

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 maggio 2019, n. 773

**Approvazione pacchetti di day-service di Epatologia, Screening onco - epatico, Psichiatria, Ematologia, Rete OSAS e Progetto CROSS. Modifica e integrazione delle DD.GG.RR. n. 951 del 13/05/2013 e revoca dei pacchetti: PAC 14 e PCA0A e PCB 25.**

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

**Visti:**

- Il D.P.C.M. 29-11-2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, nell'Allegato 2C, che ha individuato le prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione. Si definiscono "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse". Il DPCM 29/11/01, in particolare, demanda alle Regioni l'individuazione di soglie di ammissibilità per 43 DRG a elevato rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario;
- L'intesa Stato - Regioni del 03.12.2009, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, in particolare all'art.6, comma 5 e nell'Allegato B, che, al fine di razionalizzare ed incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, nel rispetto dell'Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001, ha individuato una lista di 108 DRG, comprensiva dei suddetti 43 DRG ad alto rischio di inappropriata qualora erogati in regime di ricovero ordinario, trasferibili in regime ambulatoriale, in piena sicurezza per pazienti ed operatori, atteso lo sviluppo della pratica medica, l'organizzazione attuale ospedaliera e la disponibilità di nuove tecnologie, che consentono oggi di erogare, con la stessa efficacia, tali prestazioni;
- il Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 23 del 28/01/2013 - Suppl. Ordinario n. 8, che ha definito la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- Il Patto della Salute per gli anni 2014- 2016 (Rep. Atti n. 82/CSR) del 10 luglio 2014, all'art. 5 "Assistenza territoriale", punto 19 "specialistica ambulatoriale", che ha stabilito che:  
*"In vista dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, nei termini di cui al comma 2 dell'articolo 1, resta confermato che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, è integrata dalle Regioni e dalle Province Autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati al Patto per la salute 2010-2012.*  
*Si conferma che le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale. Ai fini dell'inserimento nel nomenclatore, le Regioni e le Province Autonome provvedono a individuare per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni la definizione, la codifica, le eventuali limitazioni all'erogazione (H, R, ecc.) e, **in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero**, provvedendo alla trasmissione telematica di tali informazioni al Sistema Tessera Sanitaria e tenendo conto dei procedimenti di controllo (ex DM 11/12/2009) delle eventuali esenzioni dalla compartecipazione alla spesa";*
- le deliberazioni di Giunta Regionale n. 1202 del 18/06/2014 e n. 2774 del 22/12/2018 con cui sono stati trasferiti in setting assistenziale day-service i 108 DRG ad alto rischio di Inappropriata di cui al Patto della Salute 2010 - 2012 e sono state altresì definite le tariffe, le soglie di ammissibilità e le relative discipline;

- le deliberazioni di Giunta regionale n. 2051 del 13/12/2016, n. 984 del 12/06/2018 e n. 1440 del 2/08/2018 con cui sono stati approvati i nuovi pacchetti di prestazioni in regime di day - service;
- Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ad oggetto "Definizione aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

**Atteso che:**

- all'art. 2 comma 4 del Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 è stato stabilito che *"Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero. Le regioni possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifiche dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati **nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria** approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati... "*;
- in attuazione del Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 951 del 13/05/2013 e ss.mm.ii. è stato approvato il nuovo tariffario regionale relativo alla remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale, erogabili dal SSR della Puglia, con decorrenza dal 01/06/2013;
- all'art. 13 della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1202/2014 è stata prevista la possibilità che vengano proposti nuovi pacchetti di prestazione in regime di day- service.

In base a quanto stabilito dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1202/2014 e ss.mm.ii., sono pervenute alla Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" nuove proposte di pacchetti day-service, così come di seguito dettagliato, approvati dal "Tavolo tecnico regionale day-service nella sedute del 17 gennaio 2019 e del 13 febbraio 2019", dettagliati nell'Allegato del presente provvedimento :

**a) Pacchetti day- service di Epatologia proposti dall'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR." di Foggia**

1. Pacchetto day -service "Ipertransaminasemia di ndd";
2. Pacchetto day -service "Epatopatie virali croniche
3. Pacchetto day-service "Epatopatie croniche da accumulo o autoimmuni";
4. Pacchetto day -service "Epatopatie su base alcolica o metabolica"

**b) Pacchetti day- service di Ematologia proposti dalla Rete Ematologica Pugliese (REP)**

1. Pacchetto day- service diagnostico
2. Pacchetto day-service "Follow-up Sindromi Mielodisplastiche (MDS) - SMPC";
3. Pacchetto day -service "Follow - up Mieloma";
4. Pacchetto day-service "Follow-up Linfoma";
5. Pacchetto day -service "Follow - up Leucemia Linfatica Cronica LLC - MW"

**c) Pacchetti RETE OSAS proposti dal Tavolo tecnico regionale OSAS.**

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 1302 del 2/08/2017 è stata approvata la Rete Regionale OSA della Regione Puglia, in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni del 12/05/2016 (Rep. atti n. 87/CSR) avente ad oggetto: "La sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS)": definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) OSA della Regione Puglia".

Il tavolo Tecnico regionale ha proposto i seguenti pacchetti:

1. Pacchetto di pneumologia per PDTA/RETE OSAS Puglia;
2. Pacchetto di Otorinolaringoiatria per l'esecuzione di Sleep Endoscopy per PDTA/RETE OSAS Puglia

**d) Pacchetti day- service proposti dalla U.C. di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliero Consorziato Policlinico di Bari**

1. Pacchetto day service diagnostico per pazienti in stato di subacuzie o all'esordio di disturbo psichiatrico o già in trattamento psicofarmacologico che necessitano di variazioni dello stesso;
2. Pacchetto day-service follow-up per pazienti in stato di subacuzie o all'esordio di disturbo psichiatrico o già in trattamento psicofarmacologico che necessitano di variazioni dello stesso.

**e) Pacchetto day- service "CEUS" per il follow-up di pazienti oncologici**, con particolare riferimento alle neoplasie epatiche primitive e secondarie, proposto dall'IRCCS oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari.

**f) Pacchetto day - service progetto CROSS, proposto dall'Azienda Ospedaliero Consorziale Policlinico di Bari.**

Con i pacchetti proposti si intende ridurre i ricoveri inappropriati, per i quali verrà avviato un puntuale monitoraggio con possibilità di revisione per quanto riguarda le prestazioni o la tariffa di rimborso. In particolare, come richiesto dai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze), l'obiettivo è quello di ridurre l'utilizzo dei day- -hospital (DH) per finalità diagnostiche. Le prestazioni ricomprese nel pacchetto dovranno essere gestite dallo specialista che ha preso in carico il paziente secondo le procedure già utilizzate per il ricovero o per DH/DS.

Qualora dovesse emergere dal monitoraggio, già implementato per il tramite del Sistema Informativo "Edotto", che lo stesso paziente ha eseguito prestazioni già previste nel pacchetto, con evidente duplicazione degli oneri a carico del SSN, non si procederà al riconoscimento delle stesse.

Le tariffe dei pacchetti "day-service" sono state determinate in coerenza alla metodologia definita al punto 3 della deliberazione di Giunta regionale n. 2051 del 13/12/2016 ed in particolare sulla base del costo medio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che compongono il pacchetto :

- a) nei limiti della tariffa massima DRG attribuita al ricovero diurno/DH nel caso di follow-up;
- b) nei limiti della tariffa DRG attribuita al ricovero ordinario nel caso di attività diagnostica.

Per tariffe massime si intendono quelle espressamente previste dal Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, avente ad oggetto: *"Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale"*.

Inoltre, con nota prot. n. AOO\_ 081-1372 del 14/03/2019 il Servizio Politiche del Farmaco ha fornito indicazioni su: "DGR 1894/2014. Rimborsabilità dei farmaci ad alto costo. Aggiornamento elenco e disposizioni applicative".

Infine, dal presente provvedimento non derivano maggiori oneri a carico del bilancio regionale, in quanto trattasi di prestazioni già rese in regime di ricovero o di specialistica ambulatoriale. Con l'approvazione dei pacchetti day-service, infatti, si intende solo allocare in modo più appropriato le risorse del Fondo Sanitario Regionale, garantendo altresì una reale presa in carico del paziente soprattutto per le finalità diagnostiche o di follow-up.

Alla luce di quanto sopra esposto si propone di;

1. di approvare i pacchetti di day-service approvati nelle riunioni del Tavolo tecnico regionale "day-service" nella sedute del 17 gennaio 2019 e del 13 febbraio 2019, dettagliati nell'Allegato del presente schema di provvedimento, di seguito elencati :

- a) **Pacchetti day- service di Epatologia** erogabili dalle Unità Operative di Medicina Interna e Gastroenterologia dotate dei requisiti richiesti per l'erogazione delle prestazioni :

1. Pacchetto day-service "Ipertransaminasemia di ndd";
2. Pacchetto day -service "Epatopatie virali croniche";
3. Pacchetto day-service "Epatopatie croniche da accumulo o autoimmuni";
4. Pacchetto day -service "Epatopatie su base alcolica o metabolica".

Inoltre, i pacchetti di gastroenterologia, approvati con D.G.R. n. 984/2018 sono erogabili anche dalle Unità Operative di Medicina generale.

b) **Pacchetti day- service di Ematologia** erogabili dalle Unità operative di Ematologia individuate nell'ambito della Rete Ematologica Pugliese (REP):

1. Pacchetto day- service diagnostico
2. Pacchetto day-service "Follow-up Sindromi Mielodisplastiche (MDS) - SMPC";
3. Pacchetto day -service "Follow-up Mieloma";
4. Pacchetto day-service "Follow-up Linfoma";
5. Pacchetto day -service "Follow - up Leucemia Linfatica Cronica LLC - MW"

I pazienti più complessi e fragili possono accedere al Day- Hospital (pazienti oltre i 65 anni, con cardiopatie o broncopneumopatie croniche, ecc...).

c) **Pacchetti RETE OSAS** ed in particolare:

1. Pacchetto di pneumologia per PDTA/RETE OSAS Puglia, erogabile dagli ambulatori ospedalieri e territoriali individuati nell'ambito della rete approvata con D.G.R. n. 1302/2017;
2. Pacchetto per l'esecuzione di Sleep Endoscopy per PDTA/RETE OSAS Puglia erogabile dalle Unità Operative di Otorinolaringoiatria, individuate dal Regolamento regionale vigente di riordino della rete ospedaliera.

d) **Pacchetti day- service erogabili dalle Unità Operative di Psichiatria:**

1. Pacchetto day service diagnostico per pazienti in stato di subacuzie o all'esordio di disturbo psichiatrico o già in trattamento psicofarmacologico che necessitano di variazioni dello stesso;
2. Pacchetto day-service follow-up per pazienti in stato di subacuzie o all'esordio di disturbo psichiatrico o già in trattamento psicofarmacologico che necessitano di variazioni dello stesso

e) **Pacchetto day- service "CEUS"** per il follow-up di pazienti oncologici, con particolare riferimento alle neoplasie epatiche primitive e secondarie, erogabile da: Azienda Ospedaliero Consorziale Policlinico di Bari e Azienda Ospedaliera "OO.RR" di Foggia.

f) **Pacchetto day-service "Progetto CROSS"**, in attuazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1934 del 30/10/2018, erogabile solo dalle strutture ospedaliere autorizzate alla realizzazione del citato progetto: Azienda Ospedaliero Consorziale Policlinico di Bari e Azienda Ospedaliera "OO.RR." di Foggia.

2. di revocare i codici day-service PAC 14 "Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC", PCA0A "Cirrosi epatica ogni eziologia" e PCB25 di somministrazione farmaco non ad alto costo. Pertanto, la denominazione del codice PCB26 diventa "somministrazione farmaco" ed il costo del farmaco deve essere addebitato in File F e comunque secondo le disposizioni definite nell'ambito delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dal Servizio "Politiche del farmaco";

3. di stabilire che, per il tramite della Sezione "Risorse Strumentali e Tecnologiche" e compatibilmente con le esigenze informatiche, vengano attribuiti i codici relativi ai pacchetti di dayservice dettagliatamente riportati nell'Allegato del presente schema di provvedimento;

4. di stabilire che, attesa la costante evoluzione delle prestazioni e delle metodiche adottate, eventuali modifiche ai pacchetti approvati con il presente provvedimento, per quanto attiene sia il dettaglio delle prestazioni sia la relativa tariffa, possano essere apportate con Determinazione Dirigenziale della Sezione "Strategie Governo dell'Offerta";

5. di confermare quant'altro già stabilito con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1202/2014 e ss.mm.ii.;

6. di confermare l'obbligo di compilazione della scheda di day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day-service, in ottemperanza a quanto espressamente previsto con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2774 del 22/12/2014;
7. di confermare quanto espressamente stabilito ai punti 15 e 16 della deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2014 per quanto attiene l'attivazione ed erogazione dei pacchetti da parte delle Case di Cura private accreditate, di cui al presente schema di provvedimento;
8. di confermare le condizioni di appropriatezza delle prestazioni rese nei vari setting assistenziali (ricovero, day-hospital, day-surgery, ecc), dettagliatamente riportate nel DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, recepite con la deliberazione di Giunta regionale n. 984/2018 nonché quanto espressamente previsto dalle Linee guida regionali in materia di appropriatezza (D.G.R. n. 90/2018).

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

#### **COPERTURA FINANZIARIA DEL D.Lgs. 118/2011.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

#### **LA GIUNTA**

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

1. di approvare i pacchetti di day-service approvati nelle riunioni del Tavolo tecnico regionale "day-service" nella sedute del 17 gennaio 2019 e del 13 febbraio 2019, dettagliati nell'Allegato del presente provvedimento, di seguito elencati:

a) **Pacchetti day- service di Epatologia erogabili dalle Unità Operative di Medicina Interna e Gastroenterologia dotate dei requisiti richiesti per l'erogazione delle prestazioni :**

1. Pacchetto day-service "Ipertransaminasemia di ndd";
2. Pacchetto day -service "Epatopatie virali croniche";
3. Pacchetto day-service "Epatopatie croniche da accumulo o autoimmuni";
4. Pacchetto day -service "Epatopatie su base alcolica o metabolica".

Inoltre, i pacchetti di gastroenterologia, approvati con D.G.R. n. 984/2018 sono erogabili anche dalle Unità Operative di Medicina generale.

b) **Pacchetti day- service di Ematologia erogabili dalle Unità operative di Ematologia individuate nell'ambito della Rete Ematologica Pugliese (REP):**

1. Pacchetto day- service diagnostico
2. Pacchetto day-service "Follow-up Sindromi Mielodisplastiche (MDS) - SMPC";
3. Pacchetto day -service "Follow-up Mieloma";
4. Pacchetto day-service "Follow-up Linfoma";
5. Pacchetto day -service "Follow - up Leucemia Linfatica Cronica LLC - MW"

I pazienti più complessi e fragili possono accedere al Day- Hospital (pazienti oltre i 65 anni, con cardiopatie o broncopneumopatie croniche, ecc...).

c) **Pacchetti RETE OSAS ed in particolare:**

1. Pacchetto di pneumologia per PDTA/RETE OSAS Puglia, erogabile dagli ambulatori ospedalieri e territoriali individuati nell'ambito della rete approvata con D.G.R. n. 1302/2017;
2. Pacchetto per l'esecuzione di Sleep Endoscopy per PDTA/RETE OSAS Puglia erogabile dalle Unità Operative di Otorinolaringoiatria, individuate dal Regolamento regionale vigente di riordino della rete ospedaliera.

d) **Pacchetti day- service erogabili dalle Unità Operative di Psichiatria:**

1. Pacchetto day service diagnostico per pazienti in stato di subacuzie o all'esordio di disturbo psichiatrico o già in trattamento psicofarmacologico che necessitano di variazioni dello stesso;
2. Pacchetto day-service follow-up per pazienti in stato di subacuzie o all'esordio di disturbo psichiatrico o già in trattamento psicofarmacologico che necessitano di variazioni dello stesso

e) **Pacchetto day- service "CEUS"** per il follow-up di pazienti oncologici, con particolare riferimento alle neoplasie epatiche primitive e secondarie, erogabile da: Azienda Ospedaliero Consorziiale Policlinico di Bari e Azienda Ospedaliera "OO.RR" di Foggia.

f) **Pacchetto day-service "Progetto CROSS"**, in attuazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1934 del 30/10/2018, erogabile solo dalle strutture ospedaliere autorizzate alla realizzazione del citato progetto: Azienda Ospedaliero Consorziiale Policlinico di Bari e Azienda Ospedaliera "OO.RR." di Foggia.

2. di revocare i codici day-service PAC 14 "Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC", PCA0A "Cirrosi epatica ogni eziologia" e PCB25 di somministrazione farmaco non ad alto costo. Pertanto, la denominazione del codice PCB26 diventa "somministrazione farmaco" ed il costo del farmaco deve essere addebitato in File F e comunque secondo le disposizioni definite nell'ambito delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dal Servizio "Politiche del farmaco";

3. di stabilire che, per il tramite della Sezione "Risorse Strumentali e Tecnologiche" e compatibilmente con le esigenze informatiche, vengano attribuiti i codici relativi ai pacchetti di day-service dettagliatamente riportati nell'Allegato del presente provvedimento;

4. di stabilire che, attesa la costante evoluzione delle prestazioni e delle metodiche adottate, eventuali modifiche ai pacchetti approvati con il presente provvedimento, per quanto attiene sia il dettaglio delle prestazioni sia la relativa tariffa, possano essere apportate con Determinazione Dirigenziale della Sezione "Strategie Governo dell'Offerta";

5. di confermare quant'altro già stabilito con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1202/2014 e ss.mm.ii.;

6. di confermare l'obbligo di compilazione della scheda di day-service (SDA), quale documento della cartella clinica del day-service, in ottemperanza a quanto espressamente previsto con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2774 del 22/12/2014;

7. di confermare quanto espressamente stabilito ai punti 15 e 16 della deliberazione di Giunta regionale n. 1202/2014 per quanto attiene l'attivazione ed erogazione dei pacchetti da parte delle Case di Cura private accreditate, di cui al presente provvedimento;

8. di confermare le condizioni di appropriatezza delle prestazioni rese nei vari setting assistenziali (ricovero, day-hospital, day-surgery, ecc), dettagliatamente riportate nel DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi

LEA, recepite con la deliberazione di Giunta regionale n. 984/2018 nonché quanto espressamente previsto dalle Linee guida regionali in materia di appropriatezza (D.G.R. n. 90/2018).

9. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” alla Sezione “Risorse Strumentali e tecnologiche”, ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati ed Enti Ecclesiastici;
10. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta”, alle Case di Cura private accreditate;
11. di pubblicare il presente atto sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
ROBERTO VENNERI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
MICHELE EMILIANO

# DAY SERVICE DI EPATOLOGIA



PACCHETTO IPERTRANSAMINASEMIA	
<b>Tipologia Pazienti:</b>	pazienti con ipertransaminasemia (riscontro di iperALT, iperAST o iperGGT x 1,5 ULN in due occasioni a distanza di almeno 2 settimane o di un unico valore x3 volte v.n) o con sospetta epatopatia acuta o cronica che necessitano di inquadramento clinico e relativa indicazione terapeutica
<b>Prestazioni richieste</b>	esami routinari più valutazione autoimmunità, pannello virologico, valutazioni genetiche ed esami strumentali
<b>Tipo di percorso</b>	Day service diagnostico - di tipo medico
<b>Codici diagnosi ICD9-CM</b>	571.1 alcolica, 571.49 autoimmune, 573.3 chimica/da farmaci, 070.n virale, 571.8 NAFL/NASH
<b>Centri autorizzati</b>	Centri di epatologia/medicina interna/gastroenterologia dotati di TAC, FIBROSCAN, RMN con mdc epatospecifico, analisi genetica, laboratorio immunologia
<b>Accessi/anno</b>	Erogabile una volta/anno
<b>CODICE</b>	<b>PRESTAZIONE</b>
90.04.5	ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) {GPT} [S/U]
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA {S/La/Alb}
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (STR, VNTR) [PNPLA-3, ZNF-624, SOD-2, KLF-6, LPIN-1, TM6SF2]
91292	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI {(LKMA)}
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRASFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.11.1	C PEPTIDE
90.12.5	CERULOPLASMINA
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.2	COLESTEROLO LDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV,, F. L.
91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: AGOBIOPSIA EPATICA
91.36.5	ESTRAZIONE E DI DNA O DI RNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE)
90.22.3	FERRITINA {P/(Sg)Er}



PACCHETTO IPERTRANSAMINASEMIA	
CODICE	PRESTAZIONE
90.22.4	FERRO [S]
FIBRO	FIBROSCAN
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.26.4	GLUCOSIO (CURVA DA CARICO 3 DETERMINAZIONI)
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/du/ta]
90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)
90.29.1	INSULINA [S]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/{sg}Er]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/{sg}Er]
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) {S}
90.38.5	PROTEINE [S/U/DU/LA]
90.39.4	RAME [S/U]
90.39.4	RAME [S/U]
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
90.40.4	SODIO [S/U/dU/{sg}Er]
90.40.4	SODIO [S/U/dU/{sg}Er]
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
CDT	TRANSFERRINA CARBOIDRATO CARENTE
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI
91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IGM
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg
91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAG IGM
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBEAG
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBEAG
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg



<b>PACCHETTO IPERTRANSAMINASEMIA</b>	
<b>CODICE</b>	<b>PRESTAZIONE</b>
91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBSAG (SAGGIO DI CONFERMA)
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI
91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAG
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (ELA)
91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA O EBNA O VCA) (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)
91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
89.7	VISITA GENERALE
	<b>TOTALE = € 585,97</b>



PACCHETTO DAY -SERVICE EPATOPATIE VIRALI CRONICHE	
<b>Tipologia Pazienti:</b>	pazienti con epatopatia cronica o cirrosi nota, ad eziologia virale, che necessitano di follow-up clinico per valutazione di danno d'organo e/o rivalutazione terapeutica, già muniti di esenzione per patologia E 016 e/o E 008
<b>Prestazioni richieste</b>	esami routinari più pannello virologico ed esami strumentali (vedi allegato)
<b>Tipo di percorso</b>	Day service diagnostico - di tipo medico
<b>Codici diagnosi ICD9-CM</b>	571.40 cronica( 070.n virale)
<b>centri autorizzati</b>	Epatologia, medicina interna, gastroenterologia, malattie infettive dotate di fibroscan e biologia molecolare per analisi virologica
<b>Accessi/anno</b>	massimo due prestazioni/anno
<b>CODICE</b>	<b>PRESTAZIONE</b>
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) {GPT} [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.2	COLESTEROLO LDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.22.3	FERRITINA {P/(Sg)Er}
90.22.4	FERRO [DU]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSEPTIDASI {gamma GT} [S/U]
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/du/ta]
90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/{sg)Er}
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) {S}
90.38.5	PROTEINE [S/U/DU/LA]
90.40.4	SODIO [S/U/dU/{sg)Er}
90.75,4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]



PACCHETTO DAY -SERVICE EPATOPATIE VIRALI CRONICHE	
CODICE	PRESTAZIONE
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI
91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IGM
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg
91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAG IGM
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBEAG
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBEAG
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg
91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBSAG (SAGGIO DI CONFERMA)
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI
91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAG
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (ELA)
91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA O EBNA O VCA) (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)
91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA {S/La/Alb}
54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: AGOBIOPSIA EPATICA
FIBRO	FIBROSCAN
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
897	VISITA GENERALE
<b>TARIFFA= € 430,45</b>	



PACCHETTO DAY-SERVICE EPATOPATIE DA ACCUMULO O SU BASE AUTOIMMUNE	
<b>Tipologia Pazienti:</b>	pazienti con epatopatia cronica o cirrosi (Epatite autoimmune, Colangite biliare primitiva, colangite sclerosante primitiva, Malattia di Wilson e Emocromatosi), che necessitano di follow-up clinico e rivalutazione terapeutica, già muniti di esenzione per patologia E 016 e/o E 008
<b>Prestazioni richieste</b>	esami routinari più autoimmunità ed esami strumentali (vedi allegato)
<b>Tipo di percorso</b>	Day service diagnostico - di tipo medico
<b>Codici diagnosi ICD9-CM</b>	275.0(emocromatosi), 275.1 (M. Wilson), 571.49 autoimmune, 571,2-571,5 e 571,6 (cirrosi epatica e cirrosi biliare)
<b>centri autorizzati</b>	epatologie, medicina interna, gastroenterologia dotati di laboratorio di immunologia, fibroscan, RMN con mdc epatospecifico, anatomia patologica e dosaggio metalli pesanti
<b>Accessi/anno</b>	max due accessi/anno
<b>CODICE</b>	<b>PRESTAZIONE</b>
90.01.5	ACIDI BILIARI
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) {GPT} [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.11.1	C PEPTIDE
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/DU]
90.12.5	CERULOPLASMINA
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV,, F. L.
90.22.3	FERRITINA {P/(Sg)Er}
90.22.5	FERRO [S]
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI {gamma GT} [S/U]
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)
90.68.4	IGG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (CIASCUNA)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/du/ta]
90.29.1	INSULINA [S]
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]
90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/{sg)Er}
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) {S}
90.38.5	PROTEINE [S/U/DU/LA]
90.39.4	RAME [S/U]



PACCHETTO DAY-SERVICE EPATOPATIE DA ACCUMULO O SU BASE AUTOIMMUNE	
CODICE	PRESTAZIONE
90.39.4	RAME [S/U]
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
90.44.5	UREA [S/P/U/dU]
90.45.4	ZINCO [S/U]
90.45.4	ZINCO [S/U]
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)
90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
FIBRO	FIBROSCAN
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO
<b>TARIFFA= € 430,45</b>	



PACCHETTO DAY -SERVICE EPATOPATIE SU BASE ALCOLICA O METABOLICA	
<b>Tipologia Pazienti:</b>	pazienti con epatopatia cronica o cirrosi, ad eziologia alcolica o metabolica (steatoepatopatia non alcolica), che necessitano di follow-up clinico e rivalutazione terapeutica, già muniti di esenzione per patologia E 016 e/o E 008
<b>Prestazioni richieste</b>	esami routinari ed esami strumentali (vedi allegato)
<b>Tipo di percorso</b>	Day service diagnostico - di tipo medico
<b>Codici diagnosi ICD9-CM</b>	571.1 alcolica, 571.8 NAFL/NASH
<b>CODICE</b>	<b>PRESTAZIONE</b>
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) {GPT} [S/U]
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.22.3	FERRITINA {P/(Sg)Er}
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI {gamma GT} [S/U]
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/du/ta]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/{sg)Er}
90.38.5	PROTEINE [S/U/DU/LA]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) {S}
90.40.4	SODIO [S/U/dU/{sg)Er}
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.11.1	C-PEPTIDE
90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA
90.29.1	INSULINA [S]
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.2	COLESTEROLO LDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
CDT	TRANSFERRINA CARBOIDRATO CARENTE



PACCHETTO DAY -SERVICE EPATOPATIE SU BASE ALCOLICA O METABOLICA	
CODICE	PRESTAZIONE
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA {S/La/Alb}
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
FIBRO	FIBROSCAN
CAP	FIBROSCAN CONTROLLED ATTENUATION PARAMETER
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO
897	VISITA GENERALE
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: AGOBIOPSIA EPATICA
<b>TARIFFA = € 356,66</b>	



## DAY SERVICE DI EMATOLOGIA



DAY –SERVICE DIAGNOSTICO EMATOLOGIA	
CODICE	PRESTAZIONE
89.7	VISITA GENERALE
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.09.1	APTOGLOBINA
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.22.5	FERRO [S]
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]
90.18.5	ERITROPOIETINA
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)
90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)
91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI
90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)



DAY –SERVICE DIAGNOSTICO EMATOLOGIA	
CODICE	PRESTAZIONE
90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)
90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)
90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)
90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERSSIDASI (AbTPO)
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)
91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)
90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO
91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI
91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G
91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale)
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare
89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS



DAY –SERVICE DIAGNOSTICO EMATOLOGIA	
CODICE	PRESTAZIONE
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
87.03.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO
87.03.8	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO
87.41.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
88.01.6	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)
88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA
88.38.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE

**TARIFFA PACCHETTO = € 2.800**

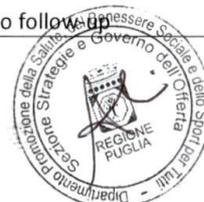
Obiettivo: Riduzione ricoveri per finalità diagnostiche per i seguenti DRG 401-402-403-404-406-407-408

Il pacchetto può essere eseguito una sola volta



PACCHETTO DAY -SERVICE "FOLLOW-UP MDS - SMPC"	
CODICE	PRESTAZIONE
89.7	VISITA GENERALE
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.22.5	FERRO [S]
90.18.5	ERITROPOIETINA
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO
91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI
91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G
91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale)
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare

TARIFFA PACCHETTO= € 824,00  
 Il pacchetto può essere eseguito per un massimo di n. 3 volte/anno  
 Obiettivo: riduzione ricoveri DRG 406/407/408 qualora si intendano di solo follow-up



**PACCHETTO DAY -SERVICE "FOLLOW – UP MIELOMA SENZA RISONANZA MAGNETICA"**

<b>PACCHETTO DAY -SERVICE "FOLLOW – UP MIELOMA SENZA RISONANZA MAGNETICA"</b>	
<b>00</b>	<b>PRESTAZIONE</b>
89.7	VISITA GENERALE
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO
TARIFFA PACCHETTO= € 200,00	
Il pacchetto può essere eseguito per un massimo di n. 3 volte/anno	
Obiettivo: riduzione ricoveri DRG 398-399 qualora si intendano di solo follow-up	



PACCHETTO DAY -SERVICE "FOLLOW – UP MIELOMA CON RM	
CODICE	PRESTAZIONE
89.7	VISITA GENERALE
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo nidollare
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA

**TARIFFA PACCHETTO = 315,00**

Il pacchetto può essere eseguito per un massimo di n. 3 volte/anno  
 Obiettivo: riduzione ricoveri DRG 398-399 qualora si intendano di solo follow-up



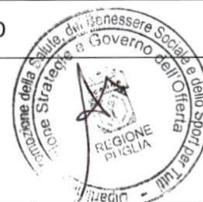
PACCHETTO DAY-SERVICE "FOLLOW -UP LINFOMA SENZA PET"	
CODICE	PRESTAZIONE
89.7	VISITA GENERALE
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO



PACCHETTO DAY-SERVICE "FOLLOW –UP LINFOMA SENZA PET"	
CODICE	PRESTAZIONE
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO
87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
<b>TARIFFA PACCHETTO € 1.400</b>	
Il pacchetto può essere eseguito per un massimo di n. 3 volte/anno	
Obiettivo: riduzione ricoveri DRG 401-402-403-404 qualora si intendano di solo follow-up	



PACCHETTO DAY-SERVICE "FOLLOW –UP LINFOMA CON PET"	
CODICE	PRESTAZIONE
89.7	VISITA GENERALE
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO



PACCHETTO DAY-SERVICE "FOLLOW –UP LINFOMA CON PET"	
CODICE	PRESTAZIONE
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO
87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)
<b>TARIFFA PACCHETTO= € 2.471,65</b>	
Il pacchetto può essere eseguito per un massimo di n. 3 volte/anno	
Obiettivo: riduzione ricoveri DRG 401-402-403-404 qualora si intendano di solo follow-up	



PACCHETTO DAY -SERVICE "FOLLOW – UP LLC - MW" SENZA TC	
CODICE	PRESTAZIONE
89.7	VISITA GENERALE
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
90.74.5	RETICOCITI (Conteggio) [(Sg)]
90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
41.31	BIOPSIA [AGOBIPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osseo midollare
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale)
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
<b>TARIFFA PACCHETTO= € 700,00</b>	
Il pacchetto può essere eseguito per un massimo di n. 3 volte/anno	
Obiettivo: riduzione ricoveri DRG 401-402-403-404 qualora si intendano di solo follow-up	



PACCHETTO DAY -SERVICE "FOLLOW – UP LLC - MW" CON TC	
CODICE	PRESTAZIONE
89.7	VISITA GENERALE
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.43.5	URATO [S/U/du]
90.44.1	UREA [S/P/U/du]
90.16.3	CREATININA [S/U/du/La]
90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/du]
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
90.74.5	RETICOCITI (Conteggio) [(Sg)]
90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale)
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO

**TARIFFA PACCHETTO= € 858,00**

Il pacchetto può essere eseguito per un massimo di n. 3 volte/anno. Obiettivo: riduzione ricoveri. ORG 401-402-403-404 qualora si intendano di solo follow-up



## DAY SERVICE RETE OSAS



**PACC DI PNEUMOLOGIA, per PDTA/RETE OSAS Puglia****Day Service OSA per titolazione della CPAP.**

DGR Puglia n.1202 del 18.06.2014

DRG: 73 (adulto),

Tipo PACC/DRG: medico

Reg. Puglia, cod. identificativo DS: da stabilirsi

Disciplina di riferimento (Reg. Puglia 2014); pneumologia.

Gli obiettivi della terapia dell'OSA (Obstructive Sleep Apnea) sono la correzione degli eventi respiratori notturni, il miglioramento della qualità del sonno e di vita, il miglioramento della sonnolenza diurna, la riduzione del rischio futuro di malattie OSA-correlate e di incidenti sulla strada, lavoro e domestici. Una volta posta la diagnosi di Apnea Ostruttiva durante il Sonno (OSA), il suo trattamento dipende dalla gravità del quadro clinico e dalle eventuali comorbidità. La ventilazione a pressione positive continua (Continuous Positive Airway Pressure- CPAP) è il trattamento di *prima scelta* per la terapia dell' OSA, specie di grado moderato-severo. Nei casi di grado lieve, determinante è la valutazione della sintomatologia e delle comorbidità (Figura 1).

Figura 1: Indicazioni al trattamento dell'OSA con CPAP

Il trattamento con CPAP è indicato nei seguenti casi:

- Indice di apnea-ipopnea (AHI)  $\geq 15/h$
- Indice di apnea-ipopnea (AHI)  $\geq 5$  e  $< 15/h$  con associate sintomatologia e/o comorbidità (ipertensione, scompenso cardiaco, ictus, diabete mellito, deficit cognitivo, disturbi dell'umore).

In assenza di sintomi e/o fattori di rischio cardiovascolare o comorbidità, I pazienti con un AHI  $>5$  e  $< 15/h$ , non necessitano di trattamento con CPAP.

Alla base della CPAP vi è un compressore che eroga aria ambiente pressurizzata ad un valore definitivo dall'operatore, che resta costante durante tutto l'atto respiratorio e che viene trasmessa al paziente tramite un circuito ed un'interfaccia ventilatoria ("maschera"). Tale pressione positiva agisce ostacolando la tendenza al collasso delle vie aeree superiori con risoluzione degli eventi respiratori notturni e regolarizzazione del pattern respiratorio del paziente. Il valore di CPAP è personalizzato per ogni paziente e deve essere stabilito mediante una procedura denominata "titolazione".

La *titolazione della pressione terapeutica efficace della CPAP* può essere realizzata con varie tecniche. Il "gold standard" rimane l'indagine polisomnografica standard in laboratorio del sonno (PSG in Lab) con personale dedicato ed addestrato alla sorveglianza e alla titolazione manuale della pressione positiva. Alternativa è rappresentata dalla

polisomnografia (PSG) con o senza personale di assistenza con titolazione eseguita con CPAP in modalità autotarante (auto-CPAP). E' accettata anche la PSG o il monitoraggio cardio-respiratorio completo notturno (M-CR) eseguiti durante terapia con CPAP, impostata ad un valore di pressione positiva ricavato dalle registrazioni eseguite con auto-CPAP nelle notti precedenti.

Questa terza modalità di titolazione è alla base del "Day service OSA per titolazione della CPAP". Il ricorso a tale procedura è subordinato alla verifica delle indicazioni: OSA di grado moderato-severo, in assenza di comorbidità (BPCO, scompenso cardiaco cronico, sindrome obesità-ipoventilazione, malattie neuro-muscolari o pazienti con apnee centrali). Per tali pazienti la titolazione con auto-CPAP ha mostrato efficacia pari a quella manuale in PSG-lab con personale dedicato.

L'utilizzo dell'auto-CPAP è associato a notevoli vantaggi: maggiore facilità di accesso alla terapia, riduzione dei costi ed indipendenza dall'operatore, trattandosi di una procedura che non richiede il ricovero e/o la presenza di personale dedicato.

L'auto-CPAP è dotata di un algoritmo in grado di riconoscere gli eventi respiratori (apnea, ipopnea, flow limitation) e di indurre una risposta che ne determina la correzione. In commercio sono presenti vari tipo di auto-CPAP, ciascuno con un proprio algoritmo di funzionamento.

Si raccomanda tuttavia, che la titolazione della CPAP terapeutica ottenuta con dispositivo auto-CPAP *derivi*:

1. da almeno *due notti di titolazione con auto-CPAP* (fase di adattamento), in quanto una singola notte può non essere sufficientemente rappresentativa di tutte le fasi del sonno e/o di tutte le posizioni corporee;
2. dall'analisi di un *lungo periodo di registrazione (superiore alle 4 ore)* in cui la qualità dei segnali sia ottimale (ossia, assenza di distacco di sensori o perdite significative dalla interfaccia e in cui il paziente abbia dormito per almeno il 10% del tempo in posizione supina).
3. da una *revisione critica dei dati ottenuti dall'auto-CPAP*, al termine dell'analisi automatica. È necessaria un'attenta valutazione delle tracce dei segnali registrati dall' auto-CPAP (flusso, perdite, pressione, indice apnea-ipopnea residuo, adeguatezza della risposta dell'auto-CPAP in presenza di un evento), al fine di interpretare il valore di pressione di titolazione indicato nel report (P95, P90, P-media, P-mediana) e scegliere la pressione di titolazione più idonea da testare con un successivo studio notturno (PSG/M-CR) in CPAP fissa.

L'utilizzo della CPAP autosestante a domicilio del paziente deve essere preceduto, prima della consegna, da un breve trial ambulatoriale denominato "nursing" o "addestramento" della durata di circa 30 minuti. Esso prevede l'esecuzione di un colloquio educativo sul significato della malattia e sull'importanza della terapia, quindi la scelta della maschera più idonea al singolo paziente e la prova della CPAP. Tale fase è determinante ai fini dell'aderenza futura del paziente.



Non è definito con sicurezza quante notti di registrazione a domicilio con auto-CPAP siano necessarie, per cui è raccomandabile:

- Eseguire più di una registrazione
- Esseri sicuri che il paziente abbia effettivamente dormito
- Eseguire una analisi critica dei risultati, con revisione manuale dei dati per identificare nel modo più corretto la pressione ottimale.

Secondo le linee guida AIPO, il valore di pressione *ottimale* del dispositivo PAP è quello che in corso di PSG (in tutti gli stadi del sonno e in tutte le posizioni), elimina ogni apnea, ipopnea, RERA o flow limitation, russamento e desaturazione arteriosa in ossigeno. Deve considerarsi ottimale anche il valore di CPAP che, in corso di MC-R completo, elimina ogni apnea, ipopnea o flow limitation, russamento e desaturazione arteriosa in ossigeno, in ogni posizione o con aspetti di flow limitation solo per brevi periodi. Il livello di CPAP da considerarsi *accettabile* deve risultare in un basso numero di eventi residui sia con PSG che con MC-R: AHI <5, ODI (>=4%) <5, SaO2 media >90% e sostanziale abolizione della flow-limitation.

Laddove non vengano raggiunti tali requisiti sussiste indicazione a ripetizione della titolazione.

Le linee guida AASM 2008 stratificano invece il risultato della titolazione della CPAP in quattro livelli:

- 1) *ottimale*, se RDI <5 per almeno 15 min di registrazione alla pressione di titolazione selezionata, con inclusione di sonno REM in posizione supina non interrotto da risvegli o arousal
- 2) *buona*, se RDI ≤10 alla pressione di titolazione selezionata, o riduzione del 50% se RDI di base è <15, con inclusione di sonno REM in posizione supina non interrotto da risvegli o arousal;
- 3) *adeguata*, se l'RDI non è ≤10, ma è ridotto del 75% rispetto al valore basale alla pressione di titolazione selezionata (specie nell'OSA di grado severo), oppure quando sono rispettati i criteri della titolazione ottimale o buona, ma senza inclusione del sonno REM in posizione supina;
- 4) *non accettabile*, se non è rispettata nessuna delle definizioni sopradette.

Si dovrebbe ripetere la titolazione se non vengono raggiunti le definizioni di ottimale o buona.

E' importante altresì ricordare che il valore definitivo di CPAP deve tenere sempre conto anche della *compliance* del paziente: valori elevati, sebbene ottimali, possono comportare una scarsa aderenza e quindi limitare i benefici terapeutici.

**Titolazione ambulatoriale con AutoCPAP**

Tipologia di pazienti	Pazienti diagnosi accertata di OSA moderato-severo (AHI o RDI $\geq$ 15) con o senza sonnolenza, ma senza comorbidità significative (patologie cardiovascolari, neurologiche, respiratorie o sindrome delle apnee centrali)
Tipo di percorso	PACC terapeutico — di tipo medico
Setting	Ambulatoriale (Livello 1 - PDTA OSAS Regione Puglia)
Attrezzatura necessaria	1)AutoCPAP preferibilmente con saturimetro integrato e con funzione di telemedicina 2)termo-umidificatore, accessorio della AutoCPAP 3)interfacce nasali, oronasali, olive nasali 4)Poltrona dedicata 5)altri accessori AutoCPAP (filtri umidificatori HME, filtri antibatterici, filtrini antipolvere, tubi corrugati 180 cm, pad nasali)
Codice diagnosi ICD9-CM	32723 - APNEA OSTRUTTIVA NEL SONNO (DELL'ADULTO) (PEDIATRICA)

Descrizione (branca Pneumologia)	
ADDESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL' EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA [CPAP]. Per seduta individuale	
MONITORAGGIO CARDIORESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETO. Per studio apnee.	
TARIFFA PACCHETTO	€ 170,00

**Bibliografia:**

1. Sateia MJ. "International classification of sleep disorders." Chest 146.5 (2014): 1387-1394.
2. Loube DI e al. Indications for positive airway pressure treatment of adult obstructive sleep apnea patients: a consensus statements. Chest 1999;115:863-66.
3. Kushida CA, et al. "Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders." Sleep 29.3 (2006): 375-380.
4. Chowdhuri, Susmita, et al. "An official American Thoracic Society research statement: impact of mild obstructive sleep apnea in adults." American journal of respiratory and critical care medicine 193.9 (2016): e37-e54.
5. Morgenthaler TI e al. Standards of Practice Committee of the AASM; american Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for the use of autotitrating continuous positive airway pressure devices for titrating pressures and treating adult patients with obstructive sleep apnea syndrome: an update for 2007. An American Academy of Sleep Medicine report. Sleep 2008;31:141-47.
6. Insalaco G e al. Gruppo di Studio DRS, Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO). Raccomandazioni per la diagnosi e la terapia dei disturbi respiratori nel sonno. Ed. Aiporicerche, Milano 2011.
7. Kushida CA et al. Positive Airway Pressure Titration Task Force of the American Academy Sleep Medicine. "Clinical guidelines for the manual titration of positive airway pressure in patients with obstructive sleep apnea." Journal of Clinical Sleep Medicine 4.02 (2008): 157-171.



**PACC DI OTORINOLARINGOIATRIA per l'Esecuzione di Sleep Endoscopy, per PDTA/RETE OSAS Puglia**

Razionale

La sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) è un quadro morboso caratterizzato dalla riduzione (ipopnea) o cessazione (apnea) del flusso d'aria nelle vie aeree superiori, durante il sonno, in conseguenza al restringimento o al collasso delle stesse.

I siti che più spesso vanno a determinare tale restringimento sono le cavità nasali, il palato molle, le pareti laterali della faringe, le tonsille palatin, la base della lingua, l'epiglottide e il piano glottico. A tale scopo è utile effettuare una visita otorinolaringoiatrica che si concentri sulla ricerca di possibili anomalie a carico del palato molle, sul grado di ipertrofia tonsillare e sul rapporto tra il volume della lingua rispetto al volume del cavo orale.

Successivamente la valutazione continua eseguendo una rinoscopia con endoscopio a fibre flessibili e l'esecuzione della manovra di Muller (una inspirazione forzata a bocca e naso chiusi), in paziente sveglio, seduto o sdraiato,. Di più recente introduzione è invece la drug-induced sleep endoscopy (DISE) che si esegue in casi selezionati e consiste in un'endoscopia effettuata sotto sedazione farmacologicamente indotta ; in tal modo si riesce a determinare le sedi ostruttive e i pattem di ostruzione nella situazione più vicina al sonno naturale. Con tale esame è possibile inoltre individuare meglio il grado e le dinamiche ostruttive a livello ipofaringeo e laringeo , laddove la sola endoscopia in veglia sottostima spesso il dato. Possiamo inoltre testare in un setting molto vicino al sonno fisiologico gli effetti che gli oral appliances ( apparecchi intraorali di avanzamento mandibolare) possono determinare sui vari siti ostruttivi, permettendo di modulare la terapia chirurgica ed evitando spesso interventi a più alto grado di invasività.

**Sleep Endoscopy**

Tipologia di pazienti	Pazienti diagnosi accertata di OSA moderato-severo (AHI o RDI con o senza sonnolenza, ma senza comorbidità significative (patologie cardiovascolari, neurologiche, respiratorie) o sindrome delle	15)
Tipo di percorso	PACC diagnostico - di tipo chirurgico	
Setting	Ambulatoriale (Livello 2 PDTA OSAS Regione Puglia)	
Attrezzatura necessaria		
Codice diagnosi ICD9-CM	32723 - APNEA OSTRUTTIVA NEL SONNO (DELL'ADULTO) (PEDIATRICA)	



Codice	Descrizione
89.7	VISITA ORL
31.42	FIBROSCOPIA IN VEGLIA CON OTTICA FLESSIBILE
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
90.22.4	FERRO [dU]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE
95.42	ESAME IMPEDENZOMETRICO
89.17.3 (adattato da PSG)	MONITORAGGIO CARDIO-RESPIRATORIO NOTTURNO
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.2	COLESTEROLO LDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
87.44.1	RX TORACE
87.12.1	TELECRANIO IN PROIEZIONE LATERO-LATERALE
87.11.3	ORTOPANTOMOGRAMMA
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
89.54	HOLTER CARDIACO
88.72.1	ECOCARDIOGRAMMA
89.7	CONSULENZA CARDIOLOGICA
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI
89.7	CONSULENZA PNEUMOLOGICA IN SALA OPERATORIA
89.65.1	EMOGASANALISI
90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]
88.73.5	ECODOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
89.13	CONSULENZA NEUROLOGICA
89.14	
89.7	CONSULENZA ODONTOIATRICA
89.7	CONSULENZA RONCOCHIRURGICA DI II LIVELLO
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
89.13	CONSULENZA NEUROLOGICA
	CONSULENZA ODONTOIATRICA
	CONSULENZA RONCOCHIRURGICA DI II LIVELLO
	CONSULENZA CHIRURGIA BARIATRICA
	VALUTAZIONE INTOLLERANZA AL LATTICE
	CONSULENZA ANESTESIOLOGICA
<b>TARIFFA = 855 (la tariffa tiene conto anche della occupazione della sala operatoria)</b>	



## DAY SERVICE PSICHIATRIA



La finalità del Day Service Psichiatrico è infatti quella di garantire da un lato il monitoraggio di eventuali

complicanze organiche associate alla terapia con psicofarmaci, dall'altro quello di garantire l'assistenza idonea anche in condizioni di scompenso acuto dettate dall'abbandono della terapia o da una terapia non efficace. Tali condizioni, in assenza di strutture a ponte tra servizi territoriali e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si concludono con il ricovero ospedaliero.

#### **Tipologia di pazienti**

- Pazienti in stato di sub-acuzie con sintomi residui non responsivi al trattamento o che presentino effetti iatrogeni o comorbidità;
- pazienti in stato di sub-acuzie che presentino un esordio di disturbi psichiatrici gravi.

#### **Obiettivi e Vantaggi**

- Ridurre il tasso di ospedalizzazione ottenibile attraverso la riduzione di tutti i ricoveri "impropri" come numero di accessi o come DRG;
- semplificare il più possibile l'accesso alle strutture ambulatoriali, riducendo le prassi burocratiche e garantendo al tempo stesso la continuità assistenziale per un determinato problema clinico;
- migliorare la qualità nella pratica clinica (comportamenti assistenziali controllati o elaborazione di percorsi clinici);
- ridurre l'incidenza delle comorbidità legate alla terapia con psicofarmaci;
- garantire la miglior dose efficace di terapia attraverso il monitoraggio plasmatico dei farmaci;
- riduzione delle liste d'attesa.

#### **Risultati attesi**

- Riduzione dei ricoveri non necessari in numero sovrapponibile a quello di Day Service aperti nello stesso periodo;
- riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- risparmio significativo, in termini economici per l'azienda derivante dalla differenza di valore economico tra Day-Service e ricovero ospedaliero;
- espansione del progetto grazie alle spinte delle UU.OO. ad implementare nuovi pacchetti ambulatoriali;
- maggiore diffusione dell'abitudine all'elaborazione di percorsi diagnostico-assistenziale.

#### **Tipologia di pazienti**

- Pazienti in stato di sub-acuzie con sintomi residui non responsivi al trattamento o che presentino effetti iatrogeni o comorbidità;
- pazienti in stato di sub-acuzie che presentino un esordio di disturbi psichiatrici gravi.



<b>PACCHETTO DAY SERVICE DIAGNOSTICO PER PAZIENTI IN STATO DI SUBACUZIE O ALL'ESORDIO DI DISTURBO PSICHIATRICO O GIÀ IN TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO CHE NECESSITANO DI VARIAZIONI DELLO STESSO</b>	
<b>CODICE PRESTAZIONE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONI DEFINITE COMPLESSIVE
94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO E SVILUPPO INTELLETTIVO
94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA
94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER (WMS)
94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE
94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'
94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE
94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING
90.03.4	ACIDO VALPROICO
90.04.5	ALANINO AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)
90.06.4	ALFA AMILASI
90.07.5	AMMONIO
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.11.4	CALCIO TOTALE
90.13.3	CLORURO
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12)
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.2	COLESTEROLO LDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.15.4	CREATININCHINASI (CPK O CK)
90.16.3	CREATININA
90.18.3	DROGHE D'ABUSO
90.22.5	FERRO
90.23.2	FOLATO
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.24.3	FOSFATO INORGANICO
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)
90.27.1	GLUCOSIO
90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera)
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)
90.29.6	LAMOTRIGINA
90.30.2	LIPASI PANCREATICA
90.32.2	LITIO
90.32.5	MAGNESIO TOTALE
90.34.6	OMOCISTEINA
90.36.6	NT-proBNP
90.37.4	POTASSIO
90.38.2	PROLATTINA (PRL)



90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE)
90.38.5	PROTEINE
90.40.4	SODIO
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
90.44.1	UREA
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.44.5	VITAMINA D
90.62.2	EMOCROMO
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.3	TROPONINA I
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)
91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide
91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
91.49.2	PRELIEVO SANGUE VENOSO
91.50.9	DOSAGGIO PLASMATICO CLOZAPINA O ALTRI ANTIPSIKOTICI
	POLIMORFISMI GENETICI DI INTERESSE FARMACOCINETICA E FARMACODINAMICA
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
<b>TARIFFA= € 550,00</b>	



PACCHETTO DAY-SERVICE FOLLOW-UP PER PAZIENTI IN STATO DI SUBACUZIE O ALL'ESORDIO DI DISTURBO PSICHIATRICO O GIÀ IN TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO CHE NECESSITANO DI VARIAZIONI DELLO STESSO	
CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE
89.7	VISITA GENERALE
91.49.2	PRELIEVO SANGUE VENOSO
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO
90.03.4	ACIDO VALPROICO
90.04.5	ALANINO AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.15.4	CREATININCHINASI (CPK O CK)
90.16.3	CREATININA
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)
90.29.6	LAMOTRIGINA
90.32.2	LITIO
90.36.6	NT-proBNP
90.38.2	PROLATTINA (PRL)
90.44.1	UREA
90.62.2	EMOCROMO
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.3	TROPONINA I
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
91.50.9	DOSAGGIO PLASMATICO CLOZAPINA O ALTRI ANTIPICOTICI
<b>TARIFFA = € 171,00</b>	



**DAY SERVICE PROGETTO CROSS****PAC CROSS - CRONic Systemic illness-**

## Disciplina di riferimento

Gastroenterologia, Reumatologia, Dermatologia

## Razionale

La valutazione diagnostica e la sorveglianza clinica dei pazienti con malattie croniche sistemiche sono causa di frequenti ricoveri ospedalieri in ordinario o in day hospital non appropriati. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte degli specialisti (Gastroenterologo, Reumatologo e Dermatologo) con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Uniformare i comportamenti sanitari nei confronti delle patologie croniche sistemiche, attraverso la creazione dell'Ambulatorio CROSS- CRONic Systemic illness- che permetta la presa in carico integrata dei pazienti da parte delle branche specialistiche Reumatologia, Gastroenterologia e Dermatologia.

La necessità di intervenire con un approccio multidisciplinare Reumatologico, Dermatologico, Gastroenterologico per questi pazienti risulta di notevole interesse clinico affinché aumenti sempre più l'appropriatezza e di interesse gestionale al fine di virare verso un'ottimizzazione delle risorse.

## Tipologia di pazienti

Il processo si rivolge a tutti i pazienti affetti da Spondiloartriti, Artrite psoriasica (forma periferica e assiale), IBD (M. di Crohn e Rettocolite Ulcerosa) e Psoriasi cutanea.

**Composizione**

PAC CROSS - CRONic Systemic illness-	
<b>codice</b>	<b>prestazione</b>
P	Visita e gestione del PAC
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.22.5	FERRO [S]



<b>PAC CROSS - CRONic Systemic illness-</b>	
<b>codice</b>	<b>prestazione</b>
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.425	TRASFERRINA [S]
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.051	ALBUMINA [S/U/DU]
90.445	VITAMINA D
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
90.24.5	FOSFORO
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]
90.30.2	LIPASI [S]
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.2	COLESTEROLO LDL
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)



<b>PAC CROSS - CRONic Systemic illness-</b>	
<b>codice</b>	<b>prestazione</b>
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.43.5	URATO
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE
	ANTICORPI ANTI-CCP
90.52.4	ANA
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae
91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA
91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO
	FECI CALPROTECTINA
<b>Tariffa pacchetto pari ad € 319,00 (necessario individuare un centro di costo)</b>	

#### **Strutture autorizzate all'erogazione**

In attuazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1934 del 30/10/2018, erogabile solo dalle strutture ospedaliere autorizzate alla realizzazione del citato progetto: Azienda Ospedaliero Consorziale Policlinico di Bari e Azienda Ospedaliera "OO.RR." di Foggia.

Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, secondo le disposizioni previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.



## Pacchetto Screening onco - epatico

89.7	VISITA GENERALE
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.44.1	UREA [S/P/U/DU]
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]
	ECOGRAFIA CEUS
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
	<b>TARIFFA PACCHETTO = € 314,00</b>

I Centri autorizzati in via sperimentale sono: IRCCS oncologico di Bari e Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR." di Foggia.

Il presente allegato è composto da  
n.38 (trentotto) fogli

Il Dirigente del Sezione  
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)

