

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

OGGETTO: Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC).

IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTI per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:

- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-regioni;
- art.1 comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1° ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n.222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00052 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto: *"Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione , riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale" ;*

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la Deliberazione di giunta regionale n. 723 del 14 dicembre 2015 di nomina del Dott. Vincenzo Panella a Direttore della Direzione Salute e Politiche sociali;
- il decreto dirigenziale n. G08300 del 14/06/2017, con il quale il Dott. Valentino Mantini, Dirigente dell'Area Cure Primarie, è stato delegato, ai sensi degli articoli 164 e 166 del r.r. n.1/2002, all'adozione di atti indifferibili ed urgenti della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, a decorrere dal 1^ luglio 2017 e per la durata di sei mesi, in caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore della Direzione regionale medesima;

VISTI per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- Il Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i.;
- la legge 8 novembre 2012, n. 189;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i.;

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- il 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”, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017;
- l’Intesa Stato- Regione Province autonome del 10 luglio 2014, rep. N. 82/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014 –2016;
- il DCA n. U00606 del 30 dicembre 2016 di istituzione delle ASL “Roma 1” e “Roma 2”, di soppressione delle ASL “Roma A”, “Roma B”, “Roma C” e “Roma E” e di ridenominazione delle ASL. “Roma D” come “Roma 3”, “Roma F” come “Roma 4”, “Roma G” come “Roma 5” e “Roma H” come “Roma 6”;

e, per quanto riguarda le norme in tema di introduzione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC):

VISTA la DGR n. 731 del 4 agosto 2005, concernente: “*Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale*” che ha, tra l’altro, introdotto al punto 3.4 dell’allegato 5 i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);

VISTA la DGR n. 143 del 22 marzo 2006, concernente. “*Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale*” con la quale, all’allegato 5 Tabella F, sono descritti i PAC approvati con DGR 731/2005;

VISTA la DGR n. 922 del 22 dicembre 2006 concernente: “*Integrazione DGR 143/06. Promozione dell’appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi*”;

VISTA la DGR n. 538 del 13 luglio 2007, concernente: “*Integrazione DGR 143/06 e DGR 922/06. Promozione dell’appropriatezza organizzativa, introduzione di ulteriori Pacchetti di prestazioni Ambulatoriali Complesse*” (PAC);

VISTA la DGR n. 114 del 29 febbraio 2008, concernente: “*Ricognizione del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni Ambulatoriali erogabili nell’ambito del SSR e relative tariffe in esecuzione della sentenza del TAR Lazio n. 12623/07*” che ha, tra l’altro, approvato l’allegato denominato: “*Elenco Pacchetti Ambulatoriali Complessi deliberati nelle DGR 731/05, DGR 143/06, DGR 922/06 e DGR 538/07*”;

VISTO il DCA n. U0001 del 12 gennaio 2010 concernente: “*Appropriatezza organizzativa e qualificazione dell’assistenza ambulatoriale: introduzione di ulteriori pacchetti ambulatoriali complessi (PAC), prestazioni e accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA)*”;

VISTO il DCA n. U0090 del 10 novembre 2010 concernente: “*Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai*

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n.3" e s.m.i;

VISTO il DCA n. U00313 del 4 luglio 2013, concernente: *"Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. DM 18.10.2012" s.m.i.;*

VISTO il DCA n. U00155 del 19 maggio 2014, concernente: *"Criteri per l'erogazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) in strutture ambulatoriali extraospedaliere. Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) sia in strutture ospedaliere che extraospedaliere";*

PRESO ATTO che l'allegato 1 al suddetto DCA U00155/2014 definisce le modalità per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service presso le strutture extraospedaliere e prevede un avvio sperimentale della durata di 2 anni, nelle Aziende Sanitarie Locali nell'ambito dei presidi a gestione diretta, del regime di Day Service;

VISTO il DCA n. U00250 del 8 agosto 2016, concernente: *"Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) sia in strutture ospedaliere che extraospedaliere. Modifica di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) sia in strutture ospedaliere che extraospedaliere già approvati con precedenti provvedimenti" che conferma la possibilità di erogare PAC in sede extraospedaliere;*

VISTO il DCA n. U00390 del 5 settembre 2017, concernente: *"Definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017/2018 in relazione all'attività di "Specialistica Ambulatoriale" svolta dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR.";*

TENUTO CONTO che con Determinazione n. G17750 del 10 dicembre 2014 è stato istituito il Gruppo di Lavoro *"Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)"* con l'obiettivo di:

- valutare le ulteriori richieste di attivazione di nuovi Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);
- valutare le singole prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- monitorare e valutare le attività relative ai Pacchetti Ambulatoriali Complessi;

TENUTO CONTO altresì, di quanto indicato dal suddetto gruppo di lavoro in merito all'esame delle nuove proposte di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) pervenute;

RILEVATA l'esigenza, tenuto conto della normativa vigente, di proseguire nelle azioni tese a migliorare il livello di appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, al fine di ottimizzare l'intera offerta sanitaria regionale;

RAVVISATA pertanto la necessità di procedere all'introduzione degli ulteriori Pacchetti ambulatoriali Complessi (PAC) valutati dal Gruppo di Lavoro sopraccitato;

RITENUTO quindi, per quanto esposto, di:

1. approvare l'introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) di cui all'allegato 1 denominato: *"Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)"* parte integrante e sostanziale del presente atto;

IL PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

2. dare mandato alla competente Direzione Regionale di procedere all'aggiornamento dello specifico sistema informativo.

DECRETA

per i motivi di cui in premessa, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. approvare l'introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) di cui all'allegato 1 denominato: "*Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)*" parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. dare mandato alla competente Direzione Regionale di procedere all'aggiornamento dello specifico sistema informativo.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionali dinanzi al Tribunale amministrativo Regionale del Lazio entro 60 giorni dalla sua pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Presidente della repubblica entro 120 giorni dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento verrà notificato alle Aziende interessate e pubblicato sul B.U.R.L. e sul sito www.regione.lazio.it.

Nicola Zingaretti



ALLEGATO "1"

"Introduzione di ulteriori Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)"

Nel presente allegato sono riportate le specifiche dei nuovi Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) comprensive delle branche specialistiche di riferimento, della tipologia di pazienti, della composizione, delle strutture autorizzate allo svolgimento, della tariffa e di eventuali ulteriori note di chiarimento.

Vengono introdotti i seguenti PAC:

- PAC diabete gestazionale e follow-up postpartum (P64801);
- PAC diabete in gravidanza (diabete mellito, condizione o complicazione antepartum) (P64803);
- PAC per i giovani con diabete mellito nella transizione dal centro pediatrico al centro dell'adulto (P2501);
- PAC per la sorveglianza e la diagnosi precoce del carcinoma mammario - ovarico in donne ad alto rischio genetico-familiare;
- PAC per neoplasie mieloproliferative croniche (P2387).

PAC PER NEOPLASIE MIELOPROLIFERATIVE CRONICHE (P2387)

Disciplina di riferimento

Ematologia, Medicina Generale

Razionale

La valutazione diagnostica e di follow up di una neoplasia mieloproliferativa cronica è spesso causa di ricovero ospedaliero non appropriato. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire comunque, al paziente, la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sospetta sindrome neoplasia mieloproliferativa cronica (trombocitosi, eritrocitosi, leucocitosi)

Composizione

Per configurarsi il PAC devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione
P2387	Visita e gestione del PAC
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA

88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata
Analisi cliniche	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
90.18.5	ERITROPOIETINA
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.22.5	FERRO [S]
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)
90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffa

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

Note

Ulteriori accertamenti, incluse le analisi di Biologia molecolare e/o citogenetica effettuate da strutture di riferimento regionale (codici 91.12.1, 91.29.3, 91.29.6, 91.31.3, 91.32.3, 91.36.1, 91.36.5, 91.37.3, 91.37.4, 91.37.5, 91.37.8) possono essere richiesti, al di fuori del PAC, ricorrendo a separata prescrizione su ricettario regionale. Il codice 89.7 può essere utilizzato al massimo per 2 volte.

Può essere eseguito due volte l'anno

PAC per i giovani con diabete mellito nella transizione dal centro pediatrico al centro dell'adulto (P2501)

Disciplina di riferimento

Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione, Pediatria

Razionale

La transizione dal Centro Pediatrico al Centro dell'adulto rappresenta un momento particolarmente delicato nel percorso di cura di un giovane con diabete e, se non condotta in modo adeguato, può avere ricadute negative sul controllo metabolico e sulla prevenzione delle complicanze. Questo è dovuto in parte alla necessità di affidarsi a un nuovo team diabetologico, diverso da quello con cui spesso sin dai primi anni di vita si è instaurata una relazione di cura basata sulla fiducia, in parte alle difficoltà che in molti casi il Centro dell'adulto incontra nell'offrire ai giovani con diabete una presa in carico globale analogamente al Centro pediatrico.

Il PAC rappresenta uno strumento appropriato per garantire anche nel Centro dell'adulto una presa in carico globale dei pazienti in transizione dal Centro pediatrico, riducendo il rischio di drop out, garantendo la continuità assistenziale e ponendo le basi per una nuova relazione di cura.

Tipologia di pazienti

Giovani nel passaggio dell'assistenza dal Centro di pediatria a quello dell'adulto.

Età ≥ 17 anni fino al compimento del 30° anno

Composizione

Per configurarsi il PAC per devono essere erogate almeno 8 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione
P2501	Visita e gestione del PAC
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale Visita medico nucleare pretrattamento Visita radioterapica pretrattamento Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE
95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4 studio strumentale della conformazione della papilla ottica [hrt o gdx o oct]*
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA

93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
Analisi cliniche	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)
90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA) per ciascuna determinazione*
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.11.1	C PEPTIDE
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.33.4	MICROALBUMINURIA
90.34.6	OMOCISTEINA*
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali
90.22.5	FERRO [S]
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica

* Tale prestazione sarà erogabile a seguito dell'emanazione dei nuovi LEA

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Viene attivato nei Centri di diabetologia per adulti per i giovani adulti ≥ 17 anni durante il passaggio dal centro pediatrico al centro dell'adulto

Tariffa

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

Note

Può essere attivato una sola volta nella vita. Eventuali ulteriori accertamenti possono essere richiesti, al di fuori del PAC, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, ricorrendo all'ambulatorio tradizionale.

PAC DIABETE GESTAZIONALE E FOLLOW-UP POSTPARTUM (P64801)

Disciplina di riferimento

Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione, Ostetricia e Ginecologia, Medicina generale

Razionale

La presenza di iperglicemia durante la gravidanza può associarsi ad un'elevata morbilità della madre, del feto e del neonato.

La presa in carico della donna con diabete gestazionale (*) da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare esperto permette un trattamento appropriato e riduce il rischio di outcomes negativi sia del feto che della madre.

L'incidenza del diabete gestazionale è in aumento parallelamente alla prevalenza della obesità nella popolazione generale ed all'aumento dell'età delle donne che iniziano una gravidanza.

Il diabete diagnosticato in gravidanza (diabete gestazionale) pone problematiche inerenti alla necessità di sottoporre le utenti ad un maggior numero di controlli rispetto alle donne senza diabete, con conseguente aumento del carico assistenziale nelle strutture specialistiche diabetologiche.

Inoltre le donne con diabete gestazionale hanno un rischio aumentato di sviluppare un diabete tipo 2, particolarmente nei primi 5 anni dopo il parto; pertanto dovrebbero essere sottoposte ad un OGTT non prima che siano trascorse sei settimane dal parto ed in ogni caso entro il 6 mese. Inoltre presentano un rischio aumentato per sindrome metabolica e malattie cardiovascolari. Il follow-up delle donne con diabete gestazionale permette di attivare una prevenzione primaria per il diabete mellito tipo 2 e della sindrome metabolica.

Il PAC rappresenta una corretta modalità assistenziale che consente alla donna con diabete di essere inserita in un percorso assistenziale appropriato, con la presa in carico da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare per tutto il periodo di gravidanza così da assicurarne la gestione in modo completo anche per il follow-up post-partum per la prevenzione del diabete mellito tipo2.

Tipologia di pazienti

Donne in gravidanza con diagnosi di diabete gestazionale (*) (gravidanza a rischio in esenzione M50 viene rilasciata l'ET per DM 013.250). Il PAC può essere attivato solo se la donna in gravidanza ha già diagnosi di diabete pregestazionale o gestazionale.

Composizione

Per configurarsi il PAC, oltre alla visita di attivazione, devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero o se vengono ripetute vengono conteggiate come una singola prestazione).

Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante.

Le altre prestazioni, dell'elenco, oltre gli esami ematochimici, possono essere ripetute più volte in relazione al piano assistenziale definito dal medico referente sulla base delle necessità cliniche della donna nelle diverse settimane di gestazione.

Al fine di assicurare la presa in carico da parte del team multidisciplinare se il PAC viene attivato in Diabetologia deve essere effettuata almeno una "Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio", qualora venga attivato in Ginecologia dovrà essere effettuata almeno una "visita diabetologica".

Il PAC deve essere concluso entro 3 mesi dalla visita di attivazione ed è ripetibile al massimo 3 volte dalla presa in carico fino a dopo massimo 12 settimane dall'espletamento del parto

Per configurarsi il PAC, oltre alla visita di attivazione, devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero o se vengono ripetute vengono conteggiate come una singola prestazione).

Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante.

Le altre prestazioni, dell'elenco, oltre gli esami ematochimici, possono essere ripetute più volte in relazione al piano assistenziale definito dal medico referente sulla base delle necessità cliniche della donna nelle diverse settimane di gestazione.

Al fine di assicurare la presa in carico da parte del team multidisciplinare se il PAC viene attivato in Diabetologia deve essere effettuata almeno una "Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio", qualora venga attivato in Ginecologia dovrà essere effettuata almeno una "visita diabetologica".

Il PAC deve essere concluso entro 3 mesi dalla visita di attivazione ed è ripetibile al massimo 3 volte dalla presa in carico fino a dopo massimo 12 settimane dall'espletamento del parto

codice	prestazione	note
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Esame neuropsicologica clinico nurocomportamentale: esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante - Visita diabetologica	Si prevede una cadenza quindicinale; il numero delle visite dipende dall'epoca della diagnosi di diabete e di presa in carico
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Esame neuropsicologica clinico nurocomportamentale: esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante - Consulenza ostetrica per gravidanza a arischio	Si prevede una cadenza mensile
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale Visita medico nucleare pretrattamento Visita radioterapica pretrattamento Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Si prevede una cadenza quindicinale; il numero delle visite dipende dall'epoca della diagnosi di diabete e di presa in carico
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	
Visite da effettuarsi nelle donne con pregresso diabete gestazionale tra la 6 e la 12 settimana dopo il parto		
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Esame neuropsicologica clinico nurocomportamentale: esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante - Visita diabetologica	
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale Visita medico nucleare pretrattamento Visita radioterapica pretrattamento Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica	
Analisi cliniche		
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	Eventualmente da ripetere alla 28 settimana
90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)	Nuovi LEA
90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	
90.66.7	Hb - EMOGLOBINE: SEPARAZIONE HPLC frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	Nuovi LEA
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	

90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	
90.33.4	MICROALBUMINURIA	
90.43.2	TRIGLICERIDI	
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	
90.17.8	DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (2° trimestre); TRI TEST PER AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3.	
90.43.5	URATO [S/U/dU]	
91.15.6	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG o Ig Totali	
91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	
91.26.6	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG o Ig Totali	
91.26.8	VIRUS ROSOLIA TEST DI AVIDITA' DELLE IgG	Da ripetere al 2 trimestre in caso di negatività
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)	
91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)	
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA Non associabile a 88.75.1	Nuovi LEA
88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	
75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	
Analisi cliniche da effettuarsi nelle donne con pregresso diabete gestazionale tra la 6 e la 12 settimana dopo il parto		
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	
90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)	
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV., F. L.	
90.14.1	COLESTEROLO HDL	
90.33.4	MICROALBUMINURIA	
90.43.2	TRIGLICERIDI	

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Per le strutture ospedaliere, accreditate per le discipline di riferimento del PAC; nelle Strutture Diabetologiche con funzioni di II e III livello (secondo quanto previsto nel DCA 14 dicembre 2015, n. U00581 "Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018", paragrafi 3.6.3.1. e 3.6.3.2). Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del decreto U00155 del 19/5/2014.

Tariffa

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

Note

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

Secondo il Documento di aggiornamento alle raccomandazioni per il monitoraggio e diagnosi del diabete gestazionale (Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza AMD-SID e CeVEAS), disponibile su: http://www.aemmedi.it/pdf/LG_diabete_gestazionale.pdf, si pone diagnosi di diabete gestazionale nella donna che presenta almeno un valore alterato al test da carico orale con 75 g di glucosio (determinazioni della glicemia

Bibliografia

Raccomandazioni per il monitoraggio e diagnosi del diabete gestazionale (Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza AMD-SID e CeVEAS), 2011 - http://www.aemmedi.it/pdf/LG_diabete_gestazionale.pdf

AMD – SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016 <http://www.standarditaliani.it/home.php>

Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

PAC Diabete in gravidanza (diabete mellito, condizione o complicazione antepartum) (P64803)

Disciplina di riferimento

Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione, Ostetricia e Ginecologia, Medicina generale

Razionale

La presenza di iperglicemia durante la gravidanza può associarsi ad un'elevata morbilità della madre, del feto e del neonato.

La presa in carico della donna con diabete pregestazionale (tipo 1 o tipo 2) o con diabete preesistente diagnosticato in gravidanza (°) da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare esperto permette un trattamento appropriato e riduce il rischio di outcomes negativi sia del feto che della madre. La presenza di diabete in gravidanza pone problematiche inerenti alla necessità di sottoporre le utenti ad un maggior numero di controlli rispetto alle donne senza diabete, con conseguente aumento del carico assistenziale nelle strutture specialistiche diabetologiche e ginecologiche.

Il PAC rappresenta una corretta modalità assistenziale che consente alla donna con diabete di essere inserita in un percorso assistenziale appropriato, con la presa in carico da parte di un team multiprofessionale e multidisciplinare per tutto il periodo di gravidanza così da assicurarne la gestione in modo completo

Tipologia di pazienti

Donne in gravidanza con diagnosi di diabete preesistente alla gravidanza o con diabete preesistente diagnosticato in gravidanza con apertura al momento della presa in carico e chiusura all'espletamento del parto.

Composizione

Per configurarsi il PAC, oltre alla visita di attivazione, devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero o se vengono ripetute vengono contegiate come una singola prestazione).

Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante.

Le altre prestazioni, dell'elenco, oltre gli esami ematochimici, possono essere ripetute più volte in relazione al piano assistenziale definito dal medico referente sulla base delle necessità cliniche della donna nelle diverse settimane di gestazione.

Al fine di assicurare la presa in carico da parte del team multidisciplinare se il PAC viene attivato in Diabetologia deve essere effettuata almeno una "Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio", qualora venga attivato in Ginecologia dovrà essere effettuata almeno una "visita diabetologica". Il PAC viene aperto al momento della presa in carico della donna e chiuso entro la 41 settimana di gestazione o al momento dell'espletamento del parto

codice	prestazione
P64803	Visita e gestione del PAC
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Esame neuropsicologica clinico nurocomportamentale: esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante
89.26	Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale Visita medico nucleare pretrattamento Visita radioterapica pretrattamento Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
Analisi cliniche	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)*
90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE

90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.66.7	Hb - EMOGLOBINE: SEPARAZIONE HPLC frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)*
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)
90.33.4	MICROALBUMINURIA
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH \geq 0.45 mU/L e \leq 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH $<$ 0.45 mU/L o $>$ 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 \geq 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 $<$ 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off piú restrittivi definiti a livello regionale
90.17.8	DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (2° trimestre): TRI TEST PER AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3*
90.43.5	URATO [S/U/dU]
91.15.6	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG o Ig Totali*
91.26.6	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG o Ig Totali*
91.09.6	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o Ig Totali*
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)*
91.23.7	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV) ANALISI DI MUTAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO (Inclusa estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa) per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali*
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI (E.I.A.)
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA
88.78.4	ECOCOLORDOPPLER FETOPLACENTARE. Incluso valutazione indici qualitativi e semiquantitativi*
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA Non associabile a 88.75.1*
88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler
75-34.1	CARDIOTOCOGRAFIA Cardiocografia esterna in gravidanza, NST o OCT
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
94.09	Colloquio psicologico

(*)Secondo il Documento di aggiornamento alle raccomandazioni per il monitoraggio e diagnosi del diabete gestazionale (Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza AMD-SID e CeVEAS), disponibile su: http://www.aemmedi.it/pdf/LG_diabete_gestazionale.pdf, si pone diagnosi di diabete preesistente alla gravidanza, nelle donne nelle quali alla prima visita in occasione della gravidanza i valori di glicemia plasmatica a digiuno risultano \geq 126 mg/dl (7.0 mmol/l), di glicemia plasmatica random \geq 200 mg/dl (11.1 mmol/l), di HbA1c (standardizzata ed eseguita entro la 12a settimana di gravidanza) \geq 6.5%; indipendentemente dalla modalità utilizzata, è necessario che risultati superiori alla norma siano confermati in un secondo prelievo.

* Tale prestazione sarà erogabile a seguito dell'emanazione dei nuovi LEA

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Strutture accreditate per le discipline di riferimento del PAC in cui sia presente una delle Strutture Diabetologiche con funzioni di II o III livello (secondo quanto previsto nel DCA 14 dicembre 2015, n. U00581 "Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018", paragrafi 3.6.3.1. e 3.6.3.2).

Per le strutture extraospedaliere si rimanda ai criteri riportati nell'Allegato 1 del decreto U00155 del 19/5/2014.

Tariffa

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

Note

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

Bibliografia

Raccomandazioni per il monitoraggio e diagnosi del diabete gestazionale (Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza AMD-SID e CeVEAS), 2011 - http://www.aemmedi.it/pdf/LG_diabete_gestazionale.pdf

AMD – SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016

DPCM – LEA 2016- Allegato 10A

Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica, aggiornamento 2011

PAC per la sorveglianza e la diagnosi precoce del carcinoma mammario - ovarico in donne ad alto rischio genetico-familiare (PV840)

Disciplina di riferimento

Oncologia, Ginecologia, Chirurgia generale

Razionale

Nella popolazione occidentale, il rischio generale a priori per una donna di sviluppare una neoplasia della mammella è stimato intorno al 12% e per quella ovarica 1,5%. Nelle donne portatrici di mutazioni patogenetiche dei geni BRCA1 o BRCA2 il rischio cumulativo sale al 56 - 84% per il tumore della mammella mentre per il tumore dell'ovaio differisce per gene passando dal 36 - 63% per il BRCA1 al 10 - 27% per il BRCA2. Nei soggetti ad alto rischio si ritiene opportuno adottare programmi di sorveglianza specifici per esordio più precoce e con intervalli semestrali. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti a rischio genetico aumentato - familiare per tumori alla mammella e dell'ovaio con test genetico positivo per mutazioni patogenetiche dei geni BRCA1 e BRCA2 o p53 o stato mutazionale non noto o test genetico non conclusivo con una delle seguenti caratteristiche di storia familiare: 1. probabilità di mutazione deleteria; 2. rischio pari o superiore al 30% di sviluppare nel corso della vita una neoplasia mammaria; 3. rischio pari o superiore al 20% con rischio a dieci anni pari o superiore all'8% di sviluppare nel corso della vita una neoplasia mammaria

Composizione

Per configurarsi il PAC per devono essere erogate almeno 3 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione
89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: visita neurologica (89.13), visita ginecologica (89.26), visita oculistica (95.02)
89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)
88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO Bilaterale
85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA
85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella
85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test convenzionale]
91.44.4	ESAME ISTOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da conizzazione cervice uterina

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento e con centro di senologia

Tariffa

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

Note

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

Il PAC può essere ripetuto al massimo due volte l'anno.