006 "Integrazione deliberazione Giunta regionale n. 143/06. Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi";

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

VISTE le Deliberazioni di Giunta Regionale:

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

- n. 1061 del 28 dicembre 2007 “Rettifiche ed integrazioni DGR 436/07”;

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

VISTA la DGR n. 114 del 29 febbraio 2008 “Riconoscimento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali erogabili nell'ambito del SSR e relative tariffe in esecuzione della sentenza del TAR Lazio n. 12623/07” che riporta in allegato l' “Elenco Pacchetti Ambulatoriali Complessi deliberati nelle DGR 731/05, 143/06, DGR 922/06 e DGR 538/07”;

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERATO il parere favorevole del Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Lazio, nominato con Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17/10/08;

DECRETA

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

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

Il commissario
Guzzanti

ALLEGATO 1

DAY SERVICE E INTRODUZIONE DI ULTERIORI PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI

1. PREMESSA

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

2. CRITERI ORGANIZZATIVI GENERALI

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

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

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

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

Quando non altrimenti specificato nell'articolazione del singolo PAC, il tempo massimo che deve intercorrere tra l'apertura del PAC e la consegna della relazione clinica riassuntiva finale, non deve essere superiore ad un mese, in modo da prevedere, per il paziente, il minor numero di accessi e di disagio possibili.

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

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

La documentazione clinica del Day Service, predisposta per ogni singolo PAC a cura dell'équipe sanitaria, deve essere archiviata presso la struttura, anche solo in formato elettronico e deve essere composta da:

- ricetta di prescrizione;
- dati anagrafici e codice fiscale del paziente;
- inquadramento del problema sanitario che ha determinato l'attivazione del PAC, con indicazione della diagnosi o sospetto diagnostico e di eventuali esami già eseguiti in altra modalità assistenziale;
- programmazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche costituenti il PAC;
- copia dei referti relativi a tutte le prestazioni che hanno costituito il PAC;
- relazione clinica riassuntiva finale (conclusiva del PAC).

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

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

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

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

Per quanto attiene la modalità di registrazione del PAC, viene introdotta la possibilità di segnalare i PAC che, per imprevisti eventi occorsi al paziente, non si concludano nell'arco temporale previsto.

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

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

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

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

3. REQUISITI PER L'ATTIVITA' DEL DAY SERVICE

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

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

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

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

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

4. ESENZIONI

Nel rispetto della normativa vigente, è prevista, da parte del cittadino, relativamente alla singola ricetta che riporta le prestazioni da effettuare all'interno del PAC, la partecipazione alla spesa (ticket), ad esclusione dei cittadini esenti per categorie con esenzione totale. I cittadini con esenzione parziale usufruiscono, senza partecipazione alla spesa, dei PAC strettamente correlati alla specifica patologia o malattia invalidante.

Per i PAC Diagnostici il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo è consentito esclusivamente ai cittadini affetti da malattie rare (DM 18 maggio 2001, n. 279), per i quali il SSN prevede particolari forme di tutela che consistono nell'esenzione dalla partecipazione al costo di tutte le prestazioni sanitarie necessarie sia per la diagnosi che per il trattamento della specifica malattia.

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

5. ITER PER L'INTRODUZIONE DI NUOVI PAC

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

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

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

Le proposte di nuovi PAC verranno periodicamente valutate da uno specifico Gruppo di Lavoro già istituito presso Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica con Decisione n. 143 del 09/07/2004, che potrà avvalersi di competenze esterne specifiche per singola area specialistica.

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

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

TABELLA 1 NUOVI PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI (PAC)

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

Vengono introdotti i seguenti PAC:

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

PAC PER L' ACCERTAMENTO DI IDONEITA' AL TRAPIANTO RENALE (P585B)**Disciplina di riferimento**

Nefrologia, Nefrologia pediatrica, Chirurgia Generale con Centro Trapianti

Razionale

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

Tipologia di pazienti

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

Composizione

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

codice	prestazione	costo
P585B	Visita e gestione del PAC	€ 25,00
89.01	Visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,32
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace	€ 15,49
88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME (2 proiezioni)	€ 19,37
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso:	€ 56,81
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di	€ 71,01
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino	€ 61,97
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	€ 87,28
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 43,90
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	€ 32,02
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o	€ 43,90
88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI Aorta addominale, grossi vasi addominali e	€ 32,02
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	€ 43,38
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno,	€ 140,99
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 140,99
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 246,35
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 246,35
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	€ 34,86
87.77	CISTOGRAFIA (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	€ 48,29
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico	€ 20,66
87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	€ 10,33

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

90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,28
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53
91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	€ 5,22
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	€ 19,11
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	€ 19,11
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	€ 19,11
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	€ 19,11
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 19,11
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 8,78
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	€ 13,48
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	€ 8,78
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	€ 19,01
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75
91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	€ 7,75
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	€ 3,36
91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva)	€ 3,46
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	€ 19,11
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	€ 19,11
90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)	€ 6,35
90.93.4	ESAME CULTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria gonorrhoeae	€ 6,47
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	€ 5,17
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	€ 14,10
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	€ 46,48

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

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

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

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

Tariffa

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

Note

La prestazione con codice 89.7, che può essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo 5 volte.

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

La prestazione con codice 87.11.1 può essere utilizzata al massimo 2 volte.

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

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

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

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

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

PAC PER LO STUDIO DONATORE VIVENTE (PV594)**Disciplina di riferimento**

Nefrologia, Nefrologia Pediatrica, Chirurgia generale con Centro trapianti

Razionale

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

Tipologia di pazienti

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

Composizione

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

codice	prestazione	costo
PV594	Visita e gestione PAC	€ 25,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche	€ 12,91
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	€ 20,66
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,62
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	€ 51,65
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 61,97
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo	€ 55,78
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace	€ 15,49
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,76
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti	€ 20,66
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico	€ 20,66
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	€ 5,17
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	€ 34,86
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	€ 35,89
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	€ 28,41
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	€ 56,81
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino	€ 61,97
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 246,35
88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell' aorta addominale	€ 283,28
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 249,45
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto e nefropielotomografia	€ 89,35
87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	€ 19,37
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 43,90
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON	€ 175,60
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 246,35
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 0,52
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	€ 7,75

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

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

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

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

Tariffa

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

Note

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

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

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

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