



**DISPOSIZIONI ATTUATIVE L.R. N. 20/2006**  
**ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO**  
**DEI PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI**



**ALLEGATO A**



Il presente documento tecnico è stato predisposto con il contributo di:

**ASR Abruzzo**

Dott.ssa Giorgia Fragassi

Dott.ssa Anita Saponari

Dott. Vito Di Candia

Dott.ssa Daria Angelozzi

**Dipartimento per la Salute e il Welfare**

*Servizio Programmazione Socio-Sanitaria*

Dott. Germano De Sanctis

Dott.ssa Virginia Vitullo

*Servizio Governo dei Dati, Flussi  
Informativi e Mobilità Sanitaria*

Dott. Italo Di Giuseppe

**Direttore ASR Abruzzo**

Dott. Alfonso Mascitelli





## Indice

Premessa.....	4
Definizione di PAC diagnostico .....	5
Aspetti organizzativi e gestionali .....	5
Il percorso del PAC.....	6
1. Fase di apertura/attivazione del PAC.....	6
2. Fase di esecuzione del PAC.....	7
3. Fase di chiusura del PAC.....	8
Flusso Informativo .....	8
Aspetti amministrativi.....	9
Analisi dei costi.....	9

Allegato 1: Scheda PAC - MICI

Allegato 2: Scheda PAC - Carcinoma della Mammella

Allegato 3: Scheda PAC - Tumore del Polmone

Allegato 4: Scheda PAC - Sclerosi Multipla

Appendice: Moduli di richiesta interna





## Premessa

La Regione Abruzzo in conformità con quanto previsto dalla vigente normativa nazionale<sup>1</sup>, ha indicato, tra gli obiettivi strategici del Piano di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale<sup>2</sup>, l'implementazione di strumenti di governo dell'assistenza, per migliorare l'offerta di prestazioni sanitarie territoriali, tra i quali i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) omogenei e per patologie e il Day Service Ambulatoriale.

Lo sviluppo di questi strumenti, infatti, non ha unicamente lo scopo di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, ma consente anche di sviluppare un'assistenza maggiormente rispondente alle specifiche esigenze degli assistiti, superando la frammentarietà della singola prestazione e ponendo al centro i bisogni di salute dei cittadini.

L'intervenuta normativa del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sulla definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza ha esplicitato elementi significativi nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Prevedendo, da una parte, l'erogazione in forma ambulatoriale organizzata di pacchetti di prestazioni orientati a finalità diagnostica o terapeutica (v. art. 15 co. 5); d'altro conto l'adozione di adeguate misure per incentivare il trasferimento delle prestazioni dal regime di day hospital al regime ambulatoriale (v. art. 43 co. 3).

La Regione Abruzzo, in considerazione anche del rilevante assorbimento di risorse da parte dell'assistenza ambulatoriale<sup>3</sup>, intende dare piena attuazione a quanto già previsto dalla L.R. n. 20 del 23 giugno 2006 per la messa a regime del Day Service Ambulatoriale.

Il Day Service, infatti, attraverso l'individuazione di pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), permette di migliorare la gestione dei casi complessi, per i quali sono necessarie indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari.

La reale operatività di un PAC necessita indubbiamente di un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice. Resta, tuttavia, di tutta evidenza che lo sviluppo dei PAC assicura un migliore accesso del paziente alle prestazioni, garantendo al contempo una corretta sequenza delle prestazioni erogate, nonché una riduzione del numero di accessi dell'utente. Tali considerazioni oggettive fondano la ragione per cui la messa a regime dei PAC è uno degli strumenti individuati dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, per ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali.

<sup>1</sup>D.P.C.M. 12 gennaio 2017 all'art.15 comma 5 e art. 43 comma 3; Patto per la Salute 2014-2016 approvato con l'Intesa del 10/07/2017 (Rep. Atti n.82/CSR);

<sup>2</sup>Approvato con il DCA del 10/06/2016 n. 55, Intervento 5.1;

<sup>3</sup> Si tenga conto che la voce Assistenza Ambulatoriale in Regione Abruzzo è circa 29,6 mln di €/anno e l'Eurostat nel 2016 ha stimato che i servizi ambulatoriali incidono circa il 2,2% del PIL per i 28 stati membri, in Italia tale dato è al 2,6%;



Con il presente Documento, la Regione Abruzzo intende disciplinare i criteri e indicazioni comuni necessari per l'erogazione dei PAC, nonché specifica i pacchetti di prestazioni già definiti per la diagnosi delle Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (MICI), del Carcinoma della Mammella, del Tumore del Polmone e della Sclerosi Multipla. Tali pacchetti rientrano tra le prestazioni dei relativi PDTA già deliberati, con DGR 340/2017, DGR 556/2017, DGR 487/2018, al fine di garantire una loro omogenea attuazione.

Si specifica, inoltre, che, in coerenza con le indicazioni contenute nei commi 19 e 20 dell'art.5 del Patto per la Salute 2014-2016, e dell'art. 64 comma 2 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, il presente documento potrà essere aggiornato all'esito dei lavori del Tavolo, composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e Finanze e delle Regioni, per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ottimizzare il sistema di rilevazione e trasmissione delle informazioni riguardo le prestazioni erogate.

### **Definizione di PAC diagnostico**

---

Il PAC diagnostico è un insieme di prestazioni multidisciplinari ed integrate per la gestione di un problema sanitario complesso, che permette all'utente di avere in breve tempo un inquadramento diagnostico secondo procedure standardizzate.

Il PAC viene attivato dal medico specialista tramite la selezione di prestazioni all'interno di un elenco predefinito, con la finalità principale di orientare la prescrizione nell'ambito di un percorso diagnostico-terapeutico validato, in un regime di appropriatezza.

Il PAC, inoltre, ha la finalità di semplificare l'accesso alle prestazioni favorendone l'erogazione nell'ambito del Day Service.

### **Aspetti organizzativi e gestionali**

---

Il PAC prevede l'erogazione di prestazioni afferenti a diverse branche specialistiche che sono necessarie per l'inquadramento di uno specifico problema clinico. Le prestazioni devono essere organizzate, di regola, in un numero di accessi<sup>4</sup> non superiore a tre (escluse la prima visita specialistica e la visita a conclusione del PAC) e la durata dell'iter diagnostico, di norma, non deve superare i 30 giorni. Per attivare il PAC diagnostico devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra

<sup>4</sup> Per accesso si intende il momento in cui l'utente si reca presso la struttura erogatrice per l'esecuzione degli esami previsti dal medico specialista e riportati nella scheda PAC. All'interno di un unico accesso, pertanto, possono essere effettuate più prestazioni;



quelle indicate nello specifico pacchetto<sup>5</sup>. Le prestazioni del PAC, tranne quelle afferenti alla branca Laboratorio Analisi, possono essere erogate una sola volta. La prestazione con codice 89.7 del nomenclatore tariffario, che deve essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo due volte.

Le aziende sanitarie devono garantire il rispetto degli standard organizzativi minimi relativi alla gestione del PAC, in particolare deve essere previsto:

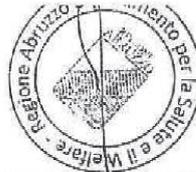
- Un collegamento strutturato tra le discipline coinvolte all'interno dell'attività di Day Service e di erogazione del PAC, con la definizione e condivisione di modalità operative;
- La pianificazione delle prenotazioni e l'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni, previste all'interno del PAC, tramite percorsi predefiniti, un'agenda dedicata per la gestione delle prestazioni e degli appuntamenti. In particolare deve essere garantito il collegamento tra i servizi diagnostici e ambulatoriali specialistici che erogano le prestazioni previste dal pacchetto. Tale attività, in particolare, deve svolgersi nell'ambito delle funzioni previste per i CUP di II livello, istituiti a norma della DGR 575/2011 e DCA 60/2015;
- Adeguamento delle procedure aziendali per adempiere alle indicazioni degli obblighi informativi, relativi alle registrazioni delle prestazioni ambulatoriali effettivamente erogate all'interno del PAC;
- Personale infermieristico funzionalmente dedicato;
- Le modalità con cui il medico referente del PAC, che svolge anche il ruolo di medico prescrittore, possa disporre di tutte le informazioni necessarie per garantire una corretta compartecipazione alla spesa da parte del cittadino. Rientra, pertanto, tra le funzioni del CUP aziendale fornire al medico specialista prescrittore le tariffe di ogni singola prestazione del pacchetto, ai sensi del DCA 12/2013;
- Archiviazione presso la struttura della documentazione clinica, predisposta per ogni singolo PAC a cura dell'equipe sanitaria.

## Il percorso del PAC

### *1. Fase di apertura/attivazione del PAC*

Il PAC può essere attivato unicamente dal medico specialista della branca di riferimento operante nella struttura sanitaria individuata nell'ambito dello specifico PDTA. Lo specialista assume la responsabilità in merito alla gestione dell'iter diagnostico.

<sup>5</sup> Le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione;



L'accesso alla visita per l'eventuale apertura del PAC avviene a seguito di richiesta su ricettario SSR di prima visita specialistica, prenotata tramite CUP di I livello, applicando le classi di priorità secondo la normativa vigente e in conformità con le indicazioni specifiche contenute nei PDTA per patologia.

Il medico specialista di riferimento, dopo una valutazione clinica, definisce se rinviare il paziente al MMG, PLS o altro specialista SSN, oppure se attivare il PAC nell'ambito del Day Service, diventando referente del caso. Il paziente deve essere informato preventivamente sulla metodologia di espletamento del PAC e sulla modalità di partecipazione alla spesa sanitaria, se dovuta.

Alla prima visita, in caso di attivazione del PAC, il medico specialista:

- a) Apre la Cartella Ambulatoriale;
- b) Individua lo specifico iter diagnostico del paziente nell'ambito delle prestazioni previste dal PAC e le annota specificamente sull'apposita scheda PAC. Per i PDTA già approvati con atti giuntali viene adottata la specifica scheda PAC che si riporta negli Allegati 1,2,3,4. I PDTA, elaborati dai gruppi regionali di lavoro, successivamente all'approvazione delle presenti disposizioni attuative, saranno dotati dell'allegata relativa scheda PAC;
- c) Compila i moduli di richiesta interna, riportati in Appendice, per eventuali consulenze specialistiche, esami di laboratorio ed esami radiologici.

## 2. Fase di esecuzione del PAC

L'esecuzione del PAC è garantita, oltre che dal medico specialista referente del PAC, anche da un operatore sanitario dedicato, che coordina il percorso assistenziale, e nello specifico:

- a) Pianifica e prenota gli esami selezionati nella scheda PAC, concentrando nella stessa giornata il maggior numero di prestazioni in modo da limitare e semplificare il numero di accessi necessari allo svolgimento del percorso diagnostico;
- b) Comunica al paziente la data di esecuzione degli accertamenti ed eventuali preparazioni;
- c) Raccoglie i referti prodotti dalle U.O. coinvolte;
- d) Consegna la documentazione al medico specialista referente del PAC che ha preso in carico il paziente;
- e) Programma la successiva visita per la valutazione degli esami clinico-strumentali, dalla quale il medico specialista può:
  - richiedere ulteriori accertamenti, tra quelli previsti dal PAC, indispensabili per definire la diagnosi. Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti al di fuori del PAC ricorrendo all'ambulatorio tradizionale;



- rispondere al quesito diagnostico, accertando o escludendo la patologia. In entrambi i casi, il medico specialista dovrà chiudere il PAC secondo quanto previsto nello specifico paragrafo "Fase di chiusura del PAC".

### 3. Fase di chiusura del PAC

Al termine dell'iter previsto, lo specialista referente del PAC procede a:

- Verificare la completezza dell'iter;
- Vistare la scheda PAC (contrassegnare le prestazioni eseguite nella specifica sezione della scheda), e prescrivere sul ricettario del SSR le prestazioni per il pagamento del ticket;
- Redigere una relazione conclusiva per il MMG, PLS;
- Consegnare all'utente la relazione conclusiva e la documentazione clinica dopo il pagamento del ticket, se dovuto;
- Archiviare la Cartella Ambulatoriale in analogia a quanto viene fatto per la cartella clinica di day hospital (L.R. 20/2006).

## Flusso Informativo

---

Ciascun PAC deve essere individuato con un codice, a valenza regionale, costituito da massimo 7 caratteri alfanumerici (limite imposto dal campo "Codice Prestazione" del file C), di cui:

- Il primo carattere è la lettera "P";
- Segue il codice di diagnosi ICD9-CM (formato da 3 a 5 caratteri, senza punti). A differenza delle SDO possono essere utilizzati anche i codici di diagnosi generica a 3 cifre. Nel caso di più opzioni di diagnosi deve essere selezionato il primo codice in ordine;
- L'ultimo carattere è la lettera "A".

La lettera finale "A" permetterà eventuali evoluzioni future dello stesso PAC. Ad esempio, se in futuro si volesse sdoppiare il PAC per differenziare i pazienti in fase diagnostica dai pazienti in fase di follow-up si potranno utilizzare le successive lettere dell'alfabeto (ad esempio P340A e P340B).

Nel caso in cui il PAC non venisse completato (ad esempio per ricovero o altro), dovrà essere inserita la lettera "Z" in sostituzione della lettera "A".

Tutte le prestazioni erogate nell'ambito del PAC vanno dettagliate nel File C, dalla riga 1 alla 98, mentre il codice PAC va inserito solo nell'ultima riga (riga 99), che attualmente presenta il campo vuoto.

Il controllo della completezza e qualità del debito informativo rientra nella responsabilità della Direzione del Presidio erogante.



## Aspetti amministrativi

---

Le prestazioni effettuate sono tariffate sulla base del nomenclatore tariffario regionale e la valorizzazione del PAC diagnostico corrisponderà alla somma delle tariffe delle singole prestazioni effettivamente erogate.

Il paziente, qualora non esente, è tenuto al pagamento del ticket che deve essere regolarizzato presso gli sportelli CUP/Cassa ticket, unicamente a seguito della conclusione del PAC.

Le prestazioni effettuate devono essere indicate sul ricettario del SSR e suddivise per branca specialistica. Nel rispetto della normativa vigente il numero massimo di prestazioni per ricetta è di otto prestazioni.

E' responsabilità del medico prescrittore compilare le ricette in modo da garantire una corretta compartecipazione alla spesa da parte del cittadino<sup>6</sup>, tenendo conto anche delle specifiche esenzioni dal pagamento del ticket in possesso dell'assistito.

La quota di compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito sarà determinata dalla somma delle tariffe delle prestazioni così accorpate, fino al tetto massimo previsto di Euro 36.15 per ricetta.

Nel caso in cui il PAC non venga attivato, verrà remunerata la sola prima visita specialistica.

## Analisi dei costi

---

Come riportato nelle premesse, uno degli obiettivi dell'attivazione dei PAC è rendere più efficiente il Servizio Sanitario Regionale.

A tal proposito il Patto per la Salute 2010-2012<sup>7</sup> prevedeva, per alcune prestazioni ad elevato rischio di inappropriata, il graduale passaggio dal ricovero ordinario al regime di Day Hospital, alla specialistica ambulatoriale. Tale impostazione è confermata anche con l'approvazione del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, in quanto, nel definire i criteri di appropriatezza delle prestazioni di Day Hospital, pone l'obbligo alle regioni e province autonome di individuare *"adeguate misure per incentivare il trasferimento delle prestazioni dal regime di day hospital al regime ambulatoriale"*<sup>8</sup>.

In tale ambito si inseriscono i PAC diagnostici individuati nel presente documento.

Sul piano metodologico una analisi comparativa empirica rileva che l'attivazione dei PAC non solo consente significativi risparmi derivanti dall'utilizzo di setting assistenziali più appropriati, ma consente di ridurre anche il numero di prestazioni effettivamente erogate per la diagnosi, in quanto

<sup>6</sup> Il medico prescrittore potrà accorpate le prestazioni per ricetta in ordine decrescente dalla più costosa alla meno costosa, e qualora il cittadino sia già esente per specifiche patologie, prescriverle su un'apposita ricetta;

<sup>7</sup> Approvato con Intesa del 3/12/2009 (Rep. Atti n.243/CSR), art.6 comma 5 ha esteso a 108 DRG la lista dei 43 DRG ad elevato rischio di inappropriata prevista nell'allegato 2C del DPCM del 29/11/2001;

<sup>8</sup> DPCM LEA del 12/01/2017 art.43, comma 3.



viene garantita una corretta sequenza delle prestazioni in un breve lasso di tempo, che consente di evitare l'erogazione di prestazioni non necessarie.

Nella tabella sottostante è stata schematizzata l'analisi dei costi, finalizzata a simulare l'impatto economico complessivo dei differenti PAC sia per il cittadino che per il SSR. L'analisi si basa sul presupposto del costo massimo, ovvero prende in considerazione il PAC nella sua globalità, considerando quindi tutte le prestazioni in esso incluse e prevedendo una sola erogazione per ognuna di esse. I differenti importi fanno riferimento alla somma della tariffa delle singole prestazioni, così come riportato nel relativo tariffario, seguita dall'ipotesi di ticket che il paziente pagherebbe secondo il modello PAC, applicando la metodologia illustrata nel presente documento. Questa ipotesi considera le prestazioni afferenti a più branche come ticket a sé stanti (vedi apice C) e nel caso di branche con un numero di prestazioni maggiori di 8 si è proceduto al conteggio dopo aver ordinato gli importi in maniera decrescente.

DENOMINAZIONE PAC	MICI	MAMMELLA	POLMONE	SCLEROSI MULTIPLA																																																																																																
SOMMA TARIFFA PRESTAZIONI <sup>A</sup>	2.005,98 €	1.124,25 €	3.146,52 €	824,68 €																																																																																																
IPOTESI ATTIVAZIONE PAC																																																																																																				
NUMERO MASSIMO DI RICETTE	13	7	13	10																																																																																																
DETTAGLIO TICKET	<table border="1"> <tr><td>1 ticket (89.7) <sup>C</sup></td><td>20,66 €</td></tr> <tr><td>1 ticket OC</td><td>20,66 €</td></tr> <tr><td>1 ticket GA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket PS</td><td>19,37 €</td></tr> <tr><td>1 ticket CA</td><td>11,62 €</td></tr> <tr><td>1 ticket RA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket RA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>23,68 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>11,69 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>8,77 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>5,62 €</td></tr> <tr><td><b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b></td><td><b>302,82 €</b></td></tr> </table>	1 ticket (89.7) <sup>C</sup>	20,66 €	1 ticket OC	20,66 €	1 ticket GA	36,15 €	1 ticket PS	19,37 €	1 ticket CA	11,62 €	1 ticket RA	36,15 €	1 ticket RA	36,15 €	1 ticket LA	36,15 €	1 ticket LA	36,15 €	1 ticket LA	23,68 €	1 ticket LA	11,69 €	1 ticket LA	8,77 €	1 ticket LA	5,62 €	<b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b>	<b>302,82 €</b>	<table border="1"> <tr><td>1 ticket (89.7) <sup>C</sup></td><td>20,66 €</td></tr> <tr><td>1 ticket (89.01) <sup>C</sup></td><td>12,91 €</td></tr> <tr><td>1 ticket CH</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket RA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket RA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket CA</td><td>11,62 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td><b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b></td><td><b>189,79 €</b></td></tr> </table>	1 ticket (89.7) <sup>C</sup>	20,66 €	1 ticket (89.01) <sup>C</sup>	12,91 €	1 ticket CH	36,15 €	1 ticket RA	36,15 €	1 ticket RA	36,15 €	1 ticket CA	11,62 €	1 ticket LA	36,15 €	<b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b>	<b>189,79 €</b>	<table border="1"> <tr><td>1 ticket (89.7) <sup>C</sup></td><td>20,66 €</td></tr> <tr><td>1 ticket (89.01) <sup>C</sup></td><td>12,91 €</td></tr> <tr><td>1 ticket PN</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket RA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket CA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket MN</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket GA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>14,51 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>8,64 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>9,30 €</td></tr> <tr><td><b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b></td><td><b>355,22 €</b></td></tr> </table>	1 ticket (89.7) <sup>C</sup>	20,66 €	1 ticket (89.01) <sup>C</sup>	12,91 €	1 ticket PN	36,15 €	1 ticket RA	36,15 €	1 ticket CA	36,15 €	1 ticket MN	36,15 €	1 ticket GA	36,15 €	1 ticket LA	14,51 €	1 ticket LA	8,64 €	1 ticket LA	9,30 €	<b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b>	<b>355,22 €</b>	<table border="1"> <tr><td>1 ticket (89.7) <sup>C</sup></td><td>20,66 €</td></tr> <tr><td>1 ticket RA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket NE</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket OC</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket OT</td><td>23,24 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>36,15 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>11,51 €</td></tr> <tr><td>1 ticket LA</td><td>5,56 €</td></tr> <tr><td><b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b></td><td><b>277,97 €</b></td></tr> </table>	1 ticket (89.7) <sup>C</sup>	20,66 €	1 ticket RA	36,15 €	1 ticket NE	36,15 €	1 ticket OC	36,15 €	1 ticket OT	23,24 €	1 ticket LA	36,15 €	1 ticket LA	36,15 €	1 ticket LA	36,15 €	1 ticket LA	11,51 €	1 ticket LA	5,56 €	<b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b>	<b>277,97 €</b>								
1 ticket (89.7) <sup>C</sup>	20,66 €																																																																																																			
1 ticket OC	20,66 €																																																																																																			
1 ticket GA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket PS	19,37 €																																																																																																			
1 ticket CA	11,62 €																																																																																																			
1 ticket RA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket RA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	23,68 €																																																																																																			
1 ticket LA	11,69 €																																																																																																			
1 ticket LA	8,77 €																																																																																																			
1 ticket LA	5,62 €																																																																																																			
<b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b>	<b>302,82 €</b>																																																																																																			
1 ticket (89.7) <sup>C</sup>	20,66 €																																																																																																			
1 ticket (89.01) <sup>C</sup>	12,91 €																																																																																																			
1 ticket CH	36,15 €																																																																																																			
1 ticket RA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket RA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket CA	11,62 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
<b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b>	<b>189,79 €</b>																																																																																																			
1 ticket (89.7) <sup>C</sup>	20,66 €																																																																																																			
1 ticket (89.01) <sup>C</sup>	12,91 €																																																																																																			
1 ticket PN	36,15 €																																																																																																			
1 ticket RA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket CA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket MN	36,15 €																																																																																																			
1 ticket GA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	14,51 €																																																																																																			
1 ticket LA	8,64 €																																																																																																			
1 ticket LA	9,30 €																																																																																																			
<b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b>	<b>355,22 €</b>																																																																																																			
1 ticket (89.7) <sup>C</sup>	20,66 €																																																																																																			
1 ticket RA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket NE	36,15 €																																																																																																			
1 ticket OC	36,15 €																																																																																																			
1 ticket OT	23,24 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	36,15 €																																																																																																			
1 ticket LA	11,51 €																																																																																																			
1 ticket LA	5,56 €																																																																																																			
<b>COSTO TOTALE TICKET <sup>B</sup></b>	<b>277,97 €</b>																																																																																																			

<sup>A</sup> Corrisponde alla somma delle singole prestazioni comprese nel PAC;

<sup>B</sup> Il costo totale ticket è calcolato disponendo le prestazioni in ordine decrescente di costo e simulando la situazione di massima spesa;

<sup>C</sup> La prestazione è associata a diverse branche, pertanto non è possibile simulare a priori l'accorpamento. Ai fini di tale simulazione economica la prestazione viene considerata su una ricetta separata.



Sono state effettuate ulteriori valutazioni circa l'impatto economico dell'attivazione dei PAC sul SSR, analizzando schematicamente due simulazioni destinate ad indagare i differenti costi che il SSR sostiene nei differenti setting assistenziali.

Nella prima simulazione ci si è incentrati sulla Sclerosi Multipla, analizzando il DRG 013, sotto l'ipotesi di Day Hospital. Il punto di partenza è stato l'analisi delle SDO 2016 per il DRG interessato. I casi così individuati sono stati esaminati statisticamente, essi riportano da un minimo di accessi pari a 1, fino ad un massimo di 23, con una media di 5.5 accessi in Day Hospital. Come riportato nella tabella sottostante, tale media di accessi corrisponde ad un costo medio pari a 1.010,46 € per paziente, secondo il Nomenclatore Tariffario della Regione Abruzzo.

IPOTESI DH - DRG 013		IPOTESI PAC	
Valore DH - DRG 013	183,72 €	Σ tariffe delle prestazioni	824,68 €
Media di accessi	5,5	Compartecipazione del cittadino	277,98 €
Quota a carico del SSR	1.010,46 €	Quota a carico del SSR	546,70 €

Con l'attivazione del PAC per la Sclerosi Multipla, così come illustrato nel presente documento e secondo le ipotesi specificate riferenti l'applicazione integrale delle prestazioni ricomprese nel PAC stesso, il SSR sosterebbe una spesa pari a 546,70 €/paziente. Tale importo è il risultato della tariffa del PAC (data dalla somma delle tariffe di tutte le prestazioni ricomprese nel PAC) sottratta della compartecipazione del cittadino, che avverrà secondo le modalità chiarite nel paragrafo "Aspetti amministrativi" del presente disciplinare. In questo caso l'attivazione del PAC, oltre ai vantaggi in termini di tempistiche della diagnosi, comporta anche un risparmio per il SSR di circa 460 €/paziente. Ipotizzando un DH di 3 accessi a paziente, si continuerebbe ad avere un vantaggio a favore dell'ipotesi PAC, seppur l'entità economica di tale vantaggio si riduce a poco meno di 5 €/paziente, a cui si aggiungono i vantaggi clinici.

La seconda simulazione ha visto protagonista l'analisi di differenti setting assistenziali riguardanti le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) ed il collegato DRG 179. Dall'analisi delle SDO 2017 è stato possibile analizzare, per i differenti Presidi Ospedalieri del territorio abruzzese, i ricoveri ordinari e Day Hospital, urgenti o programmati, sia dal punto di vista di numero di ricoveri, sia come quantificazione economica degli stessi. Nel dettaglio, nella Regione Abruzzo, si evidenzia un totale di 409 ricoveri per il DRG in esame, di questi 133 sono in Day Hospital e tutti riferibili ad un'ipotesi di urgenza, mentre dei restanti 276 ricoveri, 207 sono riferibili a ricoveri ordinari programmati, 69 a ricoveri ordinari urgenti. La valorizzazione economica degli stessi considera un costo medio di 779,54 €/paziente nel caso di DH urgente, un costo medio di 3.221,74€/paziente nel



caso di ricovero ordinario programmato ed infine, un costo medio di 3.007,79€/paziente nel caso di ricovero ordinario urgente.

L'analisi complessiva del DRG 179, riportato nella tabella seguente, evidenzia come in media, per i 409 pazienti afferenti al suddetto DRG, il SSR sostenga un costo medio di 2.391,48€.

IPOTESI DRG 179		IPOTESI PAC	
Importo totale Regione Abruzzo	978.117,38 €	∑ tariffe delle prestazioni	2.005,98 €
Totale ricoveri	409	Compartecipazione del cittadino	302,82 €
Quota a carico del SSR (Costo medio ricovero)	2.391,48 €	Quota a carico del SSR	1.703,16 €

Con l'attivazione del PAC per le MICI, così come illustrato nel presente documento e secondo le ipotesi specificate riferenti l'applicazione integrale delle prestazioni ricomprese nel PAC stesso, il SSR sosterrrebbe una spesa pari a 1.703,16 €/ paziente. Tale importo è il risultato della tariffa del PAC (data dalla somma delle tariffe di tutte le prestazioni ricomprese nel PAC) sottratta della compartecipazione del cittadino, che avverrà secondo le modalità chiarite nel paragrafo "Aspetti amministrativi" del presente disciplinare. In questo caso l'attivazione del PAC comporta un risparmio per il SSR di circa 680€/paziente. Moltiplicando tale importo per la totalità dei ricoveri, il risparmio complessivo è di 281.544,96€.

Prendendo in riferimento solo l'ipotesi dei ricoveri ordinari programmati, che hanno un costo medio a paziente come sopra riportato di 3.221,74€, il risparmio per ricovero sarà di circa 1.515€. Considerando i 207 ricoveri che corrispondono a tale tipologia, il risparmio complessivo sarà di 314.346,38€ a cui si aggiungono i vantaggi clinici relativi all'ottimizzazione della tempistica e riduzione delle complicanze.

In conclusione, l'attivazione dei PAC, con un maggior ricorso al Day Service, migliora la qualità dei servizi resi ai cittadini, non solo in termini di risultati di salute, ma anche attraverso una semplificazione di accesso alle prestazioni sanitarie che limita il c.d. utilizzo di prestazioni "out of pocket"<sup>9</sup> e ottimizza il loro contributo in termini di compartecipazione alla spesa.

<sup>9</sup> Il valore pro-capite in Italia, secondo una stima OCSE riportato nel rendiconto generale dello Stato della Corte dei Conti del 20/06/2018, è di circa 3064€.



## Monitoraggio e Valutazione

---

Sono previste azioni di monitoraggio e valutazione da parte della ASR Abruzzo e delle Aziende Sanitarie Locali.

Conseguentemente, viene pianificata un'azione di monitoraggio, relativamente all'attività erogata, dei PAC all'interno di specifici percorsi assistenziali aziendali (PDTA approvati con atti giuntali). Tale azione si esplicherà anche mediante valutazioni derivanti dall'analisi dei dati dei sistemi informativi. Inoltre, le attività di Day Service saranno monitorate dalle Aziende Sanitarie Locali, al fine di valutare la qualità della documentazione clinica (completezza della documentazione clinica, regolarità dell'applicazione della normativa relativa alle esenzioni), e la congruità tra le prestazioni registrate e quanto effettivamente erogato.

### Indicatori dell'attività dei PAC

Si definiscono di seguito alcuni indicatori, necessari per la valutazione del modello organizzativo dei PAC. Per tali indicatori che presentano dei valori standard di riferimento è previsto, comunque, un periodo di sperimentazione della durata di un anno, in modo da consolidare il monitoraggio ai fini della validazione delle definizioni e degli standard.

1. Tempo massimo di attesa tra la data di prenotazione e la data di apertura del PAC  $\leq$  ai 10 giorni. Le aziende sono chiamate a garantire tale durata per almeno il 90% dei casi di PAC;
2. La percentuale del numero di casi con durata  $\leq$  ai 30 giorni sul totale dei casi di PAC. Le aziende sono chiamate a garantire tale durata per almeno il 90% dei casi di PAC;
3. Numero degli accessi per ogni caso di PAC. Per il PAC i casi con frequenza degli accessi  $\leq$  3 devono rappresentare almeno l'80% del totale dei casi.



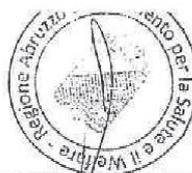
ALLEGATO 1

**SCHEDA PAC - MICI**

Codice PAC: P555A

Codice patologia (ICD9-CM): \_\_\_\_\_

<b>Codice regionale presidio erogatore</b>		<b>Descrizione presidio erogatore</b>		
<b>Cognome utente</b>		<b>Nome utente</b>		
<b>Codice fiscale</b>		<b>Comune - Provincia di residenza</b>		
<b>Via e numero civico</b>		<b>Recapito telefonico</b>		
<b>Regione residenza</b>	<b>ASL residenza</b>	<b>Esenzione per patologia</b>		
		<b>SI</b> Codice:	<b>NO</b>	
<b>Medico inviante</b>		<b>Medico specialista referente PAC</b>		
<b>Data prenotazione</b>	<b>Data apertura</b>	<b>Data chiusura</b>	<b>Numero accessi</b>	
<b>Prestazioni programmate</b>	<b>Prestazioni eseguite</b>	<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Branca</b>
		89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita	AN;AP;CA;CH;CP;C V;DE;EN;FK;GA;LA; MN;NC;NF;OD;ON;O R;OT;PN;PS;RA;RT; UR
		89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo	GA
		45.13	Esofagogastroduodenoscopia [egds] - endoscopia dell'Intestino tenue	GA
		45.16	Esofagogastroduodenoscopia [egds] con biopsia - biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	GA
		45.23	Colonscopia con endoscopio flessibile	GA
		45.23.1	Colonscopia - ileoscopia retrograda	GA
		45.24	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - endoscopia del colon discendente	GA
		45.25	Biopsia [endoscopica] dell'intestino crasso - biopsia di sedi intestinali aspecifiche / brushing o washing per prelievo di campione / colonscopia con biopsia	GA
		88.01.5	Tomografia computerizzata (tc) dell'addome completo	RA



	88.01.6	Tomografia computerizzata (tc) dell'addome completo, senza e con contrasto	RA
	88.19	Radiografia dell'addome - (2 proiezioni)	RA
	87.22	Radiografia della colonna cervicale - (2 proiezioni) - esame morfodinamico della colonna cervicale	RA
	87.23	Radiografia della colonna toracica (dorsale) - (2 proiezioni)	RA
	87.24	Radiografia del rachide lombosacrale o sacrooccipiteo (2 proiezioni), esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	RA
	88.26	Radiografia di pelvi e anca - radiografia del bacino, radiografia dell'anca	RA
	87.29	Radiografia completa della colonna - (2 proiezioni) - radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	RA
	87.63	Studio seriato dell'intestino tenue	RA
	87.65.3	Clisma del tenue con doppio contrasto	RA
	88.95.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome superiore	RA
	88.95.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome superiore, senza e con contrasto	RA
	88.95.5	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto - vescica e pelvi maschile o femminile	RA
	88.76.1	<b>Ecografia addome completo</b>	<b>GA; RA</b>
	95.02	<b>Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo</b>	<b>OC</b>
	94.09	Colloquio psicologico clinico	PS
	89.52	Elettrocardiogramma	CA
	90.04.5	Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s/u]	LA
	90.06.4	Alfa amilasi [s/u]	LA
	90.09.2	Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]	LA
	90.10.5	Bilirubina totale e frazionata	LA
	90.11.4	Calcio totale [s/u/du]	LA
	90.13.3	Cloruro [s/u/du]	LA
	90.13.5	Cobalamina (vit. b12) [s]	LA
	90.14.3	Colesterolo totale	LA
	90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]	LA
	90.21.3	Feci esame chimico e microscopico (grassi, prod. di digestione, parassiti)	LA
	90.21.4	Feci sangue occulto	LA
	90.22.3	Ferritina [p/(sg)er]	LA
	90.22.5	Ferro [s]	LA
	90.23.2	Folato [s/(sg)er]	LA
	90.23.5	Fosfatasi alcalina	LA
	90.24.5	Fosforo	LA
	90.25.5	Gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [sangue/urine]	LA
	90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/la]	LA



	90.30.2	Lipasi [s]	LA
	90.32.5	Magnesio totale [sangue/urine/du/(sg)er]	LA
	90.37.4	Potassio [sangue/urine/du/(sg)er]	LA
	90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [s]	LA
	90.40.4	Sodio [s/u/du/(sg)er]	LA
	90.42.1	Tireotropina (tsh)	LA
	90.42.5	Transferrina [s]	LA
	90.43.2	Trigliceridi	LA
	90.44.1	Urea [sangue/urine/p/du]	LA
	90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	LA
	90.48.2	Anticorpi anti citoplasma dei neutrofilii (anca)	LA
	90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, het, plt, ind. deriv., f. l.	LA
	90.65.1	Fibrinogeno funzionale	LA
	90.72.3	Proteina c reattiva (quantitativa)	LA
	90.75.4	Tempo di protrombina (pt)	LA
	90.76.1	Tempo di tromboplastina parziale (ptt)	LA
	90.82.5	Velocita' di sedimentazione delle emazie (ves)	LA
	90.90.5	Clostridium difficile esame colturale	LA
	90.94.3	Esame colturale delle feci [coprocultura]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter	LA
	91.05.1	Parassiti intestinali [elminti, protozoi] ricerca macro e microscopica	LA
	91.05.4	Parassiti intestinali ricerca microscopica (previa concentraz. o arricchim.)	LA
	91.14.1	Virus citomegalovirus anticorpi (e.i.a.)	LA
	91.14.3	Virus citomegalovirus anticorpi igm (e.i.a.)	LA
	91.41.3	Es. istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica (sede unica)	LA
	91.41.4	Es. istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica (sedi multiple)	LA
	91.49.2	Prelievo di sangue venoso*	DE; LA
	90.47.3AA	Anticorpi anti saccaromyces cerevisiae. Per classe anticorpale**	LA

Le prestazioni appartenenti alla stessa branca vengono evidenziate nel documento con lo stesso colore. Per le prestazioni 89.7 e 88.76.1 lo specialista individua la branca più opportuna.

\* il prelievo di sangue venoso non va incluso nel conteggio delle 8 prestazioni per ricetta, ma concorre alla determinazione della partecipazione alla spesa da parte del cittadino (Circolare Ministeriale 1 aprile 1997 prot. n. 21.4075/100/SCPS "Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996, con allegati").

\*\* prestazione individuata dal gruppo regionale di lavoro, non compresa nel Nomenclatore Tariffario regionale, ma assimilabile alla prestazione 90.47.3, codificata dal CUP con il codice 90.47.3AA.



ALLEGATO 2

## SCHEDA PAC - CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Codice PAC: P174A

Codice patologia (ICD9-CM): \_\_\_\_\_

<b>Codice regionale presidio erogatore</b>		<b>Descrizione presidio erogatore</b>			
<b>Cognome utente</b>		<b>Nome utente</b>			
<b>Codice fiscale</b>		<b>Comune - Provincia di residenza</b>			
<b>Via e numero civico</b>		<b>Recapito telefonico</b>			
<b>Regione residenza</b>	<b>ASL residenza</b>	<b>Esenzione per patologia</b>			
		<b>SI</b>	<b>Codice:</b>	<b>NO</b>	
<b>Medico inviante</b>		<b>Medico specialista referente PAC</b>			
<b>Data prenotazione</b>	<b>Data apertura</b>	<b>Data chiusura</b>	<b>Numero accessi</b>		
<b>Prestazioni programmate</b>	<b>Prestazioni eseguite</b>	<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Branca</b>	
		89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NF;OD;ON;OR;O T;PN;PS;RA;RT; UR	
		89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NE;NF;OC;OD;O G;ON;OR;OT;PN ;RT;UR	
		87.37.1	Mammografia bilaterale - (2 proiezioni)	RA	
		87.37.2	Mammografia monolaterale - (2 proiezioni)	RA	
		87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas - radiografia standard del torace [teloradiografia, telecuore] - (2 proiezioni)	RA	
		88.73.1	Ecografia della mammella - bilaterale	RA	
		88.73.2	Ecografia della mammella - monolaterale	RA	
		87.35	Galattografia	RA	
		88.92.6	Risonanza magnetica nucleare (rm) della mammella - monolaterale	RA	
		88.92.7	Risonanza magnetica nucleare (rm) della mammella, senza	RA	



		e con contrasto - monolaterale	
	88.92.8	Risonanza magnetica nucleare (rm) della mammella - bilaterale	RA
	88.92.9	Risonanza magnetica nucleare (rm) della mammella, senza e con contrasto - bilaterale	RA
	89.52	Elettrocardiogramma	CA
	40.11	Biopsia di strutture linfatiche - biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari o prescalenici / biopsia di linfonodi ascellari	CH; LA
	85.11	Biopsia [percutanea][agobiopsia] della mammella	CH; LA
	85.11.1	Biopsia eco-guidata della mammella - biopsia con ago sottile della mammella	CH; LA; RA
	85.21.1	Aspirazione percutanea di cisti della mammella - eco-guidata	CH; RA
	90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, hct, plt, ind. deriv., f. l.	LA
	90.65.1	Fibrinogeno funzionale	LA
	90.75.4	Tempo di protrombina (pt)	LA
	90.76.1	Tempo di tromboplastina parziale (ptt)	LA
	90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]	LA
	90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/la]	LA
	91.39.1	Es. citologico da agoaspirazione nas	LA
	91.46.5	Es. istocitopatologico mammella: biopsia stereotassica	LA
	91.49.2	Prelievo di sangue venoso *	DE; LA

Le prestazioni appartenenti alla stessa branca vengono evidenziate nel documento con lo stesso colore. Per le prestazioni 89.7, 89.01, 40.11, 85.11, 85.11.1 e 85.21.1 lo specialista individua la branca più opportuna.

\* il prelievo di sangue venoso non va incluso nel conteggio delle 8 prestazioni per ricetta, ma concorre alla determinazione della partecipazione alla spesa da parte del cittadino (Circolare Ministeriale 1 aprile 1997 prot. n. 21.4075/100/SCPS "Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996, con allegati").



ALLEGATO 3

**SCHEDA PAC - TUMORE DEL POLMONE**

Codice PAC: P162 A

Codice patologia (ICD9-CM): \_\_\_\_\_

<b>Codice regionale presidio erogatore</b>			<b>Descrizione presidio erogatore</b>		
<b>Cognome utente</b>			<b>Nome utente</b>		
<b>Codice fiscale</b>			<b>Comune - Provincia di residenza</b>		
<b>Via e numero civico</b>			<b>Recapito telefonico</b>		
<b>Regione residenza</b>	<b>ASL residenza</b>	<b>Esenzione per patologia</b>			
		<b>SI</b>	<b>Codice:</b>	<b>NO</b>	
<b>Medico inviante</b>			<b>Medico specialista referente PAC</b>		
<b>Data prenotazione</b>	<b>Data apertura</b>	<b>Data chiusura</b>	<b>Numero accessi</b>		
<b>Prestazioni programmate</b>	<b>Prestazioni eseguite</b>	<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Branca</b>	
		89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NF;OD;ON;OR;O T;PN;PS;RA;RT; UR	
		89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NE;NF;OC;OD;O G;ON;OR;OT;PN ;RT;UR	
		33.22	Broncoscopia con fibre ottiche - tracheobroncoscopia esplorativa	PN	
		33.24	Biopsia bronchiale [endoscopica] - broncoscopia (fibre ottiche) (rigida) con - biopsia esfoliativa del polmone / brushing o washing per prelievo di campione / biopsia asportativa	PN	
		89.37.2	Spitometria globale	PN	
		89.44.1	Prova da sforzo cardiorespiratoria	PN	
		89.65.1	Emogasanalisi arteriosa sistemica - emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	LA; PN	



	87.03	Tomografia computerizzata (tc) del capo - tc del cranio [sella turcica, orbite] / tc dell'encefalo	RA
	87.03.1	Tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto - tc del cranio [sella turcica, orbite] / tc dell'encefalo	RA
	87.41	Tomografia computerizzata (tc) del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	RA
	87.41.1	Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	RA
	87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas - radiografia standard del torace [teloradiografia, telecuore] - (2 proiezioni)	RA
	88.01.1	Tomografia computerizzata (tc) dell'addome superiore [Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni]	RA
	88.01.2	Tomografia computerizzata (tc) dell'addome superiore, senza e con contrasto [Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni]	RA
	88.74.1	Ecografia dell'addome superiore	GA; RA
	88.72.1	Ecografia cardiaca - ecocardiografia	CA; RA
	89.52	Elettrocardiogramma	CA
	92.15.1	Scintigrafia polmonare perfusionale- (6 proiezioni)	MN
	92.15.5	Tomoscintigrafia polmonare	MN
	92.18.6	Tomoscintigrafia globale corporea (pet)	MN
	90.04.5	Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s/u]	LA
	90.09.2	Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]	LA
	90.11.4	Calcio totale [s/u/du]	LA
	90.13.3	Cloruro [s/u/du]	LA
	90.15.4	Creatinichinasi (cpk o ck)	LA
	90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]	LA
	90.22.3	Ferritina [p/(sg)er]	LA
	90.23.5	Fosfatasi alcalina	LA
	90.25.5	Gamma glutamiltranspeptidasi (gamma gt) [sangue/urine]	LA
	90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/la]	LA
	90.29.2	Lattato deidrogenasi (ldh) [s/f]	LA
	90.37.4	Potassio [sangue/urine/du/(sg)er]	LA
	90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [s]	LA
	90.40.4	Sodio [s/u/du/(sg)er]	LA
	90.42.1	Tireotropina (tsh)	LA
	90.44.1	Urea [sangue/urine/p/du]	LA
	90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	LA
	90.61.4	D-dimero (eia)	LA
	90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, het, plt, ind, deriv., f. l.	LA
	90.65.1	Fibrinogeno funzionale	LA
	90.70.3	Intradermoreazioni con ppd, candida, streptochinasi e mumps (per test)	LA
	90.75.4	Tempo di protrombina (pt)	LA
	90.76.1	Tempo di tromboplastina parziale (ptt)	LA
	90.77.3	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)	LA



	90.77.4	Test di stimolazione linfocitaria con antigeni specifici	LA
	90.82.5	Velocità di sedimentazione delle emazie (ves)	LA
	90.93.3	Esame colturale campioni biologici diversi	LA
	90.94.1	Esame colturale del sangue [emocoltura]. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	LA
	90.98.2	Miceti da coltura identificazione microscopica (osservazione morfologica)	LA
	91.02.3	Micobatteri in campioni biologici esame colturale (met. tradizionale)	LA
	91.02.4	Micobatteri in campioni biologici ricerca microscopica (ziehl-neelsen, kinyun)	LA
	91.39.2	Es. citologico di espettorato (fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	LA
	91.43.2	Es. istocitopatologico app. respiratorio: biopsia endobronchiale (sedi multiple)	LA
	91.36.5	Estrazione di dna o di rna (nucleare o mitocondriale). Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	LA
	91.29.3	Analisi di mutazione del dna - con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	LA
	91.38.1	Ricerca mutazione (dgge) - ricerca heteroduplex (ha)	LA
	91.30.3	Analisi di segmenti di dna mediante sequenziamento - (blocchi di circa 400 bp)	LA
	91.37.4	Ibridazione in situ (fish) su metafasi, nuclei interfascici, tessuti - mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	LA
	91.37.3	Ibridazione in situ (fish) su metafasi, nuclei interfascici, tessuti - mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	LA
	91.36.1	Conservazione di campioni di dna o di rna	LA
	91.49.2	Prelievo di sangue venoso *	DE; LA
	91.48.5	Prelievo di sangue arterioso *	LA

Le prestazioni appartenenti alla stessa branca vengono evidenziate nel documento con lo stesso colore. Per le prestazioni 89.7, 89.01, 89.65.1, 88.74.1 e 88.72.1 lo specialista individua la branca più opportuna.

\* tali prestazioni non vanno incluse nel conteggio delle 8 prestazioni per ricetta, ma concorrono alla determinazione della partecipazione alla spesa da parte del cittadino (Circolare Ministeriale 1 aprile 1997 prot. n. 21.4075/100/SCPS "Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996, con allegati").



ALLEGATO 4

**SCHEMA PAC - SCLEROSI MULTIPLA**

Codice PAC: P340A

Codice patologia (ICD9-CM): \_\_\_\_\_

Codice regionale presidio erogatore		Descrizione presidio erogatore		
Cognome utente		Nome utente		
Codice fiscale		Comune - Provincia di residenza		
Via e numero civico		Recapito telefonico		
Regione residenza	ASL residenza	Esenzione per patologia		
		SI	Codice:	NO
Medico inviante		Medico specialista referente PAC		
Data prenotazione	Data apertura	Data chiusura	Numero accessi	
Prestazioni programmate	Prestazioni eseguite	Codice	Descrizione	Branca
		89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NE;OD;ON;OR;O T;PN;PS;RA;RT; UR
		89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NE;NF;OC;OD;O G;ON;OR;OT;PN ;RT;UR
		95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	OC
		95.05	Studio del campo visivo - campimetria. perimetria statica/cinetica	OC
		95.23	Potenziali evocati visivi (vep). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	OC
		88.91.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	RA
		88.93.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto - cervicale, toracica, lombosacrale	RA
		89.15.1	Potenziali evocati acustici	NE; OT



	89.15.3	Potenziali evocati motori - arto superiore o inferiore - incluso: eeg	NE
	89.15.4	Potenziali evocati somato-sensoriali - per nervo o dermatomero - incluso: eeg	NE
	90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, hct, plt, ind. deriv., f. l.	LA
	90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [s]	LA
	90.82.5	Velocità di sedimentazione delle emazie (ves)	LA
	90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/la]	LA
	90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]	LA
	90.09.2	Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]	LA
	90.04.5	Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s/u]	LA
	90.10.5	Bilirubina totale e frazionata	LA
	90.23.5	Fosfatasi alcalina	LA
	90.25.5	Gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [sangue/urine]	LA
	90.64.2	Fattore reumatoide	LA
	90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	LA
	90.46.5	Anticoagulante lupus-like (lac)	LA
	90.60.2	Complemento: c1q, c3, c3 att., c4 (ciascuno)	LA
	90.42.1	Tireotropina (tsh)	LA
	90.72.3	Proteina c reattiva (quantitativa)	LA
	90.13.5	Cobalamina (vit. b12) [s]	LA
	90.72.4	Proteina s libera [p]	LA
	90.72.2	Proteina c anticoagulante funzionale [p]	LA
	90.57.5	Antitrombina III funzionale	LA
	90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ana)	LA
	90.48.2	Anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (anca)	LA
	90.47.5	Anticorpi anti cardiolipina (igg, iga, igm)	LA
	90.47.3	Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ena)	LA
	90.48.3	Anticorpi anti dna nativo	LA
	90.38.5	Proteine [sangue/urine/du/la]	LA
	90.05.1	Albumina [s/u/du]	LA
	90.69.4	Immunoglobuline iga, igg o igm (ciascuna)	LA
	91.27.1	Virus varicella zoster anticorpi (e.i.a.)	LA
	90.87.5	Borrelia burgdorferi anticorpi (e.i.a.)	LA
	91.09.4	Toxoplasma anticorpi (e.i.a.)	LA
	91.22.1	Virus herpes simplex (tipo 1 o 2) anticorpi	LA
	91.26.4	Virus rosolia anticorpi	LA
	91.14.1	Virus citomegalovirus anticorpi (e.i.a.)	LA
	91.21.1	Virus epstein barr [ebv] anticorpi (ea o ebna o vca) (e.i.a.)	LA
	91.49.2	Prelievo di sangue venoso *	DE; LA

Le prestazioni appartenenti alla stessa branca vengono evidenziate nel documento con lo stesso colore.  
Per le prestazioni 89.7, 89.01 e 89.15.1 lo specialista individua la branca più opportuna.

\* il prelievo di sangue venoso non va incluso nel conteggio delle 8 prestazioni per ricetta, ma concorre alla determinazione della partecipazione alla spesa da parte del cittadino (Circolare Ministeriale 1 aprile 1997 prot. n. 21.4075/100/SCPS "Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996, con allegati").



APPENDICE

**MODULO PER LA RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA**

Sezione da compilare a cura del Medico Referente PAC

All'UO \_\_\_\_\_

Si richiede consulenza \_\_\_\_\_  
per il paziente \_\_\_\_\_  
nato il ...../...../.... seguito presso l'Ambulatorio di \_\_\_\_\_  
in regime di Day Service con sospetto diagnostico di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data ...../...../.....

**Il Medico referente del PAC**  
*(timbro e firma)*



MODULO PER LA RICHIESTA DI ESAMI DI LABORATORIO

Sezione da compilare a cura del Medico Referente PAC

All'UO \_\_\_\_\_

Si richiedono i seguenti esami: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

per il paziente \_\_\_\_\_

nato il ...../...../..... seguito presso l'Ambulatorio di \_\_\_\_\_

in regime di Day Service con sospetto diagnostico di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data ...../...../.....

**Il Medico referente  
del PAC**  
*(timbro e firma)*

MODULO PER LA RICHIESTA DI ESAMI RADIOLOGICI



Sezione da compilare a cura del Medico Referente PAC

AlP'UO \_\_\_\_\_

Si richiede il seguente esame:

(tipo di esame radiologico richiesto e distretto da esaminare)

Radiografia.....

Ecografia.....

TC.....

RM.....

Altro (specificare):.....

per il paziente \_\_\_\_\_

nato il ...../...../.... seguito presso l'Ambulatorio di \_\_\_\_\_

in regime di Day Service con sospetto diagnostico di \_\_\_\_\_

Data ...../...../.....

Il Medico referente  
del PAC  
(timbro e firma)



La presente copia è conforme all'originale  
e si compone di fogli ..... e di .....  
facciate ciascuna validata da apposito  
timbro recante la dicitura «Regione Abruzzo  
Dipartimento per la Salute e il Welfare»



(D.ssa Virginia Di Giulio) 06/08/2018