

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 17 marzo 2025, n. 319

Approvazione pacchetti di day-service. Modifica tariffario regionale ex D.G.R. n. 1863 23/12/2024.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'offerta, Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR", concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell' Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di approvare i pacchetti di day-service valutati positivamente nella riunione del Tavolo tecnico regionale "day-service" nella riunione del 12 marzo 2025, dettagliati nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, di seguito elencati :
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI ED ONCOEMATOLOGICHE;
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI ED ONCOEMATOLOGICHE IN COMBINAZIONE CON TRASFUSIONE;
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA;
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON TRASFUSIONE ED IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA;
 - DESENSIBILIZZAZIONE RAPIDA, SECONDO CASTELS, A FARMACI CHEMIOTERAPICI/BIOLOGICI ONCO-EMATOLOGICI;
 - TRATTAMENTO DISFORIA DI GENERE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - PRIMA FASE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP TRIMESTRALE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP SEMESTRALE;

- DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP ANNUALE;
 - INTERSTIZIOPATIE POLMONARI DIFFUSE;
 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE;
 - CAT VASCOLARI: MIDLINE;
 - CAT VASCOLARI: RIMOZIONE PORT (ALTA COMPLESSITA');;
 - CAT VASCOLARI: MEDICAZIONE E/O RIMOZIONE MIDLINE E PICC;
 - CAT VASCOLARI: CHEST O FICC PORT (ALTA COMPLESSITA');;
 - CAT VASCOLARI: PICC PORT (ALTA COMPLESSITA');;
 - CAT VASCOLARI: PICC;
 - MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE COGNITIVA;
 - MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE NEUROMUSCOLARE;
2. di modificare la composizione del PAC 0A "Preparazione alla chirurgia bariatrica" ex DGR n. 901/2023, come riportato nell' Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 3. di autorizzare all' erogazione dei pacchetti di day service di neuro-riabilitazione (PAC48, PAC49 e PAC50) di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1991 del 22/10/2019, le Aziende SSR sede di DEA di II livello, in quanto dotati dei reparti di neurologia e deputati a gestire i casi più complessi anche nell' ambito delle reti tempo-dipendenti o comunque a trattare i pazienti con una riabilitazione più intensiva ed immediatamente successiva ad un evento acuto;
 4. di integrare il PAC 46 "CROSS - CRONIC SYSTEMIC ILLNESS - MALATTIE EPATICHE AUTOIMMUNI" di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 733/2019, come riportato nell' Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 5. di autorizzare l' estensione di erogabilità del PAC 96 "Scompenso cardiaco" alla disciplina di Medicina interna;
 6. di autorizzare l' erogazione oltre che in ambito ospedaliero, anche in ambito territoriale e domiciliare, dei summenzionati pacchetti riferiti nello specifico ai CAT VASCOLARI: MIDLINE, PICC e MEDICAZIONE E/O RIMOZIONE MIDLINE E PICC, contenuti nell' allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 7. di stabilire che lo specialista che ha in carico il paziente, debba garantire tutte le prestazioni ricomprese nel pacchetto day-service, attraverso l' utilizzo di agende interne per la prenotazione, secondo quanto contenuto nella deliberazione di Giunta regionale n. 262 del 06/03/2023 avente ad oggetto " L.R. n. 13/2019 – D.G.R. n. 745/2019 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa – Linee di indirizzo per l'aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste di attesa-Approvazione";
 8. 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 schema di provvedimento, modificando il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1863 del 23/12/2024;
 9. 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";
 10. 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, nella quale devono essere riportate tutte le prestazioni effettivamente erogate;
 11. 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 all' allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 12. 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);

13. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell' A.Re.S.S., alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, alla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, alla Sezione Bilancio della Sanità e Sport per Tutti, alla Sezione Promozione della Salute e del Benessere, alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici, al tavolo tecnico regionale "day-service", nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);
14. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Approvazione pacchetti di day-service. Modifica tariffario regionale ex D.G.R. n. 1863 23/12/2024.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all’art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l’esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e ss. mm. ii.;
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- la legge n. 190/2012 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- il Decreto ministeriale n. 279/2001 - Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell’articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e s.m.i.;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, acquisita l’intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015) e come da indicazioni contenute all’articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille abitanti., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”;
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 “Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 “Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”;
- la L.R. Puglia n. 29/2017 recante “Istituzione dell’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016, a parziale modifica e integrazione delle D.G.R. n. 161/2016 e n. 265/2016, con cui è stata adottata la proposta di Regolamento di riordino della rete ospedaliera, recependo anche alcune delle indicazioni del Ministero della Salute e del Tavolo tecnico D.M. n. 70/2015;

- la D.G.R. del 24 aprile 2018, n. 658 recante “Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 53 del 23/01/2018 avente ad oggetto: “Approvazione - Regolamento regionale: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017”;
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017”, dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Ministero della Salute;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1215 del 31/07/2020, recante: “Approvazione definitiva del Regolamento regionale recante: Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
- il Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14 recante: “Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 688 dell’11 maggio 2022 ad oggetto “Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1158 del 31/07/2015, recante “Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l’innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante “Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 avente ad oggetto “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 302 del 07/03/2022 recante “Valutazione di impatto di Genere. Sistema di gestione e di monitoraggio”;
- il Decreto Ministeriale 23 giugno 2023 avente ad oggetto: “Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 901 del 26/06/2023 recante “Approvazione pacchetti di day-service. Modifica tariffario regionale. Integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1015 del 07/07/2016”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1295 del 26/09/2024 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03/10/2024 avente ad oggetto “Approvazione definitiva Regolamento Regionale “Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del

Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020””. Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024”;

- Il Regolamento Regionale 31 ottobre 2024, n. 8 recante “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020”;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 1863 del 23/12/2024 recante “Recepimento D.M. 23 giugno 2023 – avente ad oggetto: “Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”, ai sensi dell’Accordo Stato – Regioni CSR Rep. n. 204 del 14/11/2024 - Modifica ed integrazione della DGR n. 403 del 15 marzo 2021. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 1963 del 28 dicembre 2023”.

Premesso che:

- la Regione Puglia, con provvedimenti di programmazione ed indirizzo in materia di qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria, con Legge Regionale del 19 settembre 2008 , n. 23 “Piano della salute 2008/2010”, ha inteso approvare un nuovo modello organizzativo per la erogazione di prestazioni sanitarie, che seppur complesse ed integrate, non richiedono, per tutta la durata del singolo accesso, sorveglianza ed osservazione medica ed infermieristica protratta, e per le quali, il ricovero risulti inappropriato, ma possono essere erogate in regime di day service;
- nell’ambito della suddetta attività assistenziale, sono state individuate due differenti tipologie di prestazioni, atteso che lo sviluppo della pratica medica e della organizzazione ospedaliera, consentono di erogare dette prestazioni in regime ambulatoriale in piena sicurezza per pazienti ed operatori, fatta salva comunque la possibilità di continuare ad erogarle in regime di ricovero, in presenza di complicanze cliniche , conclamate, per il paziente:
 - a) la prima riguarda prestazioni di tipo prevalentemente chirurgico o afferenti a discipline chirurgiche , denominate Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA) e non ancora inserite nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale;
 - b) la seconda tipologia denominata “ Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC), che è composta da gruppi di prestazioni, ciascuna delle quali inserita nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, definiti a priori a livello Regionale, sulla base delle problematiche cliniche prevalenti nella popolazione regionale;
- con delibera di Giunta Regionale del 10/3/2011 n. 433 sono stati individuati ed approvati, ivi comprese le relative tariffe, alcuni percorsi assistenziali per le due differenti tipologie di day service, e più precisamente :
 - 1.1 - Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA) ;
 - 1.2 - Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC);
- con delibera di Giunta Regionale del 20/12/2011 n. 2863 sono state individuate le modalità autorizzative per gli erogatori;
- con delibera di Giunta Regionale n. 951 del 13/05/2013 e ss.mm.ii., in attuazione del Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, 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;

- con le deliberazioni n. 1202 del 18/06/2014 e n. 2774 del 22/12/2014 e ss.mm.ii., la Giunta regionale ha provveduto a trasferire in regime di day service i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui al Patto della Salute 2010 – 2012, stabilendo altresì nell'Allegato A: codice identificativo, tariffe e soglie di ammissibilità; nell'Allegato B le discipline richieste per l'attivazione del day service, nonché ad approvare nuovi pacchetti di prestazioni, in regime assistenziale "day service";
- all' art. 13) della sopracitata D.G.R. 1202/2014 è stata prevista la possibilità che vengano proposti nuovi pacchetti di prestazione in regime di day-service;

Rilevato che:

- con D.M. del 23 giugno 2023, avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica", in applicazione dell'art. 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sono state, tra l'altro, definite le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, individuate sulla base del percorso metodologico richiamato, per branche, nella relazione allegata al succitato decreto, che ha visto coinvolti anche le associazioni di categoria dei privati accreditati e le società scientifiche, oltre che definito il nuovo nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, ai sensi dell'art. 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- con deliberazione di Giunta regionale n. 1863 del 23/12/2024 recante "Recepimento D.M. 23 giugno 2023 – avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica", ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni CSR Rep. n. 204 del 14/11/2024 - Modifica ed integrazione della DGR n. 403 del 15 marzo 2021. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 1963 del 28 dicembre 2023" la Regione Puglia ha recepito, tra l'altro, con decorrenza 30 dicembre 2024, ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni CSR Rep. n. 204 del 14/11/2024, il nuovo nomenclatore tariffario che prevede tutte le prestazioni ricomprese nell'allegato 4) del DPCM del 12 gennaio 2017, avente ad oggetto: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" comprensivo delle note e dei criteri di erogabilità e tariffate nell'allegato 2) al DMS 23 giugno 2023, avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica";

Considerato che:

- sono pervenute alla Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" nuove proposte di pacchetti day-service, approvati dal "Tavolo tecnico regionale day-service" nella riunione del 12 marzo 2025, di seguito riportati e dettagliati nell' Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI ED ONCOEMATOLOGICHE;
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI ED ONCOEMATOLOGICHE IN COMBINAZIONE CON TRASFUSIONE;

- CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA;
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON TRASFUSIONE ED IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA;
 - DESENSIBILIZZAZIONE RAPIDA, SECONDO CASTELLS, A FARMACI CHEMIOTERAPICI/BIOLOGICI ONCO-EMATOLOGICI;
 - TRATTAMENTO DISFORIA DI GENERE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - PRIMA FASE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP TRIMESTRALE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP SEMESTRALE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP ANNUALE;
 - INTERSTIZIOPATIE POLMONARI DIFFUSE;
 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE;
 - CAT VASCOLARI: MIDLINE;
 - CAT VASCOLARI: RIMOZIONE PORT (ALTA COMPLESSITA');;
 - CAT VASCOLARI: MEDICAZIONE E/O RIMOZIONE MIDLINE E PICC;
 - CAT VASCOLARI: CHEST O FICC PORT (ALTA COMPLESSITA');;
 - CAT VASCOLARI: PICC PORT (ALTA COMPLESSITA');;
 - CAT VASCOLARI: PICC;
 - MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE COGNITIVA;
 - MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE NEUROMUSCOLARE;
- con riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 901/2023 è pervenuta dall' IRCCS "De Bellis" proposta di modifica della composizione del PAC OA "Preparazione alla chirurgia bariatrica", acquisita al protocollo regionale n. 0128179/2025;
 - con riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 773/2019 è pervenuta richiesta di integrazione del PAC 46 "CROSS – CRONic Systemic illness" per malattie epatiche autoimmuni, dal A.O.U. "Policlinico di Bari", acquisita al protocollo regionale n. 093811/2024;
 - con riferimento alla deliberazione di Giunta regionale n. 1991 del 22/10/2019, con la quale sono stati approvati i pacchetti di Day- service di neuro riabilitazione (PAC48, PAC49 e PAC50), è pervenuta richiesta di autorizzazione all' erogazione dei summenzionati dall' A.O.U. "Policlinico di Bari", acquisita al protocollo regionale n. 093833/2024;
 - con riferimento al PAC 96 "Scompenso cardiaco", è pervenuta proposta di estensione alla disciplina di Medicina interna con nota acquisita al protocollo regionale n. 133834/2025.

Alla luce di quanto sopra esposto, si ritiene necessario procedere all' approvazione dei pacchetti di day-service valutati positivamente nella riunione del Tavolo tecnico regionale "day-service" nella riunione del 12 Marzo 2025, nonché apportare modifiche al Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, introducendo, per il tramite della Sezione Risorse Strumentali e tecnologiche, il codice per ciascun pacchetto day – service, sopra riportato. Inoltre si dispone che lo specialista che ha in carico il paziente

garantisca tutte le prestazioni ricomprese nel pacchetto day-service, attraverso l'utilizzo di agende interne per la prenotazione.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere all' approvazione dei pacchetti di day-service valutati positivamente nella riunione del Tavolo tecnico regionale “day-service” nella riunione del 12 Marzo 2025, nonché apportare modifiche al Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, introducendo, per il tramite della Sezione Risorse Strumentali e tecnologiche, il codice per ciascun pacchetto day – service, sopra riportato, ai sensi dell'art. 4, lett. k) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare i pacchetti di day-service valutati positivamente nella riunione del Tavolo tecnico regionale “day-service” nella riunione del 12 marzo 2025, dettagliati nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, di seguito elencati :
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI ED ONCOEMATOLOGICHE;
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI ED ONCOEMATOLOGICHE IN COMBINAZIONE CON TRASFUSIONE;
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA;
 - CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON TRASFUSIONE ED IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA;
 - DESENSIBILIZZAZIONE RAPIDA, SECONDO CASTELLS, A FARMACI CHEMIOTERAPICI/BIOLOGICI ONCO-EMATOLOGICI;
 - TRATTAMENTO DISFORIA DI GENERE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - PRIMA FASE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP TRIMESTRALE;
 - DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP SEMESTRALE;

- DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP ANNUALE;
 - INTERSTIZIOPATIE POLMONARI DIFFUSE;
 - DISTURBI DELLA NUTRIZIONE;
 - CAT VASCOLARI: MIDLINE;
 - CAT VASCOLARI: RIMOZIONE PORT (ALTA COMPLESSITA');;
 - CAT VASCOLARI: MEDICAZIONE E/O RIMOZIONE MIDLINE E PICC;
 - CAT VASCOLARI: CHEST O FICC PORT (ALTA COMPLESSITA');;
 - CAT VASCOLARI: PICC PORT (ALTA COMPLESSITA');;
 - CAT VASCOLARI: PICC;
 - MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE COGNITIVA;
 - MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE NEUROMUSCOLARE;
2. di modificare la composizione del PAC OA "Preparazione alla chirurgia bariatrica" ex DGR n. 901/2023, come riportato nell' Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 3. di autorizzare all' erogazione dei pacchetti di day service di neuro-riabilitazione (PAC48, PAC49 e PAC50) di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1991 del 22/10/2019, le Aziende SSR sede di DEA di II livello, in quanto dotati dei reparti di neurologia e deputati a gestire i casi più complessi anche nell' ambito delle reti tempo-dipendenti o comunque a trattare i pazienti con una riabilitazione più intensiva ed immediatamente successiva ad un evento acuto;
 4. di integrare il PAC 46 "CROSS - CRONIC SYSTEMIC ILLNESS - MALATTIE EPATICHE AUTOIMMUNI" di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 733/2019, come riportato nell' Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 5. di autorizzare l' estensione di erogabilità del PAC 96 "Scompenso cardiaco" alla disciplina di Medicina interna;
 6. di autorizzare l' erogazione oltre che in ambito ospedaliero, anche in ambito territoriale e domiciliare, dei summenzionati pacchetti riferiti nello specifico ai CAT VASCOLARI: MIDLINE, PICC e MEDICAZIONE E/O RIMOZIONE MIDLINE E PICC, contenuti nell' allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 7. di stabilire che lo specialista che ha in carico il paziente, debba garantire tutte le prestazioni ricomprese nel pacchetto day-service, attraverso l'utilizzo di agende interne per la prenotazione, secondo quanto contenuto nella deliberazione di Giunta regionale n. 262 del 06/03/2023 avente ad oggetto " L.R. n. 13/2019 – D.G.R. n. 745/2019 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa – Linee di indirizzo per l'aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste di attesa-Approvazione";
 8. 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 schema di provvedimento, modificando il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1863 del 23/12/2024;
 9. 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";

10. 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, nella quale devono essere riportate tutte le prestazioni effettivamente erogate;
11. 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 all' allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
12. 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);
13. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell' A.Re.S.S., alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie, alla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, alla Sezione Bilancio della Sanità e Sport per Tutti, alla Sezione Promozione della Salute e del Benessere, alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici, al tavolo tecnico regionale "day-service", nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);
14. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

IL RESPONSABILE E.Q. "Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio":

Nicola GIRARDI


Nicola Girardi
14.03.2025
16:10:58
GMT+01:00

La DIRIGENTE di Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR":

Antonella CAROLI


Antonella Caroli
17.03.2025 06:51:44
GMT+00:00

IL DIRIGENTE di Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta":

Mauro NICASTRO


Mauro Nicastro
17.03.2025
10:13:38
GMT+01:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO


Vito Montanaro
17.03.2025
12:10:38
GMT+01:00

L'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Sport per tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE



Raffaele Piemontese
17.03.2025 13:04:20
GMT+01:00

Codice CIFRA: SGO/DEL/2025/000038

Allegato A

Pacchetti di day-service

1. CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI ED ONCOEMATOLOGICHE;
2. CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI ED ONCOEMATOLOGICHE IN COMBINAZIONE CON TRASFUSIONE;
3. CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA;
4. CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON TRASFUSIONE ED IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA;
5. DESENSIBILIZZAZIONE RAPIDA, SECONDO CASTELLS, A FARMACI CHEMIOTERAPICI/BIOLOGICI ONCO-EMATOLOGICI;
6. TRATTAMENTO DISFORIA DI GENERE;
7. DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - PRIMA FASE;
8. DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP TRIMESTRALE;
9. DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP SEMESTRALE;
10. DIAGNOSI DISFORIA DI GENERE - FOLLOW UP ANNUALE;
11. INTERSTIZIOPATIE POLMONARI DIFFUSE;
12. DISTURBI DELLA NUTRIZIONE;
13. CAT VASCOLARI: MIDLINE;
14. CAT VASCOLARI: RIMOZIONE PORT (ALTA COMPLESSITA');;
15. CAT VASCOLARI: MEDICAZIONE E/O RIMOZIONE MIDLINE E PICC;
16. CAT VASCOLARI: CHEST O FICC PORT (ALTA COMPLESSITA');;
17. CAT VASCOLARI: PICC PORT (ALTA COMPLESSITA');;
18. CAT VASCOLARI: PICC;
19. MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE COGNITIVA;
20. MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE NEUROMUSCOLARE;

Aggiornamento composizione pacchetti Day Service

21. PAC 0A "PREPARAZIONE ALLA CHIRURGIA BARIATRICA";
22. PAC 46 "CROSS - CRONIC SYSTEMIC ILLNESS - MALATTIE EPATICHE AUTOIMMUNI".

1	PAC CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNIE ED ONCOEMATOLOGICHE		
Il Day Service chemioterapeutico - infusionale può comprendere diversi accessi a seconda del programma assistenziale specifico per il singolo paziente. Il numero di accessi massimo per ciclo è di n. 30 sedute/anno per singolo Day Service chemioterapeutico. Il costo del farmaco chemioterapico/antitumorale è rimborsato attraverso le procedure del File F.			
Descrizione Diagnosi e Procedure per SOA	ICD9-CM		tariffa (€)
Chemioterapia antineoplastica	V58.11	Diagnosi principali	
Immunoterapia antineoplastica	V58.12		
Tumori maligni (compresi quelli degli organi emopoietici)	140.x - 208.x; 230.x - 239.x	Diagnosi Secondarie	
Anamnesi personale di tumore maligno	V10.x		
Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	99.25	Procedure principali	
Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici	99.28		
Elenco delle prestazioni specialistiche effettuabili nel Day Service	Nomenclatore Nazionale o ICD9-CM	Catalogo Regionale	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento e presa in carico del paziente	89.78.6	10179; 10180	
MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	89.65.5	49761	
PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	91.49.2	96101	
EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	90.62.2	75201	
ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	90.04.5	61001	
ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GGT)	90.09.2	62101	
GLUCOSIO [S]	90.27.1	66554	
CREATININA [S]	90.16.3	63903	
UREA [S]	90.44.1	70853	
INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Compresa terapia orale	99.25	53445	
INIEZIONE DI STEROIDI o DI CORTISONE	99.23	53421; 53422	
INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE (antemetici, protettori gastrici, analgesici, ecc.)	99.21	51988	
IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	96.57	52953	
MEDICAZIONE DI FERITA	96.59	52967	
VISITA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA DI CONTROLLO	89.01.F	12190; 12191	
TARIFFA DAY SERVICE PER SINGOLO ACCESSO (Chemioterapia)			107,00

2	PAC CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNED ONCOEMATOLOGICHE IN COMBINAZIONE CON TRASFUSIONE		
Il Day Service chemioterapeutico - infusionale può comprendere diversi accessi a seconda del programma assistenziale specifico per il singolo paziente. Il numero di accessi massimo per ciclo è di n. 30 sedute/anno per singolo Day Service chemioterapeutico. Il costo del farmaco chemioterapico/antitumorale è rimborsato attraverso le procedure del File F.			
Descrizione Diagnosi e Procedure per SDA	ICD9-CM		tariffa (€)
Chemioterapia antineoplastica	V58.11	Diagnosi principali	
Immunoterapia antineoplastica	V58.12		
Tumori maligni (compresi quelli degli organi emopoietici)	140.x - 208.x; 230.x - 239.x	Diagnosi Secondarie	
Anamnesi personale di tumore maligno	V10.x		
Anemia in malattia neoplastica	285.22		
Cure palliative	V66.7		
Dolore correlato a neoplasia (acuto; cronico)	338.3		
Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	99.25	Procedure principali e/o secondarie	
Altra trasfusione di sangue intero	99.03		
Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici	99.28	Procedura secondaria	
Ipertermia per il trattamento di tumore	99.85		
Elenco delle prestazioni specialistiche effettuabili nel Day Service	Nomenclatore Nazionale o ICD9-CM	Catalogo Regionale	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento e presa in carico del paziente	89.78.6	10179; 10180	
MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	89.65.5	49761	
PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	91.49.2	96101	
EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	90.62.2	75201	
ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	90.04.5	61001	
ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	90.09.2	62101	
GLUCOSIO [S]	80.27.1	66554	
CREATININA [S]	80.16.3	63903	
UREA [S]	90.44.1	70853	
INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Compresa terapia orale	99.25	53445	
INIEZIONE DI STEROIDI o DI CORTISONE	99.23	53421; 53422	
INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE (antimetici, protettori gastrici, analgesici, ecc.)	99.21	51988	
GRUPPO SANGUIGNO ABO E RH (D)	90.65.3	76001	
TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	99.07.1	53373	
IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	96.57	52953	
MEDICAZIONE DI FERITA	96.59	52967	
VISITA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA DI CONTROLLO	89.01.F	12190; 12191	
TARIFFA DAY SERVICE PER SINGOLO ACCESSO (Chemioterapia + Trasfusione)			142,00 €

3	PAC/DAY SERVICE TERAPEUTICO CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA		
Il Day Service chemioterapeutico - infusionale può comprendere diversi accessi a seconda del programma assistenziale specifico per il singolo paziente. Il numero di accessi massimo per ciclo è di n. 30 sedute/anno per singolo Day Service chemioterapeutico. Il costo del farmaco chemioterapico/antitumorale è rimborsato attraverso le procedure del File F.			
Descrizione Diagnosi e Procedure per 3DA	ICD9-CM		tariffa (€)
Chemioterapia antineoplastica	V58.11	Diagnosi principali	
Immunoterapia antineoplastica	V58.12		
Tumori maligni	140.x - 199.x; 230.x - 239.x	Diagnosi Secondarie	
Anamnesi personale di tumore maligno	V10.x		
Anemia in malattia neoplastica	285.22		
Cure palliative	V66.7		
Dolore correlato a neoplasia (acuto; cronico)	338.3		
Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	99.25	Procedure principali	
Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici	99.28		
Ipertermia per il trattamento di tumore	99.85	Procedura secondaria	
Elenco delle prestazioni specialistiche effettuabili nel Day Service	Nomenclatore Nazionale o ICD9-CM	Catalogo Regionale	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento e presa in carico del paziente	89.78.6	10179; 10180	
MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	89.65.5	49761	
PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	91.49.2	96101	
EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	90.62.2	75201	
ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	90.04.5	61001	
ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	90.09.2	62101	
GLUCOSIO [S]	90.27.1	66554	
CREATININA [S]	90.16.3	63903	
UREA [S]	90.44.1	70853	
INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI	99.25	53445	
IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA NON INVASIVA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE (terapia aggiuntiva*)	99.85		
INIEZIONE DI STEROIDI o DI CORTISONE	99.23	53421; 53422	
INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE (antimetetici, protettori gastrici, analgesici, ecc.)	99.21	51988	
IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	96.57	52953	
MEDICAZIONE DI FERITA	96.59	52967	
VISITA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA DI CONTROLLO	89.01.F	12190; 12191	
TARIFFA DAY SERVICE PER SINGOLO ACCESSO (Chemioterapia + Ipertermia)			189,00 €

(*) *Indicazione clinica/terapeutica per i seguenti tumori primitivi, in combinazione con chemio e/o radioterapia, e per tumori in fase di recidiva o metastatici: carcinoma della cervice uterina (localmente avanzato), neoplasie del pancreas, tumori del retto, tumori dell'ano, tumori dei tessuti molli (sarcomi), NSCLC, mesotelioma, neoplasie delle vie biliari, carcinoma ovarico, HCC, metastasi epatiche, carcinosi peritoneale, recidiva locale da tumore della mammella, astrocitoma anaplastico (grado III), glioblastoma multiforme (grado IV) e nelle cure sintomatiche palliative*

4	PAC/DAY SERVICE TERAPEUTICO CHEMIO/IMMUNOTERAPIA PER NEOPLASIE MALIGNI IN COMBINAZIONE CON IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA E TRASFUSIONE			
Il Day Service chemioterapico - infusionale può comprendere diversi accessi a seconda del programma assistenziale specifico per il singolo paziente. Il numero di accessi massimo per ciclo è di n. 30 sedute/anno per singolo Day Service chemioterapico. Il costo del farmaco chemioterapico/antitumorale è rimborsato attraverso le procedure del File F.				
Descrizione Diagnosi e Procedure per SDA		ICD9-CM		tariffa (€)
Chemioterapia antineoplastica		V58.11	Diagnosi principali	
Immunoterapia antineoplastica		V58.12		
Tumori maligni		140.x - 199.x; 230.x - 239.x	Diagnosi Secondarie	
Anamnesi personale di tumore maligno		V10.x		
Anemia in malattia neoplastica		285.22		
Cure palliative		V66.7		
Dolore correlato a neoplasia (acuto; cronico)		338.3		
Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore		99.25	Procedure principali	
Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici		99.28		
Altra trasfusione di sangue intero		99.03	Procedure secondarie	
Ipertermia per il trattamento di tumore		99.85		
Elenco delle prestazioni specialistiche effettuabili nel Day Service		Nomenclatore Nazionale o ICD9-CM	Catalogo Regionale	
PRIMA VISITA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento e presa in carico del paziente		89.78.6	10179; 10180	
MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA		89.65.5	49761	
PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		91.49.2	96101	
EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.		90.62.2	75201	
ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)		90.04.5	61001	
ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)		90.09.2	62101	
GLUCOSIO [S]		90.27.1	66554	
CREATININA [S]		90.16.3	63903	
UREA [S]		90.44.1	70853	
INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI		99.25	53445	
IPERTERMIA LOCOREGIONALE ESTERNA NON INVASIVA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE (terapia aggiuntiva*)		99.85		
INIEZIONE DI STEROIDI o DI CORTISONE		99.23	53421; 53422	
INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE (antiemetici, protettori gastrici, analgesici, ecc.)		99.21	51988	
GRUPPO SANGUIGNO ABO E RH (D)		90.65.3	76001	
TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI		99.07.1	53373	
IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE		96.57	52953	
MEDICAZIONE DI FERITA		96.59	52967	
VISITA ONCOLOGICA/ONCOEMATOLOGICA DI CONTROLLO		89.01.F	12190; 12191	
TARIFFA DAY SERVICE PER SINGOLO ACCESSO (Chemioterapia + Ipertermia + Trasfusione)				224,00 €
(*) Indicazione clinica/terapeutica per i seguenti tumori primitivi, in combinazione con chemio e/o radioterapia, e per tumori in fase di recidiva o metastatici : carcinoma della cervice uterina (localmente avanzato), neoplasie del pancreas, tumori del retto, tumori dell'ano, tumori dei tessuti molli (sarcomi), NSCLC, mesotelioma, neoplasie delle vie biliari, carcinoma ovarico, HCC, metastasi epatiche, carcinomi peritoneale, recidiva locale da tumore della mammella, astrocitoma anaplastico (grado III), glioblastoma multiforme (grado IV) e nelle cure sintomatiche palliative				

5	PAC/DAY SERVICE PER DESENSIBILIZZAZIONE RAPIDA, SECONDO CASTELS, A FARMACI CHEMIOTERAPICI/BIOLOGICI ONCO-EMATOLOGICI		
Descrizione Diagnosi e Procedure per SOA		ICD9-CM	tariffa (€)
Anamnesi personale di allergia a sostanze medicinali specificate		V14.8	Diagnosi principali e/o secondarie
Allergia o ipersensibilità ai farmaci		995.27	
Altri e non specificati effetti avversi di farmaci, medicinali e prodotti biologici non specificati		995.20	
Altri e non specificati effetti avversi di farmaci, medicinali e prodotti biologici		995.29	
Allergia, non specificata, non classificata altrove		995.3	
Necessità di desensibilizzazione ad allergeni		V07.1	
Trattamento pluridisciplinare		V67.6	
Tumori maligni (compresi quelli degli organi emopoietici)		140.x - 208.x; 230.x - 239.x	
Anamnesi personale di tumore maligno		V10.x	
Immunizzazione per allergia		99.12	Procedura principale
Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche		99.29	Procedure secondarie
Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo		86.19	
Elenco delle prestazioni specialistiche effettuabili nel Day Service		Nomenclatore Nazionale o ICD9-CM	Catalogo Regionale
Prima visita specialista allergologia/immunologica. Incluso presa in carico del paziente		89.7A.7	10135
Prelievo di sangue venoso		91.49.2	96101
Prelievo di sangue arterioso		91.48.5	96001
Emocromo		90.62.2	75201
IgE totali		90.68.3	76701
IgE specifiche allergologiche: quantitativo per ciascun allergene (fino a 8 allergeni)		90.68.1	76601
Emogasanalisi arteriosa sistemica		89.65.1	49721
Consulto/Visita specialista cardiologica. Incluso ECG		89.7A.3	10137
Ecografia cardiaca		88.72.2	23451
RX torace		87.44.1	17431
Test percutanei ed intracutanei a lettura immediata (fino a 12 allergeni)		91.90.6	96751
Test epicutanei a lettura ritardata [Patch Test] (fino a 30 allergeni)		91.90.5	96701
Test di stimolazione linfocitaria con antigeni specifici		90.77.4	79001
Triptasi sierica		90.42.B	68302
Somministrazione controllata di farmaco chemioterapico/biologico onco-ematologico per desensibilizzazione (3 sacche [diluizione 1:100; 1:10; soluzione madre]; ogni sacca con 4 infusioni a dosi/concentrazioni crescenti)		91.90.7	93006
Iniezione/somministrazione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche (paracetamolo, antistaminici, steroidi, adrenalina, ecc.)		99.21	51988
Visita oncologica/oncoematologica di controllo		89.01.F	12190; 12191
TOTALE DAY SERVICE DESENSIBILIZZAZIONE RAPIDA, SECONDO CASTELS, A FARMACI CHEMIOTERAPICI/BIOLOGICI ONCO-EMATOLOGICI			446,00 €

6PAC Trattamento Disforia di Genere		
codice	prestazioni obbligatorie	tariffa (€)
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: color Doppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: color Doppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1), MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO (88.78.1) e ISTEROSONOGRAFIA 87.83.2	
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcenzionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA OPPURE - PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA 89.7C.2 -	
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Color Doppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1	
Analisi cliniche		
codice	prestazione	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8	
90.61.4	D-DIMERO. Dosaggio con metodo immunometrico	
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)	
90.64.6	FIBRINOGENO CLAUS	
90.38.2	PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (ABTPO)	
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (ABTg)	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma-GT)	
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta	
90.14.1	COLESTEROLO HDL	
90.43.2	TRIGLICERIDI	
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	
90.41.3	TESTOSTERONE	
90.19.2	ESTRADIOL (E2)	
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriali dopo GnRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Ormionalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	
90.29.1	INSULINA	
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
90.15.3	CORTISOL. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) REFLEX (cut-off = 2,5 mU/L - = 10,0 mU/L). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA > 2,5 ug/L e < 10,0 mU/L	
Tariffa PAC Trattamento Disforia di Genere		€ 356,75

7	PAC Diagnosi Disforia di Genere - Prima fase		
	codice	prestazioni obbligatorie	tariffa (€)
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3). Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	
	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	
	94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	
	codice	prestazioni ulteriori	
	69.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. Consulenza pre-test: spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). Consulenza post-test: spiegazione del risultato del test genetico	
	Analisi cliniche		
	codice	prestazione	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
	90.05.1	ALBUMINA	
	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)	
	90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8	
	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8	
	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8 - Urinario -	
	90.11.4	CALCIO TOTALE	
	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	
	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	
	90.43.5	URATO	
	90.38.2	PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8	
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8). Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	
	90.25.5	GAMMA-GUTAMILTTRANSFERASI (gamma-GT)	
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	
	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8). Glucosio dosaggio seriale-dopo carico (90.26.5)	
	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	
	91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV 1-2): TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	
	91.19.5	VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPL. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	
	91.18.4	VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV (HBV) REFLEX	
	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
	62.01	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi	
	90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening. Non associabile a 90.40.8	
	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
	90.20.1	ETANOLO	
	Tariffa PAC Diagnosi Disforia di Genere		€ 422,45

8	PAC Follow-up Disforia di Genere - TRIMESTRALE		
Analisi cliniche			
codice	prestazione	tariffa (€)	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico		
90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8		
90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8		
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)		
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)		
90.41.3	TESTOSTERONE		
90.19.2	ESTRADIOLO (E2)		
Tariffa PAC Follow-up Disforia di Genere - TRIMESTRALE		€ 25,50	

9	PAC Follow-up Disforia di Genere - SEMESTRALE		
Analisi cliniche			
codice	prestazione	tariffa (€)	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 3,80	
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,30	
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)	€ 2,50	
90.64.6	FIBRINOGENO CLAUSS	€ 1,75	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,20	
90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta	€ 1,75	
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,80	
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,10	
90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8). Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	€ 1,00	
90.41.3	TESTOSTERONE	€ 6,90	
90.19.2	ESTRADIOLO (E2)	€ 7,50	
Tariffa PAC Follow-up Disforia di Genere - SEMESTRALE		€ 31,60	

10	PAC Follow-up Disforia di Genere - ANNUALE		
codice	prestazione	tariffa (€)	
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: color doppler se necessario. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella		
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate		
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale		
Analisi cliniche			
codice	prestazione		
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) REFLEX (cut-off = 2,5 mU/L - = 10,0 mU/L). Incluso: esecuzione automatica di FPSA, referto di PSA + FPSA con calcolo del rapporto FPSA/PSA se PSA > 2,5 ug/L e < 10,0 mU/L		
90.38.2	PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)		
Tariffa PAC Follow-up Disforia di Genere - ANNUALE		€ 103,70	

11	PAC INTERSTIZIOPATIE POLMONARI DIFFUSE		
codice	prestazioni obbligatorie	tariffa (€)	
89789	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA		
89442	6 MINUTE WALKING TEST		
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA		
89382	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA		
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina		
89383	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO		
89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE		
codice	prestazioni ulteriori		
3324	BRONCOSCOPIA (fibre ottiche - autofluorescenza - Ebus). Tracheobroncoscopia esplorativa		
88733	ECOGRAFIA POLMONARE		
9142G	ESAME ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO		
9139B	ESAME CITOLOGICO SU BRONCOLAVAGGIO		
8901L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO		
9147C	STUDIO IMMUNOFENOTIPICO SU BAL		
9147C	STUDIO IMMUNOFENOTIPICO SU SANGUE		
89651	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina		
90937	ESAME MICROBIOLOGICO SU BRONCOLAVAGGIO PER GERMI COMUNI		
89.7	Prima visita reumatologica		
Analisi cliniche			
codice	prestazione		
91492	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		
90622	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L. X 2		
90441	UREA (S/P/U/GU)		
90163	CREATININA		
90404	SODIO		
90374	POTASSIO		
90133	CLORO		
9017E	ACE		
90602	C3		
90602	C4		
90482	ANCA		
90483	ANTI DNA		
90524	ANTI NUCLEO		
90473	ENAS		
9047D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA		
90366	BNP		
90045	ALT		
90092	AST		
90255	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)		
90235	FOSFATASI ALCALINA		
90646	FIBRINOGENO		
90754	TEMPO DI PROTROMBINA		
90761	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)		
89651	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA		
90642	REUMA TEST		
Tariffa PAC INTERSTIZIOPATIE POLMONARI DIFFUSE		600,00	

PAC Disturbi della Nutrizione		
12		
codice	prestazioni obbligatorie	tariffa (€)
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	
94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	
89.01.C	VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA) DI CONTROLLO. Non associabile a 02.93.1	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.74.3). Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Non associabile a polissonnografia (89.17)	
93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condotti a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo KFI (B110-8139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.74.4). VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERMINAMENTO O SVILUPPO INTELETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese	
Analisi cliniche		
codice	prestazione	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE (Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico)	
90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8). Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8). Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
90.38.2	PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
90.38.5	PROTEINE TOTALI	
90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5	
90.05.1	ALBUMINA	
90.22.5	FERRO	
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatici)	
90.44.6	VITAMINA D (25-OH)	
90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	
90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	
90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	
Tariffa PAC Disturbi della Nutrizione		

13	PAC MIDLINE *		
Ambito di applicazione: Ospedaliero, territoriale e domiciliare			
codice	prestazione	tariffa (€)	
89.7.00.63	visita anestesiologica		
88.77.6	ecocolor doppler art e venoso arti superiori		
88.73.6	ecocolor doppler del collo		
38.95.00.01	cateterismo venoso per dialisi		
9659.00.03 + cod. 96.57.00.01	medicazione e irrigazione di cat. vascolare		
Tariffa PAC MIDLINE* (ricomprende costo personale sanitario e device)			€ 500,00

14	PAC RIMOZIONE PORT - ALTA COMPLESSITA'*		
codice	prestazione	tariffa (€)	
89.7.00.63	visita anestesiologica		
88.73.6	ecocolor doppler del collo		
88.77.2	ecocolor doppler art e venoso arti superiori		
88.77.2	ecocolor doppler art. e venoso arti inf.		
83.98	iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale		
83.09.00.01	altra incisione di tess. molli		
86.59.2.01	sutura estetica di ferita di piccole dimensioni < 5 cm		
86.05.1	incisione e rimozione di corpo estraneo		
96.59.00.03	medicazione		
91.49.2- 90.62.2- 90.75.90.76.1	Es. ematochimici		
Tariffa PAC RIMOZIONE PORT - ALTA COMPLESSITA'* (ricomprende costo personale sanitario)			€ 600,00

15	PAC Medicazione e/o Rimozione Midline e PICC *		
Ambito di applicazione: Ospedaliero, territoriale e domiciliare			
codice	prestazione	tariffa (€)	
88.77.6	ecocolor doppler art e venoso arti superiori		
9659.00.03 + cod. 96.57.00.01	medicazione e irrigazione di cat. vascolare		
Tariffa PAC Medicazione e/o Rimozione Midline e PICC* (ricomprende costo personale sanitario e device)			€ 110,00

16	PAC CHEST O FICC PORT (ALTA COMPLESSITA')*		
codice	prestazione	tariffa (€)	
91.49.2- 90.62.2- 90.75.90.76.1	Es. ematochimici		
89.7.00.63	visita anestesiologica		
88.77.2	ecocolor doppler art e venoso arti superiori		
88.77.2	ecocolor doppler art. e venoso arti inf.		
88.73.6	ecocolor doppler del collo		
83.09.00.01	altra incisione di tessuti molli		
38.95.00.01	cateterismo venoso per dialisi renale		
86.59.2.01	sutura estetica di ferita di piccole dimensioni < 5 cm		
87.44.1	Rx torace		
89.52	ECG		
86.07	inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile		
Tariffa PAC CHEST O FICC PORT (ALTA COMPLESSITA')* (ricomprende costo personale sanitario e device)			€ 1.200,00

17	PAC PICC PORT (ALTA COMPLESSITA')*		
	Ambito di applicazione: Ospedaliero, territoriale e domiciliare		
	codice	prestazione	tariffa (€)
	91.49.2 - 90.62.2 - 90.75.90.76.1	Es. ematochimici	
	89.7.00.63	visita anestesiológica	
	88.77.2	ecocolor doppler art e venoso arti superiori	
	9659.00.03 + cod. 96.57.00.01	medicazione e irrigazione di cat. vascolare	
	88.73.6	ecocolor doppler del collo	
	83.09.00.01	altra incisione di tessuti molli	
	38.95.00.01	cateterismo venoso per dialisi renale	
	86.59.2.01	sutura estetica di ferita di piccole dimensioni < 5 cm	
	87.44.1	Rx torace	
	89.52	ECG	
	86.07	inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile	
	Tariffa PAC PICC PORT (ALTA COMPLESSITA')* (ricomprende costo personale sanitario e device)		€ 1.300,00

18	PAC PICC *		
	Ambito di applicazione: Ospedaliero, territoriale e domiciliare		
	codice	prestazione	tariffa (€)
	89.7.00.63	visita anestesiológica	
	88.73.6	ecocolor doppler del collo	
	88.77.2	ecocolor doppler art e venoso arti superiori	
	38.95.00.01	cateterismo venoso per dialisi renale	
	89.52.00.01	ecg intracavitario	
	9659.00.03 + cod.96.57.00.01	medicazione e irrigazione di cat. Vascolare	
	Tariffa PAC PICC* (ricomprende costo personale sanitario e device)		€ 800,00

*pacchetti autorizzati in via sperimentale esclusivamente per erogatori pubblici

PAC MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE COGNITIVA		
19		
codice	prestazioni obbligatorie	tariffa (€)
89.13	VISITA NEUROLOGICA APERTURA DAY SERVICE	
89.01.C	VISITA NEUROLOGICA CHIUSURA DAY SERVICE	
9409	COLLOQUIO PSICOLOGICO	
93014	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE	
94012	SOMMINISTRAZIONE EINT. DI TEST DI DET. O SVIL. INT. - M.D.B.	
94021	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	
94081	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	
94082	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	
89.14	EEG	
88.91.2	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO	
03.31	RACHICENTESI	
8952	ELETTROCARDIOGRAMMA	
prestazioni alternative		
50457 (DM:92.11.6)	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI (PET) CEREBRALE CON FDG	
50231 (DM: 92.11.A)	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI (PET) CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	
92.11.9	TOMOSINTIGRAFIA (SPET) CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	
Analisi cliniche		
codice	prestazione	
90.62.2	EMOCROMO	
90.42.1	TSH	
90.42.3	TIROXINA LIBERA	
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12)	
90.23.2	FOLATO	
90.13.A	CREATININA	
90.44.1	UREA	
90.40.4	SODIO	
90.37.4	POTASSIO	
90.32.5	MAGNESIO	
90.11.4	CALCIO	
90.10.5	BILIRUBINA DIR. ED. INDIR.	
90.04.5	ALT E GPT	
90.25.5	GGT	
79052	ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI	
Tariffa PAC MALATTIE NEURODEGENERATIVE		

20	PAC MALATTIE NEURODEGENERATIVE CON COMPROMISSIONE NEUROMUSCOLARE		
codice		prestazioni obbligatorie	tariffa (€)
89.13		VISITA NEUROLOGICA APERTURA DAY SERVICE	
89.01.C		VISITA NEUROLOGICA CHIUSURA DAY SERVICE	
88.91.2		RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALO	
03.31		RACHICENTESI	
88.93.2		RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	
88.93.3		RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	
93.08.A		ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Insieme tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	
93.08.B		ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Insieme tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	
93.09.1		VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B	
93.09.2		VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B	
prestazioni ulteriori			
8952		ELETTROCARDIOGRAMMA	
9409		COLLOQUIO PSICOLOGICO	
93014		VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE	
94012		SOMMINISTRAZIONE EINT. DI TEST DI DET. O SVIL. INT. - M.D.B.	
94021		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	
94081		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	
94082		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISIVO SPAZIALI	
89.78.9		PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	
89.7A.8		PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	
89.14		EEG	
Analisi cliniche			
codice		prestazione	
90.62.2		EMOCROMO	
90.42.1		TSH	
90.42.3		TIROXINA LIBERA	
90.13.5		COBALAMINA (VIT. B12)	
90.23.2		FOLATO	
90.13.A		CREATININA	
90.44.1		UREA	
90.40.4		SODIO	
90.37.4		POTASSIO	
90.32.5		MAGNESIO	
90.11.4		CALCIO	
90.10.5		BILIRUBINA DIR ED INDIR	
90.04.5		ALT E GPT	
90.25.5		GGT	
79052		ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI	
Tariffa PAC MALATTIE NEURODEGENERATIVE			€ 1.214,00

AGGIORNAMENTO COMPOSIZIONE PACHETTI DAY SERVICE

21.	PAC 0A "PREPARAZIONE ALLA CHIRURGIA BARIATRICA"		
	codice	prestazione	tariffa (€)
	89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	
	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	
	89.7	PRIMA VISITA PSICOLOGICA	
	89.7	PRIMA VISITA DIETOLOGICA	
	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	
	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1	
	88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: colordoppler delle ghiandole salivari, della tiroide e delle paratiroidi.	
	42.24	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA (EGDS) CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1	
	89.17	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	
	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	
	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	
	87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)	
	88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC.	
	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	
	91.41.1	ESAME ISTOLOGICO SEDI MULTIPLE	
	89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore	
	89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	
	89.01	VISITA PSICOLOGICA DI CONTROLLO	
	89.01	VISITA DIETOLOGICA DI CONTROLLO	
Analisi cliniche			
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
	90.27.1	GLUCOSIO [P]	
	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	
	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
	90.14.1	COLESTEROLO HDL	
	90.13.C	COLESTEROLO LDL Determinazione diretta	
	90.43.2	TRIGLICERIDI	
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	
	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	
	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dl, salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07	

90.30.2	LIPASI PANCREATICA
90.06.4	ALFA AMILASI TOTALE
90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5
90.38.5	PROTEINE TOTALI
90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8
90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8
90.13.3	CLORURO
90.11.4	CALCIO TOTALE
90.32.5	MAGNESIO TOTALE
90.23.5	FOSFATASI ALCAINA
90.10.2	BICARBONATI (idrogenocarbonato)
90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)
90.05.1	ALBUMINA
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4
90.43.5	URATO
90.22.5	FERRO
90.22.3	FERRITINA
90.42.5	TRANSFERRINA
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)
90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, frazione libera)
90.15.3	CORTISOLO
90.26.5	GLUCOSIO DOSAGGIO SERIALE DOPO CARICO (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1
90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)
90.34.A	INSULIN GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN 3 [IGF - BP3]
90.13.5	CORALAMMINA (VIT. B12)
90.38.2	PROLATTINA (PRL)
90.35.5	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta
90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.11.1	C-PEPTIDE
Totale (€)	
Tariffa PAC OA "PREPARAZIONE ALLA CHIRURGIA BARIATRICA"	
€ 700,00	

22	PAC 46 CROSS - CRONIC SYSTEM ILLNESS - MALATTIE EPATICHE AUTOIMMUNI		
	codice	prestazioni obbligatorie	tariffa (€)
		Visita e gestione del PAC	
	89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	
	89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	
	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1	
	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	
	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	
Analisi cliniche			
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	
	90.22.3	FERRITINA	
	90.22.5	FERRO	
	90.23.2	FOLATO	
	90.13.5	COBALAMMINA (VIT. B12)	
	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5	
	90.05.1	ALBUMINA	
	90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8). Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	
	90.32.5	MAGNESIO TOTALE	
	90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	
	90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8	
	90.11.4	CALCIO TOTALE	
	90.13.3	CLORURO	
	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	
	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta. Non associabile a 90.10.07	
	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	
	90.06.4	ALFA AMILASI TOTALE	
	90.30.2	LIPASI PANCREATICA	
	90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta	
	90.14.1	COLESTEROLO HDL	
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
	90.43.2	TRIGLICERIDI	
	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	
	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	
	90.64.6	FIBRINOGENO CLAUSS	
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)	
	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	
	90.43.5	URATO	
	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	
	90.94.3	ESAME CULTURALE DELLE FECI (COPROCOLTURA). Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma. Escluso: Aeromonas, E. coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio. Non associabile a: 90.88.E Campylobacter esame colturale, 91.07.6 Salmonella nelle feci esame colturale, 91.07.7 Shigella nelle feci esame colturale	
	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	
	90.01.5	Acidi Bilari	
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	
	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	
	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LUMA)	
	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	
	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgE, IgM, (Ciascuna)	
Tariffa PAC 46 CROSS - CRONIC SYSTEM ILLNESS - MALATTIE EPATICHE AUTOIMMUNI			€ 333,75

Il Dirigente della Sezione SGO

Mauro Nicastro



Mauro
Nicastro
17.03.2025
10:13:38
GMT+01:00